

Facoltà di Giurisprudenza

Corso di Laurea Magistrale in Giurisprudenza

Tesi di Laurea in Diritto Penitenziario

Detenzione e tutela della salute

Relatore:

Chiar.mo Prof. Pasquale Bronzo

Correlatore:

Chiar.ma Prof.ssa Luisa Avitabile Laureanda:

Francesca Lucia Pandolfi Matr. 1560381

Anno Accademico 2016-2017

"Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinione politiche, di condizioni personali e sociali ..."

Art. 3 c.1 della Costituzione della Repubblica Italiana.

Nel 70° Anniversario della sua entrata in vigore.

INDICE

Introduzione	6
Capitolo primo Il diritto alla salute	9
1.1 L'evoluzione storica del diritto alla salute nel panorama Internazionale	9
1.2 L'evoluzione della legislazione sanitaria in Italia sino all'entrata in vigore	,
della Costituzione	11
1.3 Il progetto di Costituzione. Le posizioni in seno all'Assemblea Costituente 1.4 Il diritto alla salute nella Costituzione: L'art.32	13 14
1.5 Attuazione dell'art.32 Cost. ed evoluzione della sua interpretazione	16
1.6 Il concetto di salute nei più significativi documenti di diritto internazionale	18
1.7 La salute come diritto finanziariamente condizionato	19
Capitolo secondo	21
La tutela della salute negli istituti penitenziari	
2.1 Salute e detenzione: un rapporto difficile	21
2.2 Salute e sicurezza	25
2.3 Le fonti di derivazione internazionale	26 31
2.4 Le fonti interne: La tutela preventiva di cui agli artt. 5-10 O.P.2.5 "Lo spazio della pena". Edilizia penitenziaria e tutela della salute	33
2.6 Il sovraffollamento e la giurisprudenza della CEDU	36
2.7 L'art.11 O. P.: La medicina diagnostico-curativa	38
2.8 Il servizio "Nuovi Giunti"	41
2.9 Altre disposizioni dell'Ordinamento Penitenziario che incidono sulla	40
tutela alla salute	42
2.10 Norme del Codice Penale a tutela della salute: artt. 146,147 e 1482.11 Lo schema di decreto legislativo attuativo della c.d. delega penitenziaria.	43
Le modifiche dell'ordinamento penitenziario in tema di tutela della salute	45
2.12 La tutela della salute nei confronti di detenuti in condizioni di	
particolare vulnerabilità: tossicodipendenza e infezione da HIV	47
2.13 Lo "sciopero della fame"	49
2.14 La prevenzione del suicidio in carcere	52
Capitolo terzo	56
L'attuale assetto della sanità penitenziaria	
3.1 I motivi e l'iter della riforma della sanità penitenziaria	56
3.2 L'assetto organizzativo della sanità penitenziaria dopo la riforma:	(0
Organi centrali e periferici 3.3 Un esempio di attuazione della riforma: l'esperienza della Regione	60
Emilia-Romagna	62
3.4 Le figure di garanzia e di ausilio: A) La Magistratura di Sorveglianza;	Ü2
B) Il Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà	

personale; C) Il Promotore di Salute in carcere	65
Capitolo quarto La tutela della salute mentale delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentive e di quelle detenute negli istituti penitenziari	71
4.1 La particolare problematicità del disagio mentale4.2 La tutela della salute mentale delle persone sottoposte a misure di sicurezza	71
detentive: l'impervio cammino per il superamento degli OPG 4.3 La legge n.81/2014: le ragioni che hanno determinato il definitivo superamento degli OPG	73 76
4.4 Le modifiche apportate dalla legge n.81/2014 alla disciplina delle misure	70
di sicurezza: preludio ad un più ampio intervento in materia	77
4.5 La legge n.81/2014 al vaglio della Corte Costituzionale	82
4.6 La delega alla modifica delle misure di sicurezza prevista dalla legge	
n.103/2017	84
4.7 Dopo gli OPG: storia di una "triste" istituzione	86
4.8 Il primo biennio di vita delle REMS: risultati, criticità, prospettive	90
4.9 La tutela della salute mentale negli istituti penitenziari	94
Capitolo quinto	98
Indagine sulla realtà dell'Istituzione penitenziaria	76
5.1 Metodologia	98
5.2 Testimonianze	99
Appendice	109
Conclusioni	145
Bibliografia	149
Documentazione	151
Ringraziamenti	152

INTRODUZIONE

La realtà dei luoghi in cui sono ristrette persone private della libertà personale, per le notevoli implicazioni umane e sociali che ne derivano, assume particolare attualità ed interesse. La prevalenza di altri temi all'attenzione dell'opinione pubblica, pure di notevole rilevanza, pone spesso le problematiche relative al mondo della detenzione in una collocazione marginale. Ne discende un rischio di desensibilizzazione su aspetti riguardanti la condizione umana di migliaia di persone, spesso appartenenti agli strati più deboli e vulnerabili della società.

La disciplina del sistema penitenziario costituisce, del resto, un indicatore fondamentale del livello di civiltà di un Paese ed è quindi molto importante non cedere all'oblio su tale tema. Tenendo ben presente che "i luoghi di detenzione" non debbono servire ad occultare la "devianza", ma a rieducare soggetti rei in una prospettiva di reinserimento sociale.

Sulla scia di tali considerazioni, lo studio pone sotto una lente di ingrandimento le criticità connesse a tale realtà, per sua stessa natura potenzialmente condizionante di diritti fondamentali, che, tuttavia, coerentemente con il dettato costituzionale, debbono essere tutelati ed assicurati ad ognuno poiché propri della dignità umana.

Tra essi, in particolare, il diritto alla salute.

Invero, la dimensione detentiva non riguarda solo il mondo del "carcere" e dei luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza, ma, in senso lato, ogni altra forma in cui persone vengano private della libertà personale previo ordine di una Autorità pubblica.¹

Ciò premesso, la trattazione ha inteso, in specie, ripercorrere l'evoluzione normativa e organizzativa dell'assetto relativo alla tutela del "bene salute" negli Istituti penitenziari e nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Particolare accento è posto sul disagio mentale, in considerazione dell'ampiezza e della problematicità del fenomeno.

L'obiettivo perseguito è quello di mettere in evidenza risultati e criticità riscontrate, alla luce delle recenti innovazioni in materia.

Il riferimento è alla riforma della sanità penitenziaria, conclusasi con l'adozione dell'Accordo in seno alla Conferenza Unificata del 22.1.2015, che definisce l'articolazione dei servizi conseguente al trasferimento degli stessi al SSN. Nonché alla recente chiusura degli OPG per effetto della legge 81/2014 ed all'avvio delle nuove "Residenze".

Si tratta di profili, quelli che ci si propone di esaminare, particolarmente complessi, data la compresenza di situazioni che rivelano oggettiva difficoltà per la unicità del contesto in cui l'assistenza sanitaria deve essere assicurata. L'Istituzione penitenziaria costituisce, infatti, una realtà peculiare in cui debbono coesistere, in un difficoltoso e mutevole equilibrio, la tutela della salute di una popolazione fragile e problematica e le esigenze di sicurezza.

Dopo un breve *excursus* sul concetto di salute nella suo sviluppo nel panorama internazionale, il diritto è stato esaminato sotto il profilo dell'approdo costituzionale nell'ordinamento italiano, sottolineando il travaglio interpretativo della norma costituzionale (art.32), sino alla sua affermazione come diritto soggettivo fondamentale tutelabile *ex se*.

E' stata quindi rimarcata la configurazione attuale della salute come diritto a carattere universale, riguardante le persone in quanto tali, a prescindere dallo *status* in cui si trovino.

Il secondo capitolo ha preso in esame la tutela della salute negli istituti penitenziari, evidenziandone peculiarità e criticità. E' stato successivamente definito il quadro normativo di riferimento sia sul piano internazionale che interno. In particolare, le norme dell'Ordinamento Penitenziario e del relativo Regolamento di Esecuzione, sia sotto il profilo della prevenzione che della cura.

Inquadrata la cornice normativa della materia si è inteso ricostruire l'attuale assetto della sanità penitenziaria, conseguito alla riforma della stessa, nonché i motivi ed il faticoso iter che l'hanno caratterizzata.

¹Tale accezione discende dall'art.2 della *Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti* adottata dal Consiglio d'Europa nel giugno del 1987 (ratificata e resa esecutiva in Italia con legge 2 gennaio 1989 n.7). L'articolo citato prevede che le periodiche visite da parte del Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura (CPT) possano avvenire in qualsiasi luogo, compreso nella sua giurisdizione, dove vi sono persone private della loro libertà da parte delle Autorità pubbliche.

Particolare accento è stato posto, a scopo esemplificativo, sulla concreta realizzazione della riforma in una Regione, l'Emilia-Romagna, solerte nell'attuare il nuovo modello organizzativo e nel darvi corso.

Per l'importanza della funzione svolta, specifica attenzione è stata dedicata alle figure di garanzia dell'attuazione del diritto alla salute delle persone private della libertà personale (Magistratura di sorveglianza e Ufficio del Garante Nazionale delle persone private della libertà personale e dei detenuti). E' stata, inoltre, esaminata quella del Promotore di salute, nuova figura di ausilio, mediazione e raccordo fra il personale sanitario ed il paziente-detenuto, introdotta con legge regionale dell'Emilia-Romagna.

Il quarto capitolo è interamente dedicato alla tutela della salute mentale di internati e detenuti.

Con riguardo ai primi, ripercorso il lungo e impervio iter che ha portato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ci si è soffermati sui risultati e sulle criticità emerse all'avvio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, piccole comunità terapeutiche ad esclusiva gestione sanitaria, cui dovrebbero essere destinati, almeno secondo il progetto originario, i soli soggetti prosciolti per infermità/socialmente pericolosi (c.d. folli rei).

Di particolare rilievo il tema del disagio mentale all'interno degli istituti, con riferimento alla posizione dei detenuti semi-infermi, di quelli la cui malattia sia sopravvenuta nel corso della detenzione (c.d. rei folli) e quelli in osservazione psichiatrica.

Per questi soggetti la cura dovrebbe avvenire nelle apposite Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM), previste, ma non ancora realizzate in modo diffuso ed omogeneo. Con il rischio di una iniqua discriminazione fra soggetti il cui status giuridico è diverso ma che dal punto di vista sanitario necessitano parimenti di cure e con il timore che le REMS divengano, in assenza di una valida alternativa intramuraria, il contenitore ultimo di categorie eterogenee, perdendo la loro connotazione originaria.

Infine, si è ritenuto di verificare l'impatto che il nuovo assetto ha avuto ed ha tutt'oggi sulla realtà dell'Istituzione penitenziaria attraverso le testimonianze di coloro che, a vario titolo, ne sono i protagonisti. Un raffronto, cioè, tra il "dover essere normativo" e "l'essere attuativo".

Un'indagine su quanto le norme prevedono e l'effettività della loro realizzazione nella quotidianità di una realtà poliedrica.

CAPITOLO PRIMO

Il DIRITTO ALLA SALUTE

Sommario: 1.1 L'evoluzione storica del diritto alla salute nel panorama internazionale; 1.2 L'evoluzione della legislazione sanitaria in Italia sino all'entrata in vigore della Costituzione; 1.3 Il progetto di Costituzione. Le posizioni in seno all'Assemblea Costituente; 1.4 Il diritto alla salute nella Costituzione: L'art.32; 1.5 Attuazione dell'art.32 Cost. ed evoluzione della sua interpretazione; 1.6 Il concetto di salute nei più significativi documenti di diritto internazionale; 1.7 La salute come diritto finanziariamente condizionato.

1.1 L'evoluzione storica del diritto alla salute nel panorama internazionale

Il diritto alla salute, che, come si vedrà, ha assunto nel tempo contenuti multiformi, ha avuto una lenta evoluzione storica verso la sua definitiva affermazione, che costituisce un notevole traguardo raggiunto a seguito di graduali mutamenti non solo sul piano giuridico, ma anche e soprattutto su quello economico, politico e sociale.

Guardando in particolare all'esperienza europea è attorno alla prima metà del XIX secolo che vengono adottate le prime leggi in materia di tutela della salute, sebbene la maggior parte di tali disposizioni appaiano ben lontane dall'affermazione giuridica quale diritto soggettivo nella sua attuale accezione.

L'excursus può articolarsi in una pluralità di fasi.

-La Rivoluzione Francese: I principi liberali diffusisi in Francia durante la rivoluzione costituiscono la premessa culturale della "stagione dei diritti".²

E' infatti con la Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino, proclamata il 26 agosto 1789 dall'Assemblea Nazionale Costituente, che vengono riconosciuti, per la prima volta nell'Europa continentale, diritti che il cittadino vanta nei confronti dello Stato.

Il documento si riferisce perlopiù ai diritti civili, altrimenti detti "diritti negativi" o "libertà negative" poiché la loro tutela implica un dovere di non interferire nella sfera individuale da parte dei pubblici poteri.³

D'altra parte, lo spirito della Rivoluzione ha avuto riflessi di rilievo anche in materia di salute. Come scrive Giorgio Cosmacini "i fuochi della rivoluzione hanno acceso la consapevolezza che la salute è un bene non del singolo, ma dell'intera società".⁴

Si diffonde la consapevolezza che la salute costituisce non tanto un problema dell'individuo in quanto tale, bensì un problema dell'individuo in quanto parte d'una collettività. Significativo a questo proposito è che l'età napoleonica sia stata un'epoca caratterizzatasi per l'ampia diffusione delle vaccinazioni.

-La rivoluzione industriale in Inghilterra: Durante la rivoluzione industriale, in particolare nel corso della prima metà dell'800, la working class, impiegata nelle maggiori città inglesi, versava in condizione di forte degrado. La salute della "gente comune" era condizionata da fattori quali sovraffollamento, alimentazione estremamente povera, mancanza di infrastrutture igieniche e promiscuità. Ciò indusse il Governo a procedere ad interventi di risanamento ambientale e soprattutto ad adottare nel 1848 la legge istitutiva del servizio nazionale di sanità pubblica (Pubblic Health Act). Tali interventi sono però figli di moventi utilitaristici e non di una maturata coscienza sociale, nel senso che condizioni di salute meno precarie e contesti abitativi meno insalubri avrebbero potuto accrescere la produttività del nascente sistema industriale.

²G.Maciocco, "Evoluzione storica del diritto alla salute" in "100 anni di professione al servizio del paese" a cura della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, 2010, pag 39 https://portale.fnomceo.it

³S.Ricci-A.Miglino, "Medicina e società. Dalla tutela dell'integrità fisica al diritto alla salute", Ed. "Universo", Roma , 2005, pag 5

⁴G.Cosmacini, "Storia della medicina e della sanità in Italia" Ed.Laterza, Bari, 1987, pag 2.

-La diffusione del marxismo in Germania: La diffusione del marxismo ed il successo del partito socialdemocratico nelle elezioni del 1877 indussero il cancelliere Otto Von Bismarck a ritenere necessari interventi che allontanassero il "proletariato" da tentazioni rivoluzionarie.

Nel 1883 venne istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie attraverso la costituzione di "casse sociali" finanziate per due terzi dai lavoratori e per un terzo dagli imprenditori. Nel 1885 il Parlamento tedesco approvò una legge istitutiva dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, a totale carico dei datori di lavoro. Nel 1889 fu approvata una legge sull'invalidità e la vecchiaia che prevedeva per coloro che avessero una retribuzione inferiore a 2.000 marchi l'obbligo di assicurarsi versando settimanalmente i contributi mediante ritenute sui salari.

Pur essendo basato su di un sistema che offriva copertura soltanto agli iscritti alle Casse Mutue, la legislazione bismarchiana costituì uno storico passo avanti nella tutela della salute della popolazione.

Il modelle tedesco farà "scuola" in quasi tutti i paesi industrializzati e sin dal primo 900 in alcuni di essi verrà ulteriormente sviluppato, nel senso di includere via via settori crescenti della popolazione. Tale fenomeno espansivo è dovuto anche alla concomitante circostanza del graduale inserimento delle masse nella vita politica dello Stato, legato all'estensione del diritto di voto.

-La crisi economica del 1929 e lo sviluppo delle assicurazioni sociali negli Stati Uniti: La crisi del 1929 portò alla luce l'inadeguatezza dei sistemi di copertura sino ad allora istituiti. Furono gli Stati uniti d'America ad introdurre, con la presidenza di Franklin D. Roosevelt, radicali riforme in materia di legislazione sociale.

Nel 1935 fu varato il "Social Security Act" che introduceva importanti forme di interventi assicurativi a tutela di tutti i cittadini in condizioni di maggior disagio sociale (vecchiaia, disoccupazione, invalidità). Tuttavia, malgrado le significative innovazioni, il presidente Roosevelt non riuscì a far accettare alcuna forma di assistenza sanitaria contro le malattie, anche per la resistenza dell'Associazione dei medici americani, contraria ad ipotesi di medicina socializzata.

-L'introduzione del diritto alla salute quale diritto "universale": Una svolta si deve al governo di Winston Churcill, il quale promosse nel 1939 la redazione di un rapporto dal titolo "Social Insurance and Allied Service", per una radicale riforma del sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito. Il documento, elaborato dalla Commissione presieduta da Sir William Beveridge, fu presentato il 1 dicembre 1942.

Il principio guida, nonché dato caratterizzante della riforma, fu quello dell'universalità dell'assistenza pubblica, secondo cui i servizi sociali costituiscono un diritto di tutti i cittadini. Nel 1948 il governo laburista di Clement Attlee vi dette attuazione con il "Nacional Health Service" che istituiva, appunto, il Servizio sanitario nazionale.

Ne derivò l'affermazione del diritto alla salute come diritto universale, cioè destinato a tutti i cittadini in quanto tali e non più limitato agli appartenenti ad una categoria di lavoratori, nel quadro di un sistema mutualistico. Il principio della salute come diritto universale trovò immediato accoglimento nella coeva Costituzione italiana del 1948, all'art.32.

1.2 L'evoluzione della legislazione sanitaria in Italia sino all'entrata in vigore della Costituzione

Le prime forme di assistenza sanitaria nel territorio della penisola italiana possono addirittura farsi risalire all'Alto medioevo, come forma di soccorso ai pellegrini in viaggio per la Terra Santa.⁵

Tale attività veniva prestata quale espressione della "hospitalitas" cristiana da ordini religiosi votati a tale missione. Dapprima in monasteri o conventi, successivamente in strutture stabilmente a ciò destinate, denominate "ospedali".

L'impronta religiosa dell'attività di assistenza fu per lungo tempo il tratto caratterizzante e le cure furono considerate esclusiva prerogativa delle organizzazioni religiose. Il dato saliente, sino agli albori dello stato sociale novecentesco, è che l'assistenza al malato era concepita come atto di liberalità verso "gli ultimi", non configurandosi come posizione giuridica individuale autonoma che ponesse l'individuo nella condizione di pretendere dalla collettività un aiuto in caso di bisogno sanitario. Simmetricamente, non era ipotizzabile un dovere pubblico di prestazione di un servizio.

Le pubbliche Autorità svolgevano un ruolo in materia sanitaria solo nel caso in cui la diffusione di malattie, specialmente quelle infettive o epidemiche, potesse rappresentare un pericolo per la collettività. Si trattava cioè di interventi di "polizia sanitaria", in una prospettiva di difesa sociale e di igiene pubblica.

Proprio questa esigenza costituisce il nucleo del primo diritto sanitario italiano che si sviluppa agli inizi del XIX secolo. In tale fase storica proliferano gli interventi normativi nel settore sanitario, sebbene permanga il retroterra culturale dello Stato liberale per cui la tutela della salute è strumentale a ragioni d'ordine pubblico e non è legata alla dignità della persona in quanto tale.

Di rilievo la legge n. 2248/1865 che introduce la prima legislazione unitaria italiana in materia ed istituisce l'Ufficio Sanitario Centrale presso il Ministero dell'Interno, il Consiglio Superiore di Sanità, i Consigli provinciali di sanità ed i Consigli sanitari di circondario.

Gli organi tecnico-scientifici svolgono attività di supporto all'apparato amministrativo, composto oltre che dall'Ufficio centrale, anche da Prefetti e Sindaci, che operano a livello periferico. Al controllo dell'Amministrazione sanitaria venivano sottoposte le Opere Pie che provvedevano alla cura gratuita degli indigenti, a titolo di pubblica beneficenza.

Incise profondamente sulla materia anche la c.d. legge Crispi (n.6972/1890) che trasformò Opere Pie, Case di riposo ed Ospedali da enti privati in Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Queste ultime, soggette a norme di diritto pubblico, ma gestite da congregazioni di carità.

Fattore di graduale mutamento di prospettiva fu anche in Italia l'iniziale processo di industrializzazione.

⁵R.Balduzzi-D.Servetti, "La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale" in "Manuale di diritto sanitario" a cura di R.Balduzzi- G.Carpani, Ed Il Mulino, 2013, Bologna, pagg. 13-14.

La classe lavoratrice, impegnata con orari massacranti nelle nuove forme di organizzazione del lavoro, si trovò esposta a rischi di infortuni e malattie.

Nacquero così società di mutuo soccorso, finanziate prevalentemente dagli stessi lavoratori, allo scopo di rimborsare le spese mediche necessarie al socio infortunato o malato ed ove possibile di supportare economicamente la sua famiglia.

Solo nel 1898 fu per la prima volta introdotta l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Nello stesso anno fu istituita la Cassa Nazionale di Previdenza per l'Invalidità e la Vecchiaia degli operai, considerato il primo grande istituto pensionistico italiano.

Nel primo 900 v'è un notevole sviluppo della sanità pubblica e del sistema previdenziale, poi proseguito anche dal regime fascista.

Con il r.d. n.1265/1934 venne approvato il "*Testo Unico delle Leggi Sanitarie*" nel quale confluì l'insieme dei provvedimenti precedenti e che costituirà il testo di riferimento in materia sanitaria sino all'entrata in vigore della Costituzione.

Con riguardo alla previdenza, invece, vengono istituiti nuovi enti mutualistici che si riveleranno i maggiori "pagatori" delle prestazioni rese dalle strutture sanitarie.

Fra questi i più rilevanti sono l'INADEL (Istituto Nazionale per l'Assistenza ai Dipendenti degli Enti Locali), l'ENPAS (Ente Nazionale per la Previdenza e l'Assistenza ai Dipendenti Statali) e l'INAM (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie).

Il frammentato quadro che caratterizzava il sistema sanitario nazionale alla vigilia dell'avvio dei lavori dell'Assemblea Costituente è il seguente:

- -Servizi di igiene pubblica, facenti capo a Ministero degli Interni e alle prefetture;
- -Servizi di cure gratuite agli indigenti, la cui assistenza era principalmente a carico dei comuni;
- -Strutture ospedaliere, regolate da norme di diritto pubblico, ma gestite da soggetti privati quali congregazioni religiose o fondazioni di beneficenza;
- -Grandi casse mutue di assicurazione contro infortuni e malattie dei lavoratori, statalizzate ed operanti in regime di monopolio, unitamente a numerose piccole casse aziendali e territoriali. ⁶

In tale panorama la tutela della salute costituiva un valore meramente strumentale ad interessi collettivi quali igiene pubblica, ordine pubblico e previdenza sociale. Alla salute, quale mera assenza di malattia, non veniva riconosciuto alcun valore giuridico autonomo che prescindesse da conseguenze in ordine agli interessi suddetti.

1.3 Il progetto di Costituzione. Le posizioni in seno all'Assemblea Costituente

⁶R.Balduzzi-D.Servetti, op.citata, pagg. 18-19.

E' da ritenere veramente sorprendente, rispetto al quadro innanzi riassunto, il mutamento culturale che trovò approdo nella Carta Costituzionale.

Viene meno la logica assicurativa del sistema mutualistico a favore dell'affermazione d'un diritto costituzionale che obbliga la Repubblica a tutelare la salute della persona in quanto tale, indipendentemente dalla sua condizione individuale ed a prescindere da interessi "altri".

Un ruolo decisivo in senso propulsivo fu esercitato dal gruppo parlamentare medico, che propose alla Commissione dei 75 tre articoli in materia, confluiti, dopo modifiche, nell'art.26 del Progetto di Costituzione (poi art.32 del testo finale della Carta).

L'art 26 del progetto recitava "La Repubblica tutela la salute e l'igiene e assicura cure gratuite agli indigenti. Nessun trattamento sanitario può essere obbligatorio se non per legge. Non sono ammesse pratiche sanitarie lesive della dignità umana".

L'opportunità della norma, il suo contenuto e la sua collocazione nell'impianto complessivo del testo costituzionale, furono oggetto di ampi dibattiti in seno all'Assemblea Costituente.

L'impegno di garantire ai cittadini la tutela della salute e garantire cure gratuite agli indigenti veniva considerato da una parte politica, sostenuta da figure autorevoli quali Vittorio Emanuele Orlando e Francesco Saverio Nitti, incompatibile con le possibilità economiche del paese. Pertanto, essi sostenevano che sarebbe stato come firmare una "cambiale a vuoto", come assumere un impegno che non sarebbe stato possibile onorare. Inoltre permanevano in taluni, residui della vecchia cultura liberale.

Era anche motivo di dissenso tra i Costituenti se inserire indicazioni circa l'assetto organizzativo che la Repubblica avrebbe dovuto approntare per dare concretezza alla tutela del diritto alla salute. Per contro, veniva privilegiata la concezione, poi accolta, relativa ai rapporti tra Costituzione e legge ordinaria, secondo cui l'ambito del testo costituzionale doveva limitarsi alla fissazione di principi generali, senza scendere sul terreno delle modalità organizzative, di competenza del legislatore ordinario.

L'esito del dibattito costituisce l'espressione della prevalenza di una visione rivolta al futuro che coglie la necessità di recepire nella Carta fondamentale il diritto alla salute sul presupposto di esigenze di ordine sanitario e ragioni di eguaglianza e solidarietà.

1.4 Il diritto alla salute nella Costituzione: L'art 32

L'approdo del dibattito in seno all'Assemblea costituente fu dunque il testo dell'art.32, approvato il 24 aprile 1947. Esso recita che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

L'analisi del testo induce a chiedersi, anzitutto, cosa si intenda per "fondamentale".

Un primo orientamento lega tale attributo alla "essenzialità" ed alla "inviolabilità". ⁷

In senso contrario si ritiene che il carattere della "fondamentalità" non debba essere confuso con quello della "inviolabilità dei diritti" poiché ciò implicherebbe l'attribuzione del requisito suddetto al solo diritto alla salute quando invece quei connotati sono propri di più diritti costituzionalmente garantiti. 8

Secondo altri autori costituirebbe un criterio per dirimere eventuali contrasti con altri diritti stabiliti dalla Costituzione, in favore di quello qualificato "fondamentale". ⁹

Il diritto alla salute presenterebbe in questa prospettiva una preminenza rispetto agli altri diritti della persona.

Secondo la Corte Costituzionale tale posizione non è condivisibile. Il diritto alla salute, infatti, non è che uno dei diritti fondamentali previsti in Costituzione ed ognuno "si trova in un rapporto di integrazione reciproca e non è possibile pertanto individuare uno di essi che abbia la prevalenza assoluta sugli altri". ¹⁰

In secondo luogo, viene in rilievo il significato da attribuirsi al termine "salute".

Il concetto si configura come "multidimensionale" o "polisemico". ¹¹ Infatti con un'unica locuzione si richiamano nozioni diverse, che si riflettono sui contenuti del diritto, ampliandone o restringendone la portata.

La salute, come meglio si vedrà grazie anche all'analisi dei principali documenti internazionali che ne fanno menzione, può essere intesa nella sua dimensione individuale od in quella relazionale.

Inoltre, può essere considerata in una accezione ristretta, quale mera assenza di malattia od infermità, oppure quale condizione di completo benessere. In ultimo, può riferirsi al solo profilo fisico od anche a quello mentale. L'art 32 Cost. coglie appieno la pluralità di sfumature semantiche del termine sebbene non di tutte si ebbe immediatamente una consapevolezza piena.

Nel citato articolo sono, dunque, contenute più situazioni giuridiche soggettive fra di loro connesse di tal che sembra si possa parlare non di *"diritto"* alla salute, ma di *"diritti"* alla salute. 12

La c.d. tutela "passiva" costituisce il nucleo più risalente del diritto in quanto già rinvenibile nelle prime forme dello Stato di diritto e si risolve nella garanzia che nessuna attività pubblica o privata offenda il bene salute.

⁷M.Luciani, "Il diritto costituzionale alla salute" in Dir.Soc. pag.774, 1980

⁸D.Morana, "La salute come diritto costituzionale", Giappicchelli, Torino, 2015, pag 64; F.G.Cuttaia, "Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive", Astrid, Rassegna n.9/2017 pag.3

⁹P.Grossi, "Diritti fondamentali e diritti inviolabili nella Costituzione Italiana" in "Il Diritto Costituzionale tra principi di libertà e istituzioni", CEDAM, Padova, 2008, pag. 2

¹⁰Corte Costituzionale sentenza n.85/2013 intervenuta sulla vicenda dello stabilimento siderurgico Ilva di Taranto ove si era posto il problema del bilanciare diritti costituzionalmente affermati.

¹¹R.Balduzzi- D.Servetti, op. citata, pag 29.

¹²D.Morana, op. citata, pag. 22

In altri termini, la salute quale libertà "negativa" implica un dovere di astensione, sia da parte dei pubblici poteri che degli altri consociati, da condotte che costituiscano forme di intrusione od aggressione rispetto la sfera della salute dell'individuo.

La tutela "attiva", invece, implica una azione positiva al fine del suo conseguimento. Quest'ultima attribuisce al singolo una situazione giuridica soggettiva che gli consente di "pretendere" dai pubblici poteri l'erogazione di prestazioni e servizi di natura preventiva, conservativa o reintegrativa.

Tale pretesa con riferimento agli "indigenti" si presenta quale "diritto alla gratuità" delle prestazioni.

La dottrina e la giurisprudenza concordano nell'accogliere una nozione di "indigenza" che non tiene conto solo della capacità reddituale, ma anche di ulteriori elementi legati al diverso costo delle terapie ed all'importanza della cura. ¹³

Accanto al diritto dell'individuo (nella forma di "diritto di libertà" o "diritto di prestazioni") l'art 32 Cost. attribuisce alla Repubblica un obbligo di tutela della salute anche quale "interesse della collettività".

Quest'ultimo, contrariamente a ciò che si possa pensare, non si pone in contrapposizione bensì è coessenziale al diritto dell'individuo.

La collettività ha interesse a che il singolo goda pienamente dei suoi diritti, mentre il singolo ha a sua volta il dovere di assolvere i propri obblighi nei confronti della collettività. ¹⁴

Tale equilibrio consente una crescita armoniosa del vivere sociale.

L'interesse della collettività, invece, si palesa *ex se* quando si pone come limite del diritto alla salute quale libertà negativa, determinando una compressione della stessa nei casi di trattamenti sanitari obbligatori previsti e disciplinati *ex lege*.

1.5 Attuazione dell'art 32 Cost. ed evoluzione della sua interpretazione

In un primo momento l'art 32 Cost. fu oggetto di una interpretazione che non ne colse appieno la complessità. La tutela della salute resta in una prima fase circoscritta in una dimensione eminentemente pubblicistica, quale funzione dello Stato strumentale ad assicurare l'interesse collettivo alla salvaguardia della sanità pubblica. E' evidente il residuo influsso della cultura precedente al varo della Carta Costituzionale, ancorata ad una visione della tutela della salute nei suoi possibili riflessi sulla collettività: proprio l'approccio che i Costituenti miravano a superare.

Altro aspetto che, secondo parte della dottrina, ha potuto contribuire a ritardare la piena ed autonoma comprensione della portata innovativa dell'art.32 è stato individuato in una impropria sovrapposizione tra il diritto alla salute e l'art.38, comma 2, Cost. Una sorta di "attrazione interpretativa" del diritto alla salute

¹³D.Morana, op.citata, pagg-76-77.

¹⁴D.Morana, op.citata, pagg 38

nell'orbita concettuale propria dell'art.38 Cost., che confina il diritto in un ambito meramente "assicurativo-corporativo". ¹⁵

Tale approccio contribuiva ad imprigionare il diritto nella sua sola dimensione economica: l'uomo era mero strumento di produzione e la salute acquisiva rilievo esclusivamente nei casi di lesione della capacità lavorativa del titolare.

Coerentemente con questa prospettiva la salute era concepita nel suo solo aspetto organicistico, quale mera assenza di malattia.

Le premesse culturali delineate si sono riflesse anche a livello normativo. Infatti, fu solo con la legge n 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che ebbe concreta attuazione l'art. 32 della Costituzione. Sino ad allora permase ancora una pluralità di enti previdenziali e mutualistici che erogava prestazioni assistenziali in una logica assicurativa.

Sin dai primi anni 70 si registrava una progressiva inversione di tendenza che interessa sia i confini del diritto che la concezione stessa del concetto di salute.

Veniva ricompresa in esso, e quindi nell'ambito della sua tutela, oltre la dimensione biologica, quella sociale e relazionale nonché quella ambientale e dei luoghi di lavoro.

Ad una idea statica del diritto alla salute se ne sostituiva una dinamica che non guarda alla sola tutela dell'integrità fisica, ma anche a profili relazionali ed all'ambiente ove la personalità del singolo si esprime.

Viene in risalto la stretta correlazione con la dimensione esterna con cui l'individuo viene in contatto e prende corpo il concetto di salute quale pieno sviluppo della persona umana, coerente con la definizione che ne dà nel 1946 l'OMS, di "completo benessere fisico, psichico e sociale".

Queste maturate consapevolezze vengono recepite sia a livello giurisprudenziale che legislativo.

Per quel che attiene al primo profilo di particolare importanza è la sentenza n.88/1979 della Corte Cost. che riconobbe il diritto alla salute quale "diritto primario ed assoluto pienamente operante anche nei rapporti fra privati".

Riconobbe, inoltre, autonomo rilievo al danno alla salute in sé considerata, superando la commistione danno alla persona/conseguenze economiche che ne scaturiscono.

Il danno alla salute si identifica nel "danno biologico", espressione coniata da Aldo Franchini¹⁶, con la quale ci si riferisce alla lesione del bene salute quale valore della persona umana costituzionalmente protetto.

Si è a lungo dibattuto su quale dovesse essere il fondamento normativo che giustificasse il risarcimento.

In proposito la sentenza n.184/86 della Corte Cost. affermò che questo era da individuarsi nell' art 2043 c.c. che, letto in una prospettiva costituzionalmente orientata, giustificava la risarcibilità non solo dei danni patrimoniali, ma anche di tutti quei danni che, almeno potenzialmente, ostacolavano le attività realizzatrici della persona umana.

¹⁵D.Morana, op.citata,pagg. 6-7.

¹⁶A.Franchini, medico piemontese nato il 3.12.1910, dedicatosi in particolare alla medicina legale

Muta in seguito l'orientamento giurisprudenziale con la sentenza n.16525/2003 della Corte di Cassazione, poi ripresa nei suoi nuclei essenziali dalla sentenza n.26972/2008 della stessa Corte, secondo cui la base normativa doveva rinvenirsi oltre che nell'art.32 Cost, nell'art. 2059 c.c.

La Corte di Cassazione affermava, nella citata pronuncia, che l'art. 2059 c.c. non riguarda solo il danno morale cagionato da reato, ma tutti i danni non patrimoniali nei casi "determinati dalla legge".

Casi che sussistono non solo quando una norma preveda specificatamente il diritto al risarcimento, ma ogni qual volta sia offeso un diritto inviolabile dell'uomo previsto dalla Costituzione.¹⁷

Sotto il profilo normativo la più rilevante conquista di tale graduale percorso evolutivo, culturale e giurisprudenziale, è l'adozione della 1. 833/1978, la quale, come detto, consente l'effettivo godimento del diritto di cui al 32 Cost. Nonché un approccio complessivo ai problemi della sanità, introducendo il Servizio Sanitario Nazionale, che assorbe le competenze di tutti i soggetti cui prima erano demandate funzioni di assistenza sanitaria.

Il SSN, come dispone la suindicata legge, consiste nel "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza del cittadino nei confronti del servizio".

Trovano applicazione i principi di "globalità delle prestazioni" e di "universalità del destinatari" secondo modalità che assicurino eguaglianza ed uniformità.

La legge medesima ripartisce le funzioni afferenti l'erogazione del servizio sanitario fra diversi soggetti quali lo Stato, le Regioni, le Provincie ed il Comune.

Alla luce di questo sviluppo è ormai acclarato che l'art.32 Cost. non costituisca una mera norma di programma, bensì consente di affermare la sussistenza di un diritto soggettivo fondamentale ed assoluto a tutela del bene salute, in correlazione con gli articoli 2 e 3 della stessa Carta costituzionale, che assumono concretezza su un terreno così rilevante.

1.6 Il concetto di salute nei più significativi documenti di diritto internazionale

Lo stesso termine "salute" esige chiarimenti ulteriori circa il suo contenuto, considerati i molteplici significati che possono essergli attribuiti. E' di ausilio per una possibile analisi del multiforme concetto quanto previsto nei principali documenti normativi in vigore nell'Ordinamento Internazionale.

-La *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo*, approvata a Parigi dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il 10.12.1948, sancisce a livello universale i diritto dell'uomo : civili, politici, economici, sociali e culturali.

¹⁷S.Ricci-A.Miglino, "il danno alla persona: tutela risarcitoria", Società Editrice Universo, Roma, 2012, pagg. 15-20.

Si tratta di un documento che riveste un'importanza storica fondamentale.

Venendo in particolare al tema qui trattato, l'art 25 comma 1 recita che "Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari ed ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in altro caso di perdita di mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà".

La disposizione non si riferisce al mero superamento dei soli bisogni primari, ma alla condizione dell'individuo nel suo complesso, coerentemente con la definizione di salute fornita dall'OMS.

-La *Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo*, sottoscritta a Roma nel 1950 stabilisce ex art 1 che "*Ognuna delle parti contraenti riconosce diritti e libertà enunciati nel titolo I*".

Fra questi la salute (come del resto i diritti sociali in genere) non ha un esplicito rilievo autonomo, ma si connota in senso negativo, quale divieto di tenere condotte che cagionino danno alla salute umana. ¹⁸

E' stata la giurisprudenza della Corte di Strasburgo ad interpretare talune norme della Convenzione in senso estensivo (in particolare l'art 3 che pone il divieto di tortura e di pene inumane o degradanti) includendo in tal modo, sia pure indirettamente, la salute fra i valori tutelati dalla Convenzione.

-La *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, nota come carta di Nizza, sottoscritta nel 2000, all'art.35, sotto la rubrica "*Protezione della salute*", recita che "*Ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali*". Come si vede la disposizione non contiene una specifica definizione di "salute", ma solo l'individuazione immediata di quelli che sono gli aspetti legati all'uso comune della espressione: prevenzione ed accesso alle cure mediche. ¹⁹

-L'Organizzazione mondiale della sanità definisce, nel preambolo del suo atto di costituzione, risalente al 1946, la salute come uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale".

Si tratta di una definizione ampia che riferisce la salute non solo a profili organicistici, come assenza di malattia, ma ad una condizione complessiva di benessere.

-Il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (New York 1966) afferma all'art 12, che "Gli Stati parte del presente patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire". La salute, anche in questo documento, coerentemente con la definizione dell'OMS, costituisce un diritto proprio di ogni individuo che riguarda sia il fisico, che la mente, che la vita di relazione.

Con riferimento a tale ultimo autorevole richiamo, si può ritenere che l'espressione rischi di apparire talmente ampia da sfumare in un'aspirazione utopistica. L'idea che la salute possa identificarsi con il completo benessere psicofisico dell'individuo risulta di difficile realizzazione e non consente, per la sua

¹⁸R.Balduzzi-D.Servetti, op.citata, pag 23

¹⁹R.Balduzzi-D.Servetti, op.citata, pag 24.

ampiezza, di individuare e definire, in termini concreti e realistici, un diritto individuale alla salute quale diritto immediatamente azionabile. ²⁰

Inoltre, nessuno degli altri autorevoli documenti contiene una definizione del concetto di salute, né del resto alcuno specifico riferimento ai diritti sociali, che appaiono oggetto di una certa "marginalizzazione" in rapporto al prevalente risalto riservato ai diritti c.d. di prima generazione, cioè ai diritti civili e politici.

1.7 La salute come diritto finanziariamente condizionato

La Legge Costituzionale n. 3/2001 modifica il riparto di competenze tra Stato e Regione previamente fissato. Il nuovo art 117 Cost. attribuisce allo Stato, quale competenza esclusiva, la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (II comma lett. m), mentre la tutela della salute costituisce materia di competenza concorrente con le Regioni (III co.).

Si tratta, dunque, di un sistema sanitario decentrato che assegna alle Regioni un ruolo primario sul piano operativo.

L'ampio spazio di autonomia così riconosciuto rischia però di produrre differenze fra i servizi sanitari regionali, che mettono in dubbio l'uniformità della prestazione sul territorio nazionale voluta dalla Costituzione.²¹

Una rilevante criticità è poi da individuarsi nel fatto che il diritto alla salute, quale diritto "a prestazione", costituisce un diritto "finanziariamente condizionato".

La sua concreta attuazione è cioè legata alle disponibilità finanziarie ed alla coeva sussistenza di altri diritti costituzionalmente protetti che il legislatore deve bilanciare e garantire anche sul piano delle risorse.

Si tratta d'una problematica che viene in evidenza in particolare nei primi anni 90, quando si palesò una esigenza di contrazione (anche) della spesa sanitaria imposta dall'elevato debito pubblico gravante sul bilancio nazionale.

Fu proprio tale esigenza che stimolò un riordino della disciplina intesa a garantire una oculata erogazione delle prestazioni sanitarie, culminata nella individuazione dei livelli essenziali uniformi di assistenza, assicurati dal SSN.

Si tratta di una nozione comparsa per la prima volta con la legge finanziaria del 1998, che fa riferimento ai livelli di assistenza i quali, in quanto "necessari" ed "appropriati" devono essere uniformemente garantiti su tutto il territorio nazionale ed all'intera collettività. Di li a poco la nozione verrà "costituzionalizzata" ed infatti il novellato art.117 Cost. assegna alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la "determinazione dei

²⁰R.Ciofi, "Verso una nuova definizione del concetto di salute oltre la definizione della OMS" www.psychiatryonline

²¹F.G. Cuttaia, op.citata, pagg.9-10.

livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" (art 117 comma 2 lett m).

Per non attribuire al legislatore margini di discrezionalità eccessivamente ampi nella ripartizione delle risorse, con il rischio di ridurre eccessivamente il contenuto del diritto in parola, soccorre la giurisprudenza della Corte Costituzionale.

La recente sentenza n.559/2016 ha richiamato principi già previamente enunciati dalla Corte stessa, riaffermando la necessaria compatibilità con il bilancio della spesa sanitaria, ma ribadendo che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere un peso tale da comprimere "il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana". La Corte pone così un principio-diga a salvaguardia dell'effettività del diritto stesso.²²

CAPITOLO SECONDO

LA TUTELA DELLA SALUTE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Sommario: 2.1 Salute e detenzione: un rapporto difficile; 2.2 Salute e Sicurezza; 2.3 Le fonti di derivazione internazionale; 2.4 Le fonti interne: la tutela preventiva di cui agli artt. 5-10 O. P.; 2.5 "Lo spazio della pena". Edilizia penitenziaria e tutela della salute; 2.6 Il sovraffollamento e la giurisprudenza della CEDU; 2.7 L'articolo 11 dell'O. P.: la medicina diagnostico curativa; 2.8 Il servizio "Nuovi giunti"; 2.9 Altre disposizioni dell'Ordinamento Penitenziario che incidono sulla tutela della salute; 2.10 Norme del codice penale a tutela della salute: gli artt.146, 147 e 148 c.p.; 2.11 Lo schema di decreto legislativo attuativo della c.d. delega penitenziaria. Le modifiche dell'ordinamento penitenziario in tema

²²F. G. Cuttaia, op.citata,ibidem.

di tutela della salute 2.12 La tutela nei confronti di detenuti in condizioni di particolare vulnerabilità: tossicodipendenza e infezione da HIV; 2.13 "Lo sciopero della fame"; 2.14 La prevenzione del suicidio in carcere.

2.1 Salute e detenzione: un rapporto difficile

L'attuazione del diritto alla salute negli istituti penitenziari rivela oggettiva difficoltà per il particolare contesto in cui l'assistenza sanitaria deve essere assicurata.

La popolazione detenuta si trova ad affrontare ostacoli e "svantaggi situazionali", la cui compresenza alimenta la preoccupazione che l'obiettivo di tutela non venga raggiunto in modo coerente con quanto previsto dal dettato normativo, secondo cui la salute costituisce un diritto fondamentale a carattere universale.

La condizione detentiva impone un necessario contemperamento fra la tutela dei diritti fondamentali ed esigenze di sicurezza, con le conseguenze che ne scaturiscono. Costituiscono profili di ulteriore criticità, quanto alla salute organica e psichica, lo stile di vita, tenutosi prima e durante la detenzione ed il forte impatto emotivo dell'esperienza detentiva, con il connesso rischio di smarrimento e perdita dell'identità personale.²³

Significativi della problematicità del fenomeno sono i dati riguardanti le prevalenze patologiche nelle carceri, rilevati dalla indagine epidemiologica condotta nel 2014, dall'A.R.S Toscana, titolata "La salute dei detenuti in Italia". Quest'ultima, ha fotografato l'allarmante situazione relativa alle condizioni di salute di gran parte della popolazione detenuta, a riprova degli "svantaggi situazionali" prima evocati.

In particolare, si rileva una percentuale nettamente superiore rispetto alla popolazione generale di stati patologici, classificati secondo il sistema ICD-9-CM. Il 67,5% dei circa 16.000 detenuti "arruolati" manifesta almeno una patologia, le più presenti delle quali risultano essere quelle psichiche (cui sarà dedicato il capitolo quarto), quelle dell'apparato digerente (14,5%), quelle infettive (11,5 %) e quelle dell'apparato circolatorio (11,4%). ²⁴

La valutazione di tale indagine conferma, per altro, un precedente studio effettuato dal Comitato Nazionale di Bioetica, dal titolo "*La salute dentro le mura*", pubblicato l'11 ottobre 2013.

Anche in esso veniva evidenziato che "la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità, il cui livello di salute, ancor prima di entrare in carcere, è mediamente inferiore a quello della popolazione generale". ²⁵

²³M.Caredda, "La salute e il carcere. Alcune riflessione sulle risposte ai bisogni di salute della popolazione detenuta" in http://www.costituzionalismo.it, fascicolo 2/2015, pagg. 1 e segg.

²⁴A.R.S Toscana, "La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico", pagg. 53-71 www.ars.toscana.it

²⁵ Parere del Comitato nazionale di Bioetica, "La salute dentro le mura" pubblicato l'11 ottobre 2013 , pag 3 www.quotidianosanità.it

Colpisce come l'identità delle valutazioni delle due autorevoli indagini dia la misura che la realtà di questo spaccato di popolazione presenti una condizione tendenzialmente immutata, modificabile solo facendo appello ad un impegno davvero particolare da parte delle Istituzioni e degli operatori.

Una lettura congiunta delle fonti in materia attribuisce alle Istituzioni preposte l'obbligo di dare attuazione al contenuto del diritto con la stessa ampiezza ed intensità con cui vengono soddisfatti i bisogni di salute della popolazione generale, senza che tale impegno possa essere limitato in ragione del luogo in cui l'assistenza venga erogata, se non nei limiti connaturati alla condizione detentiva. Invero, il principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art 3 Cost. impone un intervento ancor più incisivo con riguardo alla popolazione detenuta, data la particolare condizione in cui quest'ultima versa. La tutela della salute costituisce, infatti, un diritto non comprimibile nel suo nucleo essenziale poiché connaturato alla dignità umana, come "dote indisponibile". ²⁶

Il principio di parità di trattamento del detenuto rispetto ai cittadini liberi si riferisce a due profili fra loro connessi.

Da una parte "l'equità del diritto" alla salute, diritto che deve essere inderogabilmente unitario, dall'altra "l'equità delle cure", cioè la garanzia dell'accesso a cure uguali per tutti. ²⁷

Il principio suddetto, oltre ad essere espressione delle previsioni costituzionali, ha ispirato la riforma della sanità penitenziaria.

L'affidamento di questa al Servizio sanitario nazionale costituisce una modifica cui sarà dedicata una specifica analisi per la rilevanza che ha assunto sull'erogazione delle prestazioni nei "luoghi di detenzione". Come anticipato, pur in questa prospettiva paritaria, vi sono difficoltà oggettive che condizionano le modalità di erogazione e che rischiano di compromettere l'effettività della tutela della salute delle persone detenute oltre i limiti consentiti dal principio di proporzionalità.

Si aggiunga agli "svantaggi situazionali", cui si è fatto riferimento, che gli articoli dell'Ordinamento penitenziario hanno ingenerato perplessità per il carattere non sufficientemente determinato circa la gamma di prestazioni essenziali che debbono essere erogate a detenuti e internati. Il timore conseguente è che la gamma delle prestazioni sia in concreto definita dagli operatori delle singole Regioni in maniera disomogenea, perché rimessa alla sensibilità degli amministratori regionali e locali ed alle disponibilità economiche dei vari enti.

Il rischio non infondato è dunque che possa configurarsi una realtà "a macchia di leopardo" incompatibile con l'attuazione paritaria ed uniforme sul piano nazionale di un valore fondamentale, come tale affermato e tutelato dalla Costituzione.

²⁶M. Ruotolo, "Dignità e carcere" Napoli, 2014, pag 19

²⁷M.L.Fadda, "La tutela del diritto alla salute dei detenuti" in "Rivista italiana di medicina legale e del diritto sanitario", fascicolo n 2 / 2012, Ed. Giuffrè, pagg 614-639.

La discrezionalità amministrativa potrebbe effettivamente dar luogo, in alcune aree del paese, ad un abbassamento del livello delle prestazioni in favore della popolazione detenuta, in contrasto con il principio di eguaglianza sostanziale che deve caratterizzare l'attuazione di un diritto primario.

La necessità di prevenire o di superare ogni diversità nell'assicurare la tutela della salute dei cittadini liberi e di quelli detenuti, è stata del resto uno degli aspetti critici sui quali si è soffermata l'attenzione di studiosi ed esperti in occasione dei lavori degli "Stati generali dell'esecuzione penale".

Nel documento finale elaborato da quel consesso è stata infatti rilevata la attuale carenza nell'offerta di alcuni servizi socio-sanitari, che richiedono significativi interventi nella prospettiva di rendere effettivo il diritto in esame, nonché la disomogeneità delle prestazioni.²⁸

Una particolare dedizione nell'erogazione del servizio da parte delle istituzioni e degli operatori è quindi essenziale per evitare che dalla solenne affermazione di una eguaglianza sostanziale scaturisca, ove non si tenga conto delle difficoltà oggettive e delle specificità soggettive, un risultato sostanzialmente antitetico alle finalità perseguite e iniquamente discriminatorio.

L'obbiettivo è quello di evitare che la salute nelle strutture penitenziare sia intesa nella sua accezione minima, quale mera assenza di malattia, senza tenere conto della progressiva inclusione di tutte le componenti che incidono sull'equilibrio psico-fisico della persona.

E' stato pure evidenziato, nella richiamata indagine epidemiologica della A.R.S Toscana, che garantire l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri può essere un importante modo per contribuire a ridurre le crescenti diversità di condizioni di salute. La maggioranza dei detenuti proviene dagli strati socialmente ed economicamente più disagiati della collettività, pertanto fornire adeguata assistenza sanitaria in carcere può rappresentare "uno degli avamposti della lotta alle diseguaglianze di salute nella nostra società". ²⁹

Non si deve dimenticare, in ultimo, che i soggetti in stato in questione sono destinati ad essere reinseriti nel contesto sociale e che, pertanto, l'erogazione del servizio nei luoghi di detenzione si risolve in un beneficio per la collettività intera.

Se il sistema si attestasse su di una base minimale e riduttiva si avvalorerebbe l'impressione che la nozione di salute e la tutela apprestata al corrispondente diritto continuino a viaggiare su un doppio binario, a secondo che si riferiscano a soggetti liberi o a soggetti sottoposti a limitazione della libertà. ³⁰

Tale percezione implicherebbe che un diritto fondamentale della persona possa essere modulato in ragione dello status del singolo, ciò che sconfesserebbe l'impianto universalistico e paritario del sistema sanitario nazionale (nel quale è inserito a pieno titolo quello penitenziario), come delineato dalla Costituzione e dalla stessa legislazione ordinaria.

^{28&}quot;Stati generali sull'esecuzione penale" documento finale 18.4.2016, parte seconda, par.5.1 https://www.giustizia.it/

²⁹A.R.S Toscana, studio citato, pagg 15-17.

³⁰A. Massaro, "Salute e Sicurezza nei luoghi di detenzione coordinate di un binomio complesso" in "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", a cura di A.Massaro, Ed. Roma TrE, 2017, pag. 25

E' ben vero che il diritto alla salute, ancorché "fondamentale" non può dirsi "preminente", dal momento che la Costituzione non pone una rigida gerarchia tra molteplici diritti da essa garantiti, ma deve essere assicurato in una logica di bilanciamento con altri interessi affermati in posizione paritaria. D'altra parte, pur accedendo a tale logica di contemperamento, in nessun caso il "carcere" può essere un luogo di negazione di un diritto. Né le difficili condizioni in cui versano gli istituti penitenziari del Paese possono costituire alibi per l'abbandono dell'obiettivo della legalità.

Come afferma V.Onida: "pur con tutte le difficoltà che le situazione di fatto possono offrire è essenziale mantenere chiaro - e battersi per attuarlo - il principio per cui il carcere non deve essere luogo di sopraffazione o di degradazione della legalità, ma luogo in cui persone, rispettate come tali, scontano una pena legalmente inflitta e sono messe in grado di cercare e di percorrere la via del loro riscatto e del loro reingresso nella comunità dei liberi. La legalità e la cultura della legalità sono una premessa perché ciò possa avvenire".³¹

Il rischio di possibili compressioni del diritto alla salute, innanzi paventato, nasce anche dalla non rara frattura tra la norma scritta e la realtà di fatto, che può verificarsi in un contesto caratterizzato da notevoli difficoltà anche di ordine pratico.

Per esemplificare, difficoltà possono derivare da una situazione di sovraffollamento, spesso maggiore, rispetto alla media nazionale, in alcuni istituti.

In tali circostanze emerge con maggiore evidenza il rischio di una sproporzione tra il numero dei detenuti e quello degli operatori sanitari, che limita evidentemente le possibilità di una adeguata attenzione alle esigenze dei singoli.

Si pensi anche ai casi di mancanza, in alcune realtà, di adeguate strumentazioni diagnostiche o terapeutiche necessarie per specifiche patologie, con la conseguente necessità della traduzione del detenuto in altro istituto che ne sia dotato o in strutture ospedaliere esterne.

Circostanza, quest'ultima, prevista dall'art.11, c.2, O.P. che esige la disponibilità (non sempre immediata) di personale di Polizia Penitenziaria in numero adeguato al servizio di traduzione e di piantonamento in caso di ricovero negli appositi reparti ospedalieri (c.d. reparti di medicina protetta). Si tratta di ostacoli che possono allungare i tempi di trasferimento ed incidere sulla tempestività della prestazione diagnostica o terapeutica necessaria al caso o addirittura causarne il differimento.

Tale evento può dipendere anche dalla concomitanza di udienze cui il detenuto intenda partecipare, con la conseguenza che il soggetto subisce un ritardo nelle prestazioni, vedendosi ricollocato in fondo alla "lista di attesa".

³¹Le suindicate espressioni del Presidente emerito della Corte Costituzionale sono state ricordate dal prof. Ruotolo nella sua relazione "Il carcere come luogo della legalità" in onore di Valerio Onida, pubblicata in data 18.10.2011 sulla rivista della Associazione Italiana Costituzionalisti (AIC) n.4.

Tra le criticità che caratterizzano l'attuazione del diritto alla salute nell'ambiente carcerario vanno annoverate anche le difficoltà di rilevare eventuali simulazioni di malattie, poste in essere pretestuosamente per ottenere condizioni più favorevoli.

Né è di poco conto l'ostacolo derivante dalla barriera linguistica che, oltre ad essere fattore di disagio per i detenuti stranieri, a causa dell'isolamento psicologico dovuto alla difficoltà di comunicare con gli altri, incide negativamente sulla relazione con gli operatori, nel rappresentare in modo esauriente e preciso le proprie condizioni di salute.

2.2 Salute e Sicurezza

Il fattore di maggiore condizionamento della tutela del diritto è costituito dal rapporto antinomico tra le esigenze di salute e quelle di sicurezza.

Aspetti potenzialmente confliggenti, ma entrambi fondamentali: il primo a tutela della persona, il secondo a tutela della collettività.

L'importanza di ognuno di tali valori rende particolarmente complesso giungere ad un equilibrio che consenta di soddisfarli entrambi.

Il temuto rischio di "fuga dalla legalità" sembra avvalorato anche dalla stessa giurisprudenza della Corte EDU, che manifesta particolare cautela nel rilevare violazioni del diritto alla salute nei confronti di soggetti detenuti sottoposti a regime di c.d. "carcere duro", suffragando la percezione di un implicito squilibrio a favore della sicurezza rispetto alla tutela della salute.³²

Va anzitutto evidenziato che il concetto stesso di sicurezza appare sfuggente e dai contorni sfumati. Tale deficit di determinatezza sul concetto stesso amplifica il timore di un eccessivo spazio (nel definirlo e nel farvi ricorso) alla discrezionalità amministrativa.

Per circoscrivere l'incerto significato lessicale del termine va chiarito che il riferimento è da intendere, per quanto qui interessa, come "sicurezza penitenziaria", quella cioè riguardante persone già collocate in un luogo di detenzione e, dunque, già private della libertà personale.³³

Malgrado le difficoltà, che certamente condizionano il diritto nella sua componente prestazionale, la "fondamentalità" del valore esclude che questo possa essere compresso al punto da essere svuotato di contenuti. Si deve perciò ritenere che il diritto alla salute sia assolutamente incomprimibile almeno nella sua accezione di diritto "negativo" a non subire offese all'integrità psico-fisica, né a sottostare a condizioni "inumane" e "degradanti" che mortificano la dignità umana.

³² A.Massaro op.citata pagg.64-69

³³A.Massaro, op. citata, ibidem.

Fermo restando tale "principio-diga", eventuali limitazioni nelle modalità di erogazione delle prestazioni, derivanti da esigenze di sicurezza, debbono essere considerate possibili soltanto entro il limite del "principio di proporzionalità", in modo da non annullare il nucleo essenziale del diritto.³⁴

Un limitato condizionamento, basato su esigenze "inevitabili" e circoscritte dall'applicazione del principio di proporzionalità, appare l'unico e ragionevole parametro accettabile e compatibile con il dettato costituzionale.

E' di tutta evidenza che, malgrado l'ausilio derivante dall'adozionedi criteri di ragionevolezza, non sia sempre agevole trovare la soluzione.

Non sembra infondato, infatti, il timore che l'aspetto sicurezza possa dimostrarsi preminente e determinare una compressione che vada oltre i limiti di quanto consentito. Ciò che giustifica ed esige un costante controllo sulla effettività della tutela.

2.3 Le fonti di derivazione internazionale

Effettuata una prima disamina sulle fonti del diritto della salute in generale, si esaminano in questa sede fonti di derivazione internazionale, quanto ai profili specificatamente riguardanti la salute dei soggetti ristretti.

Si tratta di documenti che, per l'autorevolezza e la rappresentatività degli organismi sovranazionali da cui provengono, esercitano grande influenza sulle legislazioni nazionali, in vista del recepimento di principi condivisi in tema di diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, in una prospettiva di tendenziale avvicinamento degli ordinamenti.

Sono da annoverarsi anzitutto:

-La "Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo": in essa è previsto, ex art 5, che "Nessun individuo potrà essere sottoposto a tortura o a trattamenti o a punizioni crudeli, inumani o degradanti"; il successivo art. 9 afferma testualmente che "Nessun individuo potrà essere arbitrariamente arrestato, detenuto o esiliato".

Le due precedenti previsioni sono completate dalla previsione di cui all'art 8, che attiene al profilo della tutela giurisdizionale dei diritti fondamentali. Quest'ultimo stabilisce che "Ogni individuo ha diritto ad un'effettiva possibilità di ricorso a competenti tribunali nazionali contro atti che violino i diritti fondamentali a lui riconosciuti dalla Costituzione o dalla legge".

La "Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani e degradanti", adottata a New York, il 10.12.1984, in seno all'Assemblea generale delle Nazioni Unite: il documento impegna gli Stati Parte ad adottare misure efficaci per contrastare atti di "tortura" commessi nei territori di loro giurisdizione.

³⁴Si legge nella relazione tenuta all'Università Roma Tre in data 6.12.2011 da G.M. Flick "I diritti dei detenuti nella giurisprudenza costituzionale" che "Nella peculiare realtà del carcere la ovvia e potenziale limitazione (del diritto alla salute) per le esigenze connesse alla condizione carceraria richiede una verifica costante della sua effettività. Il suo esercizio non può essere compresso al di là di quanto è reso inevitabile dallo stato di detenzione". www.dirittopenitenziarioecostituzione.it.

Nessuna circostanza eccezionale può essere invocata per giustificarne la pratica.³⁵Il divieto è assoluto come assoluta è la dignità umana.

Il documento impegna altresì i soggetti firmatari a "proibire in ogni territorio, sottoposto alla sua giurisdizione, altri atti che costituiscono pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti che non siano atti di tortura come definiti all'articolo primo, allorché questi atti sono commessi da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito". ³⁶

Al fine di combattere i suddetti fenomeni la Convenzione stessa istituisce il Comitato contro la tortura, composto di 10 esperti eletti dagli Stati, incaricato di monitorare il rispetto della Convenzione Onu.

Di particolare rilievo è anche l'art 4, il quale recita che "Ogni Stato Parte provvede affinché qualsiasi atto di tortura costituisca un reato a tenore del suo diritto penale."

A questo proposito costituisce una importante conquista l'adozione della legge n. 110 14/7/2017 che introduce nella sezione III del titolo XII i reati di tortura ed istigazione alla tortura (artt.613bis-613 ter c.p.) nel codice penale italiano, colmando una lacuna grave e pericolosa.³⁷

V'è però da mettere in evidenza che non c'è una perfetta coincidenza dell'illecito introdotto nel nostro ordinamento con quanto previsto dalla Convenzione Onu. Ciò è stato motivo di forti contestazioni da parte delle maggiori associazioni che si occupano del tema. In particolare, nella Convenzione, la tortura è un reato proprio del pubblico ufficiale, che prevede la commissione di una "condotta a forma libera da parte dell'autore del reato", mentre l'art. 613-bis del c.p. prevede chiaramente che la condotta, posta in essere da chiunque, si realizzi con violenze o minacce gravi o crudeltà. Costituisce altro elemento che connota e differenzia il nuovo reato, rispetto a quanto previsto sul piano internazionale, la necessità che il fatto sia compiuto con più violenze e minacce, salva l'evenienza in cui il fatto comporti un trattamento inumano e degradante per la dignità della persona. In quest'ultimo caso si prescinde dalla pluralità delle condotte.

³⁵La definizione di tortura ai fini della presente Convenzione è esplicitata ex art 1 della Convezione medesima, secondo cui il termine indica "qualsiasi atto mediante il quale sono intenzionalmente inflitti ad una persona dolore o sofferenze forti, fisiche o mentali, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata aver commesso, di intimorirla o di far pressione su di lei o di intimorire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, qualora tale dolore o sofferenze siano inflitte da un agente della funzione pubblica o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito. Tale termine non si estende al dolore o alle sofferenze risultanti unicamente da sanzioni legittime, inerenti a tali sanzioni o da esse cagionate." La tortura si caratterizza dunque quanto ai seguenti profili: l'inflizione di forti sofferenze fisiche e/o psichiche, la responsabilità diretta di un soggetto che agisca a titolo ufficiale, la illiceità della sanzione, la intenzionalità

³⁶Art. 16 "Convenzione contro la tortura e altre pene e trattamenti inumani e degradanti", 10.12.84, Onu.

³⁷L'art 613 bis prevede la reclusione da 3 a 12 anni nei confronti di "chiunque, con violenza o minacce gravi, infligge ad una persona forti sofferenze fisiche o mentali ovvero trattamenti crudeli, disumani o degradanti, allo scopo di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni su un atto che essa stessa o una terza persona ha compiuto o è sospettata di avere compiuto ovvero allo scopo di punire una persona per un atto che essa stessa o una terza persona ha compiuto o è sospettata di avere compiuto ovvero per motivi di discriminazione razziale, politica, religiosa o sessuale".

-Il "Patto internazionale sui diritti civili e politici": il trattato ONU, adottato nel 1966, ha provveduto a stabilire all'art. 10, comma 1, che "Qualsiasi individuo privato della propria libertà deve essere trattato con umanità e col rispetto della dignità inerente alla persona umana".

Il successivo comma 3 del medesimo articolo stabilisce che "Il regime penitenziario deve comportare un trattamento dei detenuti che abbia per fine essenziale il loro ravvedimento e la loro riabilitazione sociale" -Gli "Standard minimi di tutela in materia di trattamento penitenziario dei detenuti", altrimenti detti "Mandela Rules": il testo finale, adottato all'unanimità dall'Assemblea generale dell'ONU in data 17.12.2015, recepisce ed integra gli standard minimi di tutela previamente approvati nel 1955.

Date le profonde differenze fra i vari ordinamenti nazionali il documento si limita a fissare principi di tutela della dignità umana, cui i singoli Stati dovrebbero attenersi. Si tratta di un riferimento dal carattere non vincolante, che però, ciò nonostante, è di grande rilievo poiché stimola nelle esperienze interne una cultura della pena improntata alla rieducazione.

Questa analisi pone in rilievo che gli sforzi compiuti della Comunità internazionale sono, sin dal secondo dopoguerra, mirati soprattutto a valorizzare la dignità umana, contrastando la tortura quale condotta che per antonomasia nega i diritti umani.

Per quel che riguarda i documenti adottati dal Consiglio d'Europa si ricordano :

-la "Convezione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali": si è detto nel capitolo precedente che la Convenzione non dedica una diretta affermazione del diritto alla salute ed è stata la Corte di Strasburgo ad estendere espressamente la tutela anche a tale diritto, grazie ad una interpretazione evolutiva di altre disposizioni della Convenzione.

La salute è stata così ricondotta nel novero dei diritti tutelati, quale corollario del diritto alla vita (art.2CEDU), del divieto di torture, pene e trattamenti inumani o degradanti (art.3CEDU), del diritto al rispetto della vita privata e familiare e del domicilio (art.8CEDU).

In particolare, il diritto alla salute delle persone detenute è stato attratto nella sfera della tutela convenzionale per il tramite dell'art 3 CEDU.

Si tratta di una forma di tutela indiretta, nel senso che questo acquisisce rilievo nei soli casi in cui vi sia un pregiudizio dei diritti esplicitati dalla Convenzione.

Non è pertanto dato rinvenire nel testo un "dover essere normativo" puntualmente connotato e definito, nel quale rispecchiare " l'essere applicativo " e valutarne la conformità al parametro normativo.

Al contrario, il dover essere normativo va evinto dall'interprete, ricostruendo l'analisi della casistica su cui si è pronunciata la CEDU.³⁸

³⁸F.Cecchini, "La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della Corte Europea dei diritti dell'Uomo" in "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", op citata, pagg 228-229.

Per comprendere con che modalità, attraverso l'interpretazione dell'art.3, si estenda la garanzia, è opportuno offrire un breve quadro delle caratteristiche e delle modalità applicative della disposizione, così come ricostruite dalla Corte.

Le conclusioni cui giunge la giurisprudenza CEDU presentano infatti forti implicazioni anche per quel che concerne la tutela della salute negli Istituti penitenziari. Nel senso che il divieto di tortura e pene o trattamenti inumani o degradanti ha carattere fondamentale, assoluto e inderogabile e che la disposizione non consente eccezioni né limitazioni alla sua portata precettiva. ³⁹

Per altro, il testo in esame si riferisce a tre tipologie di condotte vietate, ma la lettera della norma non indica i criteri distintivi tra le stesse.

È stata ancora una volta la giurisprudenza a dare un enorme contributo in questo senso, ritenendo che, perché trovi applicazione l'art 3, non sia sufficiente la sola condotta che leda l'integrità psico-fisica, ma è anche necessario che essa raggiunga "una soglia minima di gravità, la cui determinazione è, per natura, relativa: dipende da tutte le circostanze del caso, quali la durata del trattamento, le sue conseguenze fisiche o mentali e, in certi casi, il sesso, l'età e lo stato di salute della vittima". ⁴⁰

La previsione di una soglia minima si giustifica con l'intento di evitare una "bagatellizzazione" della previsione nonché il rischio di una pericolosa deriva verso la relativizzazione della stessa. Il criterio è funzionale anche ad uno scopo ulteriore, cioè quello di distinguere le tre categorie di condotte vietate, che si pongono tra loro secondo una scala discendente di lesività.⁴¹

La Corte ha affermato che "deve considerarsi inumano un trattamento premeditato, applicato per ore e che causa lesioni corporali o sofferenze intense sotto il profilo fisico e mentale; è invece degradante il trattamento che ingenera nella vittima un senso di paura, angoscia e inferiorità tali da umiliarla e piegarne la resistenza fisica o morale, inducendola ad agire contro la sua volontà o coscienza".⁴²

Infine, la tortura è "una forma aggravata di trattamento inumano o degradante che, inoltre, richiede l'accertamento dell'intenzione di torturare e la verifica dello scopo perseguito attraverso la tortura stessa".⁴³

Si tratta in ogni caso di nozioni non statiche, ma in continua evoluzione.

In tema di salute la Corte ha dato vita ad una giurisprudenza copiosa che ha esteso l'ambito di applicazione del divieto di cui all'art. 3 CEDU e più di una volta determinato la condanna per l'avvenuta violazione dell'articolo nelle carceri italiane.

³⁹F.Cecchini, op.citata, pag 219.

⁴⁰Corte EDU, 18 gennaio 1978, Ireland v. the United Kingdom, ric. n. 5310/71, § 162.

⁴¹F.Cecchini, op.citata, pag 222

⁴²Corte EDU (Grande Camera), 11 luglio 2006, Jalloh v. Germany, ric. n. 54810/00, §68.

⁴³Corte EDU, 5 novembre 1969, Denmark, Norway, Sweden and the Netherlands v. Greece, ric. n. 3321/67.

-Le "Regole penitenziarie del Consiglio d'Europa": si tratta dell'Allegato alla "Raccomandazione R", deliberata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa l'11 gennaio 2006. Tale documento, per quanto autorevole, non costituisce "fonte", ma atto di soft law, cioè, un atto di indirizzo non vincolante per i governi. La Parte III (Regole 39-48) è dedicata alla "Salute" e riguarda cure sanitarie, l'organizzazione del servizio sanitario penitenziario, il personale medico curante, i doveri del medico, la salute mentale ed altre questioni, quali,in particolare, quella degli esperimenti sui detenuti. Si tratta di enunciati che dettagliano l'obiettivo dell'umanizzazione della pena, in applicazione del valore centrale della dignità umana.

-La "Convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti": questa, adottata a Strasburgo nel 1987 dal Consiglio d'Europa, presenta l'obiettivo di contrastare fenomeni che neghino i diritti umani.

Lo scopo viene perseguito anche attraverso l'operato del Comitato per la Prevenzione della Tortura delle pene e dei trattamenti inumani e degradanti (CP) istituito con la Convenzione medesima. Il CPT è un organismo collaterale alla CEDU. L'intervento da parte della Corte di Strasburgo si pone in un momento successivo rispetto ad una supposta violazione della Convenzione, quello del Comitato si esprime, invece, mediante una attività di vigilanza preventiva.

Il Comitato è composto da esperti "indipendenti e imparziali" in numero eguale a quello degli Stati Parte ed eletti dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa. L'Organo svolge una attività di controllo effettuata per mezzo di sopralluoghi, dopo i quali elabora un rapporto sui fatti riscontrati, che trasmette allo Stato interessato, con incluse le raccomandazioni che ritiene necessarie.

Il Paese destinatario è tenuto a dare seguito al contenuto della raccomandazione, esponendosi, in caso contrario, ad una dichiarazione di pubblico biasimo.

Al CPT spetta anche di redigere annualmente un Rapporto Generale sulle più importanti problematiche emerse durante lo svolgimento dei sopralluoghi.

I rilievi sono stati riuniti in un unico documento, che costituisce pertanto il catalogo degli "standard" di tutela dei diritti umani che il "Comitato" ritiene debbano essere assicurati.

Vengono in tal modo anticipatamente espresse alle Autorità nazionali indicazioni su come il Comitato intenda debbano essere trattate le persone private della libertà personale.⁴⁴

Per quel che riguarda il contributo dall'Unione Europea sono da enuclearsi:

-La "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea": viene anche ivi affermato il divieto della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (art. 4), il diritto a un ricorso effettivo e a un giudice imparziale (art. 47), il principio della legalità e della proporzionalità dei reati e delle pene (art. 49), in ultimo, il diritto a non essere giudicato o punito due volte per lo stesso reato (art. 50).

⁴⁴La versione ufficiale del testo è scaricabile dal sito internet del CPT <u>www.coe.int</u> all'interno della sezione "documenti": CPT/Inf/E (2002) 1-Rev.2006.

-La "Risoluzione del Parlamento europeo 2011/2897": gli Stati membri vengono sollecitati ad adottare misure perché siano rispettati i diritti fondamentali dei detenuti, per l'ammodernamento e miglioramento delle strutture carcerarie, per la lotta contro il suicidio e contro la tortura od altre pene inumani o degradanti.

2.4 Le fonti interne: la tutela preventiva di cui agli artt. 5-10 O. P.

In ambito costituzionale il diritto alla salute del detenuto trova i propri riferimenti nell'art 32 Cost. già esaminato, nell'art 13 comma quarto e nell'art 27 comma terzo.

L'art.13 vieta "ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizione della libertà" L'art. 27 dispone che "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato"

Le previsioni costituzionali hanno trovato la loro attuazione mediante l'Ordinamento penitenziario del 1975 (legge n.354/75) integrato dalle norme del Regolamento di esecuzione, il DPR n.230/2000.

Tale assetto normativo ha costituito una rilevante riforma, una svolta culturale nel segno della umanizzazione della detenzione - con totale ribaltamento dell'impronta autoritaria e custodialistica del precedente Regolamento carcerario del 1931⁴⁵- per il forte influsso dei principi costituzionali che l'hanno animato.

Tuttavia, malgrado il carattere innovativo, a distanza di un quarantennio dalla introduzione della legge 354/75, alla luce delle carenze emerse negli anni, è stato avviato un coraggioso percorso di "riforma della riforma".

Le linee di sviluppo di quest'ultima sono state oggetto, dapprima del lavoro dell'autorevole laboratorio di idee costituito dagli "Stati generali dell'esecuzione penale", conclusosi nell'aprile del 2016, e poi della legge n.103/2017 di delega al Governo, per la riforma (anche) dell'Ordinamento penitenziario.

A questo proposito il Ministro della Giustizia ha insediato tre commissioni per la predisposizione degli schemi di decreto legislativo, relativi, rispettivamente, alle modifiche della disciplina delle misure di sicurezza, alle modifiche dell'Ordinamento penitenziario minorile ed alle modifiche all'Ordinamento penitenziario.

Tanto premesso, in attesa che le auspicabili prospettive di mutamento si traducano in norme, sono ora da esaminare le disposizioni vigenti.

Gli articoli dal 5 al 10 compongono un complesso normativo che, assicurando condizioni basilari sotto il profilo ambientale, igienico e nutrizionale, svolgono una funzione di tutela preventiva della salute.

In particolare, l'art.5 prevede che gli Istituti penitenziari abbiano caratteristiche strutturali tali da garantire, anche dal punto di vista architettonico, condizioni di vivibilità conformi ad umanità e rispettose della

⁴⁵Regio Decreto 18 giugno 1931 n.787 "Regolamento per gli Istituti di prevenzione e di pena".

dignità della persona, nonché coerenti con la funzione rieducativa della pena prevista dall'art.27 della Costituzione.

Ad analoga esigenza di assicurare strutture detentive rispettose della dignità della persona e che non incidano negativamente sulle condizioni psicofisiche del detenuto sono ispirati l'art.6 dell'Ordinamento e l'art 6 del reg. esec. dell' O.P., che si riferiscono alla caratteristiche generali dei locali di detenzione, siano essi deputati alla vita del singolo od allo svolgimento di attività in comune.

L'art.7 e le previsioni degli art.9 e 10 del reg. esec. impongono all'Amministrazione di dotare ogni detenuto del c.d. corredo (vestiario, biancheria ed effetti di uso personale) secondo modalità adeguate alle "normali esigenze di vita". Quantità e qualità degli oggetti destinati al detenuto ed all'internato vengono determinate mediante decreto ministeriale. In ogni caso, possono variare sulla base di apposite prescrizioni del sanitario, dettate da specifici bisogni.

Merita una particolare analisi il tema del vestiario. Il comma 2 dell'articolo in esame, stabilendo che l'abito fornito sia "di tessuto a tinta unita e di foggia decorosa" si pone in chiaro contrasto con la precedente e superata previsione dell' "uniforme carceraria", concepita nell'immaginario collettivo quale segno di stigmatizzazione sociale. 46

Invero, la disposizione prevede esclusivamente per imputati e condannati a pena detentiva inferiore ad un anno la facoltà di utilizzare vestiti di proprietà, tuttavia nella prassi accade che ciò sia comunque consentito a tutti.

L'uso del proprio vestiario costituisce un importante fattore di conservazione del senso dell'identità personale, già di per sé messo in crisi dalla istituzionalizzazione.⁴⁷

L'art. 8, rubricato " *igiene personale*" dispone che sia assicurato "*l'uso adeguato e sufficiente di lavabi e di bagni o docce*, nonché degli altri oggetti necessari alla cura ed alla pulizia della persona." L'igiene personale è un diritto dell'individuo riconducibile al principio di umanità ed alla tutela della salute. L'art 7 del reg.esec. O.P. nell'intento di favorire l'igiene individuale dei detenuti, prevede inoltre che i servizi siano allocati in un vano distinto dai locali di detenzione. Purtroppo la disposizione è rimasta in molti Istituti inattuata. La Relazione finale della Commissione di studio in tema di interventi in materia penitenziaria, c.d. Commissione Palma (2013), ha rinvenuto situazioni non in regola in ben 118 istituti.

L'uso della doccia è prevista solo *"per motivi igienico sanitari"* (art 8. co. ult. reg. esec.), ciò non toglie che la negligenza nella pulizia e nell'ordine della persona rilevi ai fini della irrogazione di sanzioni disciplinari. Se ne deduce che l'igiene sanitaria costituisce non solo un diritto, ma un obbligo del detenuto, previsto in ragione della tutela della salute collettiva.⁴⁸

L'art 9O.P. disciplina il tema dell'alimentazione.

⁴⁶C.Renoldi, commento dell'art 7 "vestiario e corredo", in "Ordinamento penitenziario commentato" a cura di F.Della Casa-G.Giostra, quinta edizione, CEDAM, pag 110

⁴⁷C.Rinoldi, op.citata, pag. 111

⁴⁸C.Rinoldi, ibidem.

Detenuti ed internati vantano nei confronti dello Stato un diritto a beneficiare di acqua potabile e di un'alimentazione sana e sufficiente, adeguata all'età, al sesso, allo stato di salute, al lavoro, alla stagione, al clima.

Fra le esigenze personali che rilevano ai fini della adeguatezza o meno del regime somministrato non vi sono esplicitate cultura e religione. Si tratta di una lacuna la cui portata è divenuta tangibile con la crescita della percentuale di detenuti stranieri. Una soluzione parziale è offerta dall'art 11 co. 4 reg. esec., che ai fini della predisposizione delle "tabelle vittuarie" dispone di tenere conto delle "regole dietetiche legate alle prescrizioni religiose delle fedi di appartenenza". Sono proprio le "tabelle vittuarie" a stabilire quantità e qualità del cibo giornalmente preparato. Queste ultime, sono definite da decreti ministeriali da aggiornarsi ogni cinque anni, sebbene possano esservi modifiche previa prescrizione del sanitario. Il 2 co. dell'art in esame prescrive che il vitto sia somministrato in luoghi appositi, ciò per ragioni igieniche e soprattutto per favorire momenti di socialità.

Tuttavia, salvo le esperienze di pochi Istituti, generalmente i pasti vengono consumati in cella. ⁴⁹ L'art. 10 ed ancor di più l'art 16 reg. esec. sono dedicati alla permanenza all'aperto.

La permanenza all'aria aperta è prevista per almeno due ore al giorno, salva la sussistenza di motivi eccezionali riscontrati dal Direttore. In ogni caso, tale periodo non può essere inferiore ad un'ora. Il diritto viene di regola esercitato in gruppi, a meno che non sussistano i presupposti di cui agli art 33 e 39 O.P.

La previsione è anzitutto funzionale ad attutire le conseguenze negative della privazione della libertà. In secondo luogo, gli spazi aperti sono destinati allo svolgimento di attività sportive, ricreative, culturali, nonché a favorire momenti di socializzazione. La disposizione testualmente esclude il godimento del diritto per coloro i quali prestino lavoro all'aperto. Si tratta di una prescrizione che risulta aprioristica se si tiene conto dell'opportunità di socializzazione che offre la permanenza all'aperto in gruppo.

La possibilità e la durata della permanenza all'aria aperta sono, per altro, considerati parametro per formulare un giudizio di "umanità" del trattamento penitenziario, come affermato dalla giurisprudenza della Corte EDU e dal Comitato per la prevenzione della tortura (CPT).⁵⁰

2.5 "Lo spazio della pena". Edilizia penitenziaria e tutela della salute

Nel quadro normativo assume particolare rilievo l'aspetto dell'edilizia penitenziaria di cui al'art.5 dell'O.P., per i suoi intuibili effetti sulle condizioni di salute, in termini di disagio, frustrazione, depressione, violazione della privacy.

⁴⁹C.Rinoldi, commento dell'art 9 "Alimentazione" in "Ordinamento Penitenziario commentato", op.citata, pagg. 115-117.

⁵⁰D. Verrina, commento all'art. 10 "Permanenza all'aperto" in "Ordinamento Penitenziario Commentato" a cura di F.DellaCasa - G.Giostra, pag. 120.

L'art.5, unitamente all'art.6, prefigura un modello di "spazio della pena" che esprima un'idea di edificio penitenziario che non abbia esclusivamente finalità custodiali, ma che renda possibile ed esalti la funzione rieducativa secondo standard conformi al rispetto della umanità e della dignità della persona.

Del resto, l'architettura della struttura penitenziaria rende palese la concezione della pena e la funzione che si intende attribuirle.⁵¹

Nel già richiamato documento conclusivo degli "Stati Generali dell'Esecuzione Penale"⁵²viene infatti ricordato che l'architetto francese Jacques-Francois Blondel sosteneva nel suo corso di architettura del 1871 "che le prigioni dovevano essere capillarmente diffuse su tutto il territorio ed essere caratterizzate da una architettura *barbare e terrible* per incutere un pervasivo terrore nei consociati".⁵³

Il "carcere", in altri termini, voleva essere rappresentato come luogo di segregazione, coerentemente con l'intento di perseguire una finalità punitiva.

L'Ordinamento penitenziario del 1975 ha, evidentemente, inteso configurare un modello opposto, in linea con lo spirito e la lettera della Costituzione espressa negli artt. 2,3,13,27,32.

L'art 5 O.P. descrive quelle che devono essere le caratteristiche degli edifici penitenziari, prescrivendo che debbano essere realizzati "in modo tale da accogliere un numero non elevato di detenuti o internati" e devono essere dotati sia di locali "per le esigenze di vita individuale" che di locali per "lo svolgimento di attività in comune".

L'art 6 della legge in esame e l'art 6 del reg.esec., a completamento della precedente previsione, disegnano il quadro di riferimento circa le caratteristiche generali dei locali di soggiorno e pernottamento. Essi devono essere "di ampiezza sufficiente, illuminati con luce naturale e artificiale, riscaldati ove le condizioni climatiche lo esigano, e dotati di servizi igienici riservati, decenti e di tipo razionale". Devono essere inoltre "tenuti in buono stato di conservazione e pulizia".

La maggior parte degli Istituti penitenziari, con alcune eccezioni, si discosta però dai parametri architettonici indicati, impedendo che il modello trovi piena attuazione. Il problema è di grande attualità ed è infatti stato oggetto di un apposito "tavolo", quello n.1, dedicato a "*Spazi della pena: architettura e carcere*", in seno agli "Stati Generali dell'Esecuzione Penale."

Il gruppo di lavoro che lo ha composto si è dato come obiettivo quello di individuare soluzioni architettoniche coerenti con un modello di detenzione che consenta lo svolgimento di attività quotidiane in aree comuni, di coltivare i propri affetti sia in luoghi aperti che in quelli destinati ad incontri intimi e che renda possibile, inoltre, lo svolgimento di attività lavorative ed altre tratta mentali in luoghi adeguati.

Dei 194 istituti in funzione il 20% risulta edificato prima del 1900. Molti, anche se più recenti, sono concepiti e strutturati secondo modelli architettonici tali da non assicurare le condizioni di vivibilità che

^{51 &}quot;Il corpo e lo spazio della pena. Architettura , urbanistica e politiche penitenziarie" a cura di S.Anastasia, F.Corleone, L.Zevi, Ediesse, pagg. 1 e segg

^{52&}quot;Stati generali dell'Esecuzione penale", documento finale 18.4.2016, parte seconda, par. 5.5

⁵³Jacques François Blondel fu architetto ed urbanista francese (Rouen 1705-Parigi 1774).

l'Ordinamento penitenziario prefigura a tutela della dignità e della tenuta psicofisica delle persone ristrette, onde attutire l'impatto, spesso devastante, che l'ingresso in carcere comporta.⁵⁴

Basti pensare alle prescrizioni in tema di capienza degli immobili fissate dall'art.5, comma 1, che dispone di accogliere un numero "non elevato di detenuti e internati", parametro contraddetto vistosamente dall'endemico fenomeno del sovraffollamento, attutito ma sempre latente.

Inoltre, molti istituti sono collocati in zone decentrate delle città in cui hanno sede, dando luogo al fenomeno della "periferizzazione" che rivela la tendenza ad allontanare dalla città "il simbolo della devianza". ⁵⁵

Il 52% della popolazione detenuta è infatti ristretta in Istituti che presentano tale inopportuna dislocazione. Circostanza, questa, che accompagnata alle rigide caratteristiche strutturali di molti di essi, privi di locali idonei a favorire forme di socializzazione, accentua la sensazione di isolamento.

La collocazione periferica accresce anche le difficoltà per i congiunti di raggiungere gli edifici, scoraggia le associazioni di volontariato ad essere presenti con frequenza all'interno degli stessi, rende più difficile per il detenuto ammesso alla semilibertà ed al lavoro esterno raggiungere il luogo di lavoro.

Le strutture penitenziarie costituiscono un patrimonio immobiliare formato, per una metà, da edifici storici adattati a finalità penitenziarie. Inoltre molte delle restanti sono comunque risalenti ad epoca prerepubblicana. Per altro, anche i più recenti Istituti sono stati costruiti, salvo eccezioni, con criteri già superati.⁵⁶

Si sono per la verità succedute, a partire dal 2010, ripetute versioni del c.d. "piano carceri", per fronteggiare l'emergenza del sovraffollamento, soprattutto mediante l'ampliamento dell'esistente con l'aggiunta di nuovi padiglioni o moduli prefabbricati. Gli interventi, prevalentemente destinati ad un miglioramento di natura "quantitativa" su strutture già esistenti, hanno però modificato solo marginalmente il panorama complessivo. Del resto, la recente relazione del Ministro della Giustizia sullo "Stato di attuazione del programma di edilizia penitenziaria", presentata alla Presidenza del Senato e della Camera il 6 luglio 2016, con annessa la proposta di "Piano nazionale di edilizia penitenziaria per il quinquennio 2015/2020", non sembra destinato a mutamenti qualitativi profondi.

Lo stesso documento programmatico rende esplicito che l'obiettivo primario è quello di raggiungere "una quantità di posti pari al numero di detenuti da ospitare".

Unica eccezione, sembra essere l'avvio dei lavori di costruzione di un nuovo e decentrato Istituto penitenziario nel Comune Nola, per 1125 posti. Iniziativa che non ha mancato di sollevare perplessità, considerato il notevole numero di detenuti che accoglierà e le conseguenti difficoltà di programmare attività

⁵⁴C. Renoldi, commento dell'art 5 " Caratteristiche degli edifici penitenziari" in "Ordinamento penitenziario commentato" op. citata, pag 98.

⁵⁵A.Franchina, "Lo spazio del carcere e per il carcere" XIII Rapporto Associazione Antigone, maggio 2017. www.associazioneantigone

⁵⁶Una realizzazione particolare per la sua modernità concettuale è strutturale è rappresentato dal complesso di Rebibbia in Roma, formato da quattro istituti di pena differenti ed autonomi, (quattro maschili e uno femminile) progettato dall'architetto Sergio Lenci e consegnato nel 1972.

trattamentali individualizzate, oltre che di dedicare adeguata ed assidua attenzione alle condizioni di salute di ciascuno. E' inoltre motivo di disappunto lo scarso collegamento con l'area metropolitana di Napoli, nonché l'eccessiva concentrazione detentiva nella zona, considerata la non lontana presenza degli istituti di Poggioreale e Secondigliano.⁵⁷

2.6 Il sovraffollamento e la giurisprudenza della CEDU

Nei primi anni del terzo millennio, sino al 2013/2014, quando si è registrato una inversione di tendenza, il problema del sovraffollamento, c.d. *prison overcrowding*, è stato particolarmente acuto.

Il fenomeno ha successivamente registrato una sensibile, anche se non costante attenuazione, considerato che al 31.12.2013 la popolazione detenuta era pari a 62.536 unità, mentre, alla data del 30.11.2017, il dato risulta pari a58.115 persone ristrette.⁵⁸

Va registrato però nell'ultimo biennio un allarmante incremento della popolazione detenuta. Infatti essa era pari a 52.434 unità alla data del 31.12.2015. La circostanza che il numero dei detenuti sia così notevolmente aumentato nell'arco di due anni circa giustifica il timore - se l'inversione di tendenza dovesse proseguire in pari misura - che il processo di "decarcerizzazione" stia regredendo, esponendo nuovamente il nostro paese alle censure della CEDU.

Il fenomeno del sovraffollamento va considerato, per valutarne l'entità, non solo su scala nazionale, ma anche in rapporto alla popolazione detenuta in ciascun Istituto. Da questa analisi emerge che in alcune strutture il fenomeno è più accentuato, in altre (poche a dire il vero) addirittura assente. Ciò, verosimilmente, per esigenze di tendenziale "territorializzazione" dell'esecuzione, che ostano ai trasferimenti compensativi. Per tale circostanza, a livello della singola struttura, può registrarsi un tasso di sovraffollamento superiore a quello medio nazionale come accade ed esempio, per la Casa circondariale di Brescia (Canton Mombello) e

Per la ragione suindicata sono attualmente interessati dal fenomeno del sovraffollamento 131 istituti sui 194 esistenti, coinvolgendo l'81,4% della popolazione detenuta. ⁵⁹

Il problema degli spazi detentivi, insufficienti o strutturalmente inidonei, continua, quindi, a porsi come fonte di notevole ricaduta negativa sulle condizioni della popolazione detenuta. Il sovraffollamento si riflette sulle possibilità di trattamento individualizzato, sulle possibilità di dare atto ad una detenzione rieducativa e sulla integrità psico-fisica di chi vive e lavora in carcere (detenuti ed agenti). Lo stesso fenomeno causa il

quella di Busto Arsizio.

58Nonostante l'evidente miglioramento si tratta comunque di un numero superiore alla capienza complessiva degli istituti, pari a circa 50.111 posti. Tali dati sono stati tratti dai prospetti statistici del Ministero della Giustizia alla data del 30 novembre 2017, consultabili in www.giustizia.it

59Dati tratti da statistiche carceri e polizia penitenziaria alla data del maggio 2017 www.poliziapenitenziaria.it

^{57 &}quot;Carcere di Nola" / Blog di E. Carrano consultabile sulla pagina www.ilfattoquotidiano.it

restringimento degli spazi pro capite, il deterioramento delle relazioni e la scarsità di opportunità, situazioni correlabili ad episodi di violenza, anche gravi, quali suicidio, autolesionismo e reattività aggressiva nei confronti del personale e dei compagni di detenzione. ⁶⁰

Va, peraltro, sottolineato che all'aumento della popolazione detenuta non si è accompagnato, in raffronto con altri paesi europei, un rialzo del tasso di soggetti ristretti rispetto alla popolazione complessiva. Infatti, secondo una rilevazione statistica dell'Istat, relativa al 31.12 2013, l'Italia registrava una media di 103,8 detenuti ogni 100.000 abitanti, a fronte della media europea di 128,9.

Tuttavia, malgrado tale dato, in sé positivo, il quadro nazionale si presta ugualmente a preoccupazione dal momento che i detenuti in soprannumero, come già sottolineato, sono comunque circa 7.000 unità rispetto alla capienza regolamentare, con punte di congestione in alcuni Istituti .

E'stato rilevato anche nel corso dell'attività degli "Stati generali sull'esecuzione penale" e nel richiamato documento finale del 18.4.2016, "l'importanza di un adeguato spazio della pena" evidenziandosi "il fondamentale apporto che può dare al benessere psico-fisico l'ambiente in cui si è inseriti". 61

Il sovraffollamento aveva già dato luogo alla condanna della Stato italiano per l'inadeguatezza dello spazio detentivo del quale il soggetto ristretto può fruire, con la sentenza della Corte EDU del 16.7.2009, su ricorso del cittadino della Bosnia-Erzegovina Izet Sulejmanovic.

La Corte aveva riscontrato la violazione dell'art.3 della CEDU, per essere stato il ricorrente detenuto presso il carcere di Rebibbia, nel periodo dal 30.11.2002 all'aprile 2003, in locali che gli consentivano uno spazio di mq 2,70.

Il ricorso era stato invece respinto per il periodo dall'aprile 2003 alla scarcerazione, in quanto il ricorrente era stato sistemato in locali di detenzione che gli avevano consentito di fruire di uno spazio vitale variabile da 3,24 a 5,40 mg.

La sentenza citata rileva in particolare poiché per prima afferma che uno spazio inferiore ai 3 mq è di per sé un dato idoneo ad integrare un trattamento inumano e degradante. ⁶²

Nonostante le immediate reazioni, sia da parte dell'Amministrazione penitenziaria che da parte della Magistratura di sorveglianza, il problema, divenuto sistematico, aveva continuato a dar luogo a numerosi ricorsi. La situazione portò ad una nuova condanna da parte della Corte EDU, sempre per violazione dell'art 3 della CEDU, con la nota sentenza Torreggiani e altri, dell'8 gennaio 2013.

La vicenda nasce dai ricorsi di sette persone detenute, per un periodo variabile per ciascunodai15 ai 54 mesi, negli istituti di Busto Arsizio e Piacenza, in celle triple e con meno di tre metri quadrati a disposizione.

⁶⁰Cosi P.Buffa, "Autonomie locali e servizi locali", 2003, pag 53 e segg.

^{61&}quot; Stati generali dell'esecuzione penale", documento finale del 18.4.2016, parte seconda, par 5.5.

⁶²E' stato spesso oggetto di incertezza il metodo di calcolo della superficie della cella. La Corte di Cassazione ha recentemente statuito (sent.n.52819/2016), al fine di consentire la verifica che lo spazio disponibile da parte di ciascun detenuto sia conforme al parametro posto dalla Corte EDU, che è necessario calcolare lo spazio vitale utile con esclusione degli arredi fissi e tra questi il letto fisso in quanto limita la possibilità di muoversi. Non debbono invece escludersi dal calcolo gli arredi facilmente amovibili tra i quali non possono essere annoverati armadi e letti.

La decisione di condanna è stata qualificata dalla Corte sentenza "pilota" poiché destinata ad essere applicata a tutti i casi analoghi, oggetto di numerosi altri ricorsi pendenti, originati sempre da sovraffollamento nelle carceri italiane.⁶³

Infatti, la stessa aveva ritenuto sussistente un problema strutturale risultante da un radicato malfunzionamento del sistema penitenziario italiano. ⁶⁴

Riscontrata la violazione dell'art.3 CEDU, stante l'inadeguatezza degli spazi detentivi, la Corte medesima aveva disposto che lo Stato italiano, entro un anno dal passaggio in giudicato della sentenza (e cioè il 28.5.2014 poi prorogato al giugno 2015), avrebbe dovuto dotarsi di misure strutturali tali da cagionare una diminuzione della popolazione detenuta, oltre che di rimedi preventivi e compensatori nei casi di avvenuta violazione.

Lo Stato ha cercato di dare esecuzione alla pronuncia, in primo luogo, con interventi sulle strutture edilizie e con interventi legislativi finalizzati a ridurre gli ingressi in carcere e a favorire le uscite.

Sono stati successivamente introdotti rimedi a tutela delle persone detenute in condizione di sovraffollamento.

Tra gli interventi in questo senso si ricordano il D.L 146 /2013 (convertito nella legge 10/2014) che introduce l'art 35 bis dell'O.P ed il D.L 92/2014 (convertito nella legge 117/2014) che inserisce nell'O.P l'art. 35 ter.

L'insieme di tali iniziative, normative e sulle strutture penitenziarie, ha indotto il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, nella decisione del 4 giugno 2014, ad una valutazione positiva dell'operato dello Stato italiano ed alla concessione di una proroga per l'esecuzione della sentenza "Torreggiani", sino al giugno 2015.

E' tuttavia vivo il timore, come ricordato, della precarietà della situazione in atto e del rischio del ritorno alle condizioni critiche pregresse.

Ne' va dimenticato che la valutazione del rispetto dell'art. 3 CEDU va considerata non solo dal punto di vista strettamente dimensionale, ma anche dal punto di vista qualitativo dovendosi tenere conto (salvo i casi

63S.Pazienza in nota a Cass.pen. n.46067/2014: "La sentenza pilota è una particolare pronuncia della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo utilizzata quando ci si trova di fronte ad un problema strutturale della legislazione di un determinato Stato (ad esempio, ciò avviene quando la Corte è investita di plurimi casi che riguardano il medesimo problema giuridico); in queste situazioni la Corte non si limita ad individuare il problema che il caso presenta e a condannare lo Stato convenuto ma si spinge a indicare, nel dispositivo le misure più idonee che lo stato deve adottare per porre rimedio alla problematica" in www.questionegiustizia.it

64La pronuncia, in base all'interpretazione dell'art. 3 CEDU, ha ribadito, al punto 2 paragrafo 65, il principio già affermato in precedenti decisioni secondo cui "la carcerazione non fa perdere al detenuto i diritti sanciti dalla Convenzione. Al contrario in alcuni casi la persona incarcerata può aver bisogno di una maggiore tutela proprio per la vulnerabilità della sua situazione e per il fatto di trovarsi totalmente sotto la responsabilità dello Stato. In questo contesto l'art.3 pone a carico delle autorità un obbligo positivo che consiste nell'assicurare che ogni prigioniero sia detenuto in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della misura non sottopongano l'interessato ad uno stato di sconforto né ad una prova d'intensità che ecceda l'inevitabile livello di sofferenza inerente alla detenzione e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della reclusione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati adeguatamente".

di spazio inferiore ai 3 mq integrante *ex* se la violazione) di altre circostanze caratterizzanti la condizione detentiva, quali la durata dello stato, la presenza di attività all'esterno e le connotazioni strutturali dell'Istituto in cui si è ristretti.

2.7 L'articolo 11 O.P.: la medicina diagnostico-curativa

L'art.11 dell'O.P. disciplina l'organizzazione del servizio sanitario negli edifici penitenziari, a questo proposito dispone che ogni Istituto sia dotato di presidi terapeutici. In particolare, prevede che ciascuno disponga di un servizio medico e di un servizio farmaceutico, ossia di articolazioni corrispondenti ai servizi di medicina di base.

L'Amministrazione penitenziaria si avvale inoltre di altre strutture destinate ad esigenze più specifiche, definite dall'Accordo fra Governo, Regioni, Province autonome e Autonomie Locali, approvato dalla Conferenza Unificata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 22.1.2015. e recante le "linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti".

Nel caso in cui la persona ristretta abbia necessità di avvalersi di prestazioni che non possono essere rese dai servizi sanitari interni, il soggetto detenuto od internato può essere trasferito in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura.

In questi casi, ex art. 240 disp. coord. c.p.p, la competenza a disporre il trasferimento fa capo al giudice che procede, mentre prima dell'esercizio dell'azione penale l'autorità investita è il Gip. Successivamente alla pronunzia della sentenza di primo grado provvede invece il Magistrato di sorveglianza.

In caso di assoluta urgenza, ove non sia possibile ottenere con immediatezza la decisione dell'A.G procedente o del Magistrato di sorveglianza, il trasferimento è disposto dal Direttore, ai sensi dell'art.11 comma 3 dell'O.P. e dell'art.17, comma 8, del Reg. esec.

Il provvedimento di diniego del trasferimento in una struttura sanitaria esterna è ancora oggi considerato non impugnabile, la giurisprudenza prevalente lo considera infatti come atto meramente amministrativo che non incide sulla libertà personale del soggetto, ma solo sulle modalità della detenzione.

D'altra parte non mancano proposte che individuano, nel solco d'una piena "giurisdizionalizzazione", esperibili mezzi di gravame (ora prospettando l'applicabilità dell'art 30 bis O.P in materia di permessi, ora considerando la decisione in esame quale provvedimento che incide sulla libertà personale e pertanto suscettibile di controllo in Cassazione). ⁶⁵

Il comma 3 dell' art 11 individua le modalità del ricovero in luoghi esterni. La regola è l'obbligo di piantonamento del detenuto da parte di agenti del corpo di Polizia Penitenziaria, salvo che l'Autorità competente non disponga diversamente.

⁶⁵A.Bernasconi, commento dell'art 11 "Servizio sanitario" in "Ordinamento penitenziario commentato", op. citata, pag 131.

Dall'ipotesi del trasferimento in strutture sanitarie esterne si distingue il caso del trasferimento del detenuto da un istituto in altro istituto penitenziario "per motivi di salute".

L'ipotesi è prevista dall'art.42 dell'O.P. che disciplina in generale i "trasferimenti" da un istituto ad altro per molteplici motivi: sicurezza, esigenze dell'istituto, motivi di giustizia, di studio e familiari e, appunto, ragioni di salute. Il trasferimento è disposto dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, in caso di trasferimento del detenuto ad una struttura sita fuori del territorio di competenza del Provveditorato Regionale. Vi provvede invece il Provveditore Regionale, se il trasferimento avviene tra istituti ubicati nel territorio di competenza.

Nel caso in cui il trasferimento sia disposto per motivi diversi da quelli di giustizia (come nel caso di trasferimento per motivi di salute) è necessario anche acquisire il previo nulla osta dell'Autorità Giudiziaria procedente (Art 85, comma 1, reg.es.).

Assai rilevanti sono le prescrizioni, a tutela della salute, relative al momento dell'ingresso della persona in istituto, disposte dall' art.11 comma 5.

All'atto dell'ingresso, infatti, i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'intento è quello di rilevare con la massima tempestività patologie in atto, al fine di assicurane adeguata osservazione ed il necessario trattamento terapeutico nel corso della detenzione.

Inoltre, allo stesso articolo, è previsto che l'assistenza sanitaria viene resa nel corso della permanenza, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalla richieste degli interessati.

Si aggiunge, quale ulteriore tipologia di controllo medico che prescinda dalla richiesta dell'interessato, quello periodico dei detenuti adibiti a mansioni lavorative.

Tali controlli realizzano sia l'interesse del singolo detenuto alla sollecita adozione di provvedimenti sanitari a sua tutela, sia l'interesse della comunità presente in Istituto, al fine di evitare il diffondersi di malattie infettive nonché di individuare quei soggetti le cui condizioni psicofisiche, riscontrate in occasione delle visite, possano degenerare in atti di auto o etero aggressività.

In quanto obbligatori i controlli sanitari suindicati prescindono dalla scelta del soggetto a farvi ricorso, ciò che costituisce una evidente differenza tra le persone ristrette ed i cittadini liberi. Diversità che trova giustificazione nella stretta convivenza e interrelazione che caratterizza la comunità penitenziaria e nella preminenza che in un contesto di tale genere assumono gli interessi collettivi.

Un margine di autodeterminazione in favore di detenuti ed internati è previsto dal comma 9 dell'art 11 che consente loro di *"richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di fiducia"*. La richiesta viene esaminata dal magistrato che procede per gli imputati; dopo la sentenza di primo grado e per i condannati e gli internati l'autorizzazione deve essere espressa dal Direttore dell'Istituto. Il provvedimento che concede o nega la possibilità di ricorrere ad un medico di fiducia è inoppugnabile.

La giurisprudenza è infatti costante nel ritenere, così come nel caso del diniego di trasferimento del detenuto in una struttura sanitaria esterna, che tali atti abbiano natura meramente amministrativa e non incidano sulla sfera della libertà personale del soggetto, ma soltanto sulle modalità di detenzione.⁶⁶

Vanno, peraltro, ricordate anche altre visite, alle quali il detenuto deve essere obbligatoriamente sottoposto:

- -la visita obbligatoria prevista dall'art. 39 comma 1 n. 5 O.P. allo scopo di accertare e certificare che il soggetto, quando ne sia colpito, possa sopportare la sanzione dell'esclusione dalle attività in comune;
- -le visite mediche obbligatorie per gli accertamenti sanitari conseguenti all'uso della forza fisica nei confronti di detenuti e internati (41 comma 2 O.P) e le visite per il controllo da effettuarsi durante l'uso dei mezzi di coercizione ai sensi dell'art.41 comma 3 O.P. e 82 Reg. esec; ⁶⁷
- -la visita obbligatoria prevista dall'art.83 Reg. esec., in caso di trasferimento da un istituto detentivo ad altro, (nei casi e secondo le modalità di cui al già citato art. 42 O.P), al fine di accertare che la persona sia in condizioni di sopportare il viaggio.

2.8 Il servizio "Nuovi giunti"

Alla visita medica generale obbligatoria all'atto dell'ingresso si affianca il c.d. "servizio nuovi giunti", istituito dall'Amministrazione penitenziaria con circolare n. 3233/5683 del 30.12.1988, da attivare anch'esso al momento del primo ingresso in istituto. ⁶⁸

Il motivo dell'istituzione di tale servizio discende dalla considerazione che la fase iniziale della carcerazione costituisce la fase più critica, ove possono manifestarsi reazioni classificate come "disturbi dell'adattamento". Si tratta, in particolare, di reazioni distruttive, ansiose, depressive, auto o etero aggressive, dovute soprattutto al carico di frustrazione che la carcerazione comporta.

Il servizio è destinato prettamente ai detenuti c.d. "primari" quelli, cioè, che fanno ingresso per la prima volta in carcere, subendone il turbamento e il trauma che tale evento solitamente determina.

In particolare, il servizio tiene presente i soggetti giovanissimi (tra i 20 e i 29) ovvero gli anziani al di sopra dei 65 anni. Soggetti in condizioni fisiche o psichiche di particolare fragilità per reggere la nuova condizione o di particolare vulnerabilità alla aggressività altrui.

In termini concreti, si tratta di un supporto psicologico che si estrinseca in un colloquio, precedente alla assegnazione alla sezione o reparto, finalizzato ad una prima valutazione prognostica circa eventuali aspetti di rischio.

67Ex art. 41 c.1 O.P l'uso della forza non è consentito salvo i casi in cui sia indispensabile per prevenire o impedire atti di violenza, impedire tentativi di evasione o vincere la resistenza all'esecuzione degli ordini impartiti; ex art. 41 c.3 possono essere utilizzati i soli mezzi di coercizione fisica di cui al regolamento di esecuzione, per il tempo strettamente necessario e comunque mai a fini disciplinari.

68Sull'argomento A. Morrone "Il servizio nuovi giunti" in "Trattamento penitenziario e misure alternative". www.ristretti.it

⁶⁶A.Bernasconi, op.citata, pag 136.

Sulla base degli esiti del contatto viene valutata anche quale collocazione logistica appaia più idonea e prudente in relazione alle caratteristiche del soggetto.

Il suddetto servizio "nuovi giunti" non va confuso con il colloquio (ulteriore) da parte di un esperto dell'osservazione o del trattamento, previsto dal comma 3 dell'art.23 del regolamento di esecuzione dell'O.P.⁶⁹

Infatti, il colloquio previsto dal "servizio nuovi giunti", appare piuttosto come una cautela introdotta soprattutto in ottica di prevenzione di atti suicidari o di tutela dell'incolumità personale del soggetto appena giunto. Il presidio psicologico di cui all'art.23 del regolamento ha invece la funzione di tutelare "in via generale l'incolumità personale del neo detenuto". ⁷⁰

2.9 Altre disposizioni dell'Ordinamento Penitenziario che incidono sulla tutela della salute

I paragrafi precedenti hanno esaminato il quadro generale dell'assetto normativo a tutela della salute dei detenuti dal punto di vista preventivo e curativo.

Oltre a quelli citati vi sono altri articoli i quali, sebbene perseguano direttamente fini diversi, presentano riflessi sulla salute del detenuto. Fra questi, in particolare, quelli che nel disciplinare il regime penitenziario rinvengono nelle condizioni di salute un limite alla loro applicazione.

Essi sono:

L'art 36 dell'O.P., laddove precisa che il regime disciplinare sia applicato stimolando il senso di responsabilità e la capacità di autocontrollo del detenuto, onde evitarne una adesione passiva. La disposizione, d'altra parte, non trascura la necessità che il regime sia adeguato alle condizioni fisiche e psichiche del detenuto. Tale previsione è volta ad affermare due principi. In primo luogo la salvaguardia della dignità della persona ed in secondo il carattere strumentale delle sanzioni disciplinari rispetto alla finalità della rieducazione, che resta obiettivo preminente rispetto al "castigo".

La disposizione va correlata a quanto previsto dall'art.39 comma 2, riguardante la sanzione dell'esclusione dalle attività in comune, la cui eseguibilità è subordinata al rilascio, da parte del sanitario, di certificazione scritta attestante che il soggetto possa sopportare la sanzione stessa. Sono inoltre previsti controlli sanitari costanti in una prospettiva di "umanizzazione delle punizioni".⁷¹

⁶⁹In questo senso C.Fiorio, "*Libertà personale e diritto alla salute*" CEDAM, 2002, pagg. 88-89.Invero vi sono anche autori che sono di diverso avviso (così Canevelli).Secondo gli stessi il servizio "nuovi giunti" sarebbe stato istituzionalizzato dall'art.23 comma 3 del successivo DPR n.230/2000. Il dato temporale evidenza che la circolare è precedente al regolamento, il che sembra avvalorare la tesi dell'assorbimento da parte dell'atto successivo. Soluzione che eviterebbe anche il timore di sovrapposizione di ruoli e di figure di riferimento e circa l'effettiva utilità e la non agevole distinzione funzionale dei due contatti.

Nel caso in cui il certificato medico sia di segno negativo, la sanzione è eseguita quando viene a cessare la causa che ne ha impedito l'esecuzione, come disposto dall'art.80 comma 3 del Regolamento di esecuzione.

Va ricordato, inoltre, l'art 47-ter O.P., che ha assunto la vigente formulazione a seguito delle modifiche apportate da ultimo dal D.L. n.146/2013, convertito nella legge n.10/2014.

La previsione si inserisce tra le diposizioni che tengono conto di esigenze di salute, laddove prevede nei casi di reclusione non superiore ad anni 4 la detenzione domiciliare nei confronti: a) di donna incinta; b) di padre di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o impossibilitata a dare assistenza alla prole; c) di persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali; d) di persona che superi i sessanta anni, se inabile anche parzialmente; e) di persona minore di anni 21 per comprovate esigenze di salute.

Può farsi risalire ad esigenze di tutela della salute anche l'estensione, in base alla legge 251/2005 e nei limiti da essa posti, della detenzione domiciliare ex art.47-ter O.P. anche alle persone di età superiore ai settanta anni, pur in mancanza di altri requisiti di salute. Tale scelta del legislatore può forse attribuirsi alla ritenuta maggiore fragilità, rispetto all'impatto negativo che la detenzione in carcere può determinare sulle condizioni psicofisiche degli ultrasettantenni.

Hanno poi finalità di tutela della salute anche l'art.47-quater, del quale si dirà nel paragrafo relativo allo statuto riservato ai soggetti sieropositivi e l'art.83 n.9 lettera b) del regolamento di esecuzione.

Quest'ultimo prevede, infine, che in caso di trasferimento collettivo di detenuti (o di internati) ne siano esclusi, con chiara finalità di assicurare la continuità terapeutica, coloro "nei cui confronti sono in corso trattamenti sanitari non agevolmente proseguibili in altra sede".

2.10 Norme del codice penale a tutela della salute: artt.146, 147 e 148

Sono state esaminate le norme dell'Ordinamento Penitenziario e del relativo regolamento, aventi diretta od indiretta incidenza sulla salute delle persone ristrette.

Vanno però anche ricordate le disposizioni del codice penale che perseguono finalità di tutela del diritto in esame. Queste ultime costituiscono per altro il riferimento principale in tema di incompatibilità delle condizioni di salute con la detenzione negli istituti penitenziari.

Anzitutto, vanno esaminati gli articoli 146 e 147 c.p. La prima norma contempla il rinvio obbligatorio della esecuzione della pena, la seconda il rinvio facoltativo.

Il rinvio obbligatorio ha luogo nel caso in cui la pena detentiva debba essere eseguita da una donna incinta o da una donna madre di infante di età inferiore ad anni uno.

⁷¹M.G.Coppetta, commento dell'art 39 O.P "Sanzioni disciplinari" in "Ordinamento penitenziario commentato", op. citata, pag 437.

Inoltre, a parte il caso di persona affetta da AIDS conclamato o da grave deficienza immunitaria, di cui si dirà nel paragrafo successivo, l'esecuzione della pena viene rinviata anche in caso di malattia particolarmente grave, per effetto della quale le condizioni di salute risultino incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trovi in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo la certificazione del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.

L'art. 146 c.p, nella sua formulazione originaria, è stato oggetto di attenzione della Corte Costituzionale. Rileva in particolare la dichiarazione di incostituzionalità (sent. 438/1995) del punto 3 comma 1, lì dove prevedeva che il rinvio dovesse avere luogo anche quando la esecuzione della pena non provocasse un pregiudizio della salute del soggetto interessato e di quella degli altri detenuti. E' nella medesima prospettiva di avvicinare la posizione del malato HIV al " malato comune" che l'articolo in esame oggi menziona congiuntamente persone affette da AIDS o da grave deficienza immunitaria e persone affette da altre malattie gravi a causa delle quali lo stato di salute risulti incompatibile con la detenzione.

L'art. 147, per quanto qui rileva, prevede il rinvio facoltativo quando una pena restrittiva della libertà personale debba essere eseguita nei confronti di chi si trovi in condizioni di grave infermità fisica o nei confronti di madre di prole di età inferiore ai 3 anni. La valutazione della gravità della malattia fisica implica non solo una analisi della oggettiva serietà del male (ad es. sussistenza o meno di un pericolo di vita), ma anche della possibilità di fruire in libertà di cure e trattamenti diversi e più efficaci di quelli erogabili in stato di detenzione.

In una recente sentenza, la n. 15790/2016, la Corte di Cassazione ha esaminato il ricorso avverso un ordinanza del Tribunale di Sorveglianza di Perugia che aveva rigettato le istanze di differimento della esecuzione della pena e di detenzione domiciliare di un detenuto in espiazione di pena, comminatagli per la costituzione e direzione di associazione per delinguere.

La richiesta era motivata - secondo la prospettazione del ricorso - da una grave infermità fisica tale da porre in pericolo la vita del condannato ed esigere un trattamento sanitario che non poteva essere praticato in detenzione neanche mediante ricovero in luogo esterno di cura.

Ciò nonostante la Corte rigettava il ricorso richiamando i due requisiti necessari per ottenere il rinvio della esecuzione: a) la oggettiva gravita della malattia implicante serio pericolo di vita o la probabilità di atre conseguenze dannose; b) la possibilità di fruire in libertà di cure e trattamenti diversi e più efficaci. Tuttavia - motivava la Corte - non è sufficiente che il soggetto versi in gravi condizioni di salute, che possano trovare un generico sollievo in libertà, ma è necessario che la permanenza in carcere dia luogo ad una situazione contraria al senso di umanità cui si ispira la norma costituzionale.

Il particolare rigore nella valutazione deriva dalla necessità di bilanciare fra loro l'esigenza di certezza della pena e di eguaglianza di fronte alla legge (art.3 Cost.); il divieto di trattamenti disumani (art.27 Cost.) ed il diritto alla salute (art.32 Cost.) con l'esigenza di difesa sociale.

Va evidenziato che l'art. 147 c.p. non contempla fra i casi di rinvio dell'esecuzione della pena l'infermità psichica, tranne che nel caso in cui quest'ultima dia luogo ad una infermità fisica. Tale aspetto è stato oggetto di attenzione da parte del tavolo 10 degli "Stati generali sull'esecuzione penale" dedicato a "Salute e disagio psichico". Le proposte emerse dal gruppo di lavoro sono l'abrogazione del 148.c.p e la modifica dell'art 147 c.p. nel senso di inserire fra le cause di rinvio anche l'infermità psichica.⁷²

L'art. 148. c.p. dopo la chiusura degli OPG e delle CCC, esclusa l'automatica equivalenza tra OPG e REMS, di fatto comporta che in presenza di infermità psichica sopravvenuta, tale da impedire l'esecuzione della pena, non possa che conseguire per il condannato affetto dalla patologia la permanenza presso le previste Articolazioni psichiatriche intramurarie. Il soggetto permarrà, pertanto, in regime detentivo.

La citata proposta prevede anche la modifica dell'art. 47-ter O.P, nel senso di includere la infermità psichica fra i casi di detenzione domiciliare.

Il provvedimento di attuazione di quanto previsto agli artt. 146 e 147 c.p. compete al Tribunale di Sorveglianza, salvo la competenza del Magistrato di Sorveglianza a provvedervi quando vi sia fondato motivo di ritenere che sussistano i presupposti perché il Tribunale disponga il rinvio dell'esecuzione. (art. 684 c.p.p)

2.11 Lo schema di decreto legislativo attuativo della c.d. delega penitenziaria. Le modifiche dell'ordinamento penitenziario in tema di tutela della salute

Il quadro normativo indicato nei paragrafi precedenti è destinato ad essere modificato da quanto previsto dallo schema di decreto legislativo - all'esame delle competenti commissioni parlamentari per il parere - in attuazione della delega penitenziaria contenuta nella legge n.103 del 2017.

La legge di delega, all'art.1 comma 85, ha posto al Governo due direttive: l'una volta alla revisione della disciplina della medicina penitenziaria prevista dal decreto legislativo n.230/1999 e l'altra al potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena.

L'obiettivo è quello di rendere sempre più concreta l'equiparazione, affermata dalla citata legge, nella fruizione del servizio sanitario nazionale tra cittadini liberi e cittadini ristretti, per superare le disomogeneità che, malgrado il trasferimento al SSN, pure permangono e limitarle a quelle inevitabili imposte dalla condizione detentiva.

Più dettagliatamente l'articolo 1 dello schema affronta il tema, già richiamato, del rapporto tra l'art. 147 c.p. e l'art.148 c.p. recependo interamente la proposta formulata nel documento del Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale. Ne deriverà, se il decreto legislativo confermerà il testo in preparazione, l'abrogazione dell'art.148 c.p. e la riformulazione dell'art. 147 primo comma n.2 c.p., nel senso di includere i casi di grave infermità psichica tra quelli che rendono possibile il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena.

^{72&}quot;Stati generali dell'esecuzione penale", tavolo 10, proposta 3 pagg. 6-7. www.giustizia.it

Con l'equiparazione dell'infermità psichica all'infermità fisica viene consentito anche alle persone colpite, nel corso della esecuzione della pena, da tale patologia, l'accesso alle misure alternative previste dall'Ordinamento Penitenziario (l'art.47 ter c 1-ter O.P.) e si accresce la tendenza a rendere il sistema sanzionatorio più elastico ed adattabile a condizioni di salute ed esigenze di cura del soggetto ristretto.

L'art.2 dello schema prevede invece modifiche all'art.11 dell'O.P., costituente il nucleo normativo centrale, che non era stato correlato adeguatamente con il decreto legislativo n.230/99, mai richiamato dal testo della disposizione. La conseguente necessità di esplicito adeguamento della norma viene ora colmata nel senso che l'art.11 O.P. è riformulato con la precisazione che il Servizio sanitario nazionale opererà negli istituti penitenziari "nel rispetto delle disciplina sul riordino delle medicina penitenziaria".

L'obiettivo perseguito è quello di rendere espliciti anche nell'Ordinamento Penitenziario, in cui non ve ne è menzione, che il servizio medico penitenziario è disciplinato dal citato decreto legislativo 230/99 in base al quale la titolarità è attribuita alle Aziende Sanitarie nel cui ambito territoriale di competenza ciascun istituto è ubicato.

Il comma 4 intende disciplinare in maniera più chiara la competenza ad autorizzare i ricoveri della persona ristretta in luoghi esterni di cura. Il criterio ispiratore che si intende adottare è quello di cui all'art. 279 c.p.p. in base al quale la competenza appartiene al giudice procedente e, dopo la conclusione del processo, al magistrato di sorveglianza che può tuttavia delegarla al direttore dell'istituto.

Il comma successivo prevede che l'autorità giudiziaria competente può disporre, quando non vi sia il pericolo di fuga, che i detenuti e gli internati trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura non siano sottoposti a piantonamento durante la degenza, salvo che questo sia ritenuto necessario per la tutela della loro incolumità personale.

La disposizione seguente prevede l'ampliamento dell'applicazione del reato di evasione al caso di allontanamento del detenuto dal luogo di cura anche se sottoposto a piantonamento.

E' previsto altresì carattere di maggiore dettaglio nelle indicazioni della cartella clinica con l'inserimento in esse anche di documentazione fotografica per comprovare eventuali segni di violenza o maltrattamenti.

Viene inoltre esteso il diritto del detenuto ad avvalersi di medici esterni di fiducia non solo per visite, ma anche per trattamenti medici, chirurgici e terapeutici nelle infermerie e nei reparti clinici e chirurgici all'interno degli istituti. La possibilità di avvalersi di tale servizi a proprie spese è qualificata come espressione del diritto fondamentale alla salute.

L'art 2 dello schema di decreto in esame prevede in ultimo l'introduzione nell'Ordinamento Penitenziario dell'art.11bis la cui disciplina si sostituisce all'art. 112 del DPR 230/2000 (articolo che viene abrogato). L'accertamento delle condizioni psichiche di imputati, condannati e internati, ai fini del differimento della esecuzione della pena, di applicazione provvisoria di una misura di sicurezza, di sospensione o trasformazione di una misura di sicurezza o sospensione del processo è disposta, per gli imputati, dal giudice procedente o, per condannati e internati, dal magistrato di sorveglianza. L'osservazione avviene di regola

nelle apposite sezioni previste dal'art.65 dell'Ordinamento Penitenziario ma il giudice competente può disporre che avvenga presso idonea struttura del competente dipartimento di salute mentale.

Le sezioni di cui all'art.65 sono affidate alla esclusiva gestione sanitaria, analogamente a quanto previsto per le REMS.

Interessante ricordare la posizione sul testo all'esame delle commissioni parlamentari espressa dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome nel recente parere del 31 gennaio 2018. Essa è stata di segno favorevole, sia pure solo a maggioranza e comunque condizionata "all'accoglimento non rinunciabile" di alcune osservazioni.

Le riserve sono fondate sul rilievo che le previsioni della emananda normativa non possono essere, come il legislatore sembra ritenere, a costo zero per il Servizio sanitario nazionale, la cui gestione dal punto di vista finanziario è affidato alle Regioni ed alle Province autonome.

In particolare la preoccupazione espressa dalla "Conferenza" sotto il profilo dell'incidenza economica della legge, deriva dalla circostanza che essa non preveda alcun finanziamento aggiuntivo, come invece avvenuto in occasione della chiusura degli OPG, ponendo anzi una c.d. clausola di invarianza, per cui le innovazioni avrebbero dovuto essere attuate con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili. Tale previsione è considerata poco realistica considerata le condizioni di difficoltà economiche che già rendono problematico far fronte alle competenze attuali e che non consentirebbero sostenere ulteriori incombenze.

Viene poi sottolineato la difficoltà di dare attuazione alla previsione della realizzazione all'interno degli istituti di sezioni speciali, *ad esclusiva gestione sanitaria*, all'interno degli istituti. La prospettiva è considerata di problematica attuazione in quanto una esclusiva gestione sanitaria è ritenuta poco compatibile con la collocazione di tali sezioni, che, se pur separate, sono poste all'interno degli istituti e quindi soggette all'Ordinamento Penitenziario ed ai compiti di vigilanza del personale penitenziario. Né - si sostiene - può essere di ausilio al riguardo il paragone con le REMS dal momento che queste sono poste al di fuori degli istituti, sottratte ad ogni presenza di polizia penitenziaria superando le difficoltà di coabitazione di componenti con logiche così diverse e consentendo agevolmente una gestione elusivamente sanitaria.

2.12 La tutela nei confronti di detenuti in condizioni di particolare vulnerabilità: tossicodipendenza e infezione da HIV

In un'ottica di tutela della salute assume certamente grande rilievo la condizione di "tossicodipendenza, oggetto di una normativa specifica in ragione della diffusione del fenomeno e della necessità di allontanare i

soggetti che ne sono vittime dalla detenzione in carcere o, nel caso ciò non sia possibile, di applicare loro un regime esecutivo a se stante. ⁷³

Il DPR 309/90, oggi in parte modificato dalla legge n. 49 del 2006, ha disciplinato in modo organico il rapporto tra il soggetto tossicodipendente che commetta reati ed il "carcere"

In particolare, l'art.89 prevede, per i soggetti tossicodipendenti (ed alcool dipendenti) che abbiano in corso programmi terapeutici, l'applicazione della misura degli arresti domiciliari in luogo della custodia cautelare in carcere, salvo che non sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza. Nel caso in cui il soggetto tossicodipendente si trovi in custodia cautelare in carcere e voglia iniziare un programma terapeutico, la misura è sostituita con quella degli arresti domiciliari. Nella stessa prospettiva di favore per un detenuto da considerarsi "malato", l'art.95 prevede che dopo l'inflizione della pena detentiva questa debba essere eseguita in istituti idonei allo svolgimento di programmi terapeutici.

L'art.96 afferma poi che il detenuto in stato di custodia cautelare od in espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto a ricevere cure ed assistenza all'interno degli istituti carcerari, anche se non sia stato ammesso alle misure sostitutive di cui agli artt. 90 e 94.⁷⁴

La disciplina implica una sinergia tra l'Amministrazione penitenziaria e le ASL, che a mezzo dei SERT (Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze), sono tenute a predisporre appositi servizi di riabilitazione.

I detenuti tossicodipendenti non particolarmente pericolosi sono inseriti in un apposito circuito quello c.d. della custodia attenuata e sono affidati o ad appositi istituti (gli ICAT: Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o a sezioni specifiche collocate all'interno (SEATT: Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti). Si tratta di strutture in cui il profilo riabilitativo prevale su quello custodiale senza, peraltro, che ciò incida sulla sicurezza generale.

L'art.90 prevede che il Tribunale di Sorveglianza possa sospendere per cinque anni l'esecuzione della pena detentiva per i reati commessi in relazione allo stato di tossicodipendenza, quando risulti che la persona si è sottoposta con esito positivo ad un programma terapeutico e socio riabilitativo. Tale previsione è limitata ai casi di espiazione di pene detentive non superiori a sei o a quattro anni, se relative a titolo esecutivo fondato sull'articolo 4 bis O.P.

Mentre il beneficio di cui all'art.90 (sospensione dell'esecuzione) presuppone che il programma terapeutico sia già concluso con esito certificato, il beneficio di cui all'art.94 (affidamento in prova terapeutico) può essere chiesto dal soggetto tossicodipendente anche quando abbia ancora in corso od intenda sottoporsi ad

⁷³G.Camera, "Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute" in "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", op.citata, pagg. 138-143.

⁷⁴La disciplina degli articoli 89 e 94 si estende anche ai soggetti alcool-dipendenti.

un programma riabilitativo. Come nel primo caso anche questa misura necessita della sussistenza di una documentazione medica che attesti l'idoneità del programma rispetto a finalità di recupero.

Va, peraltro, evidenziato che la previsione di tale misura alternativa dell'affidamento in prova per la prosecuzione del programma non ha avuto significativa applicazione pratica per cui il distacco dal circuito carcerario, che la normativa si prefiggeva, non è avvenuto nella misura sperata.⁷⁵

Venendo ad altra categoria in condizione di vulnerabilità, quella dei detenuti affetti da AIDS, va evidenziato che la legislazione di favore qui esaminata per la tossicodipendenza è notevolmente diversa da quella che si è venuta formando per i soggetti sieropositivi, malgrado l'infezione possa interessare la stessa persona.⁷⁶

Lo scopo della normativa nei confronti dei soggetti sieropositivi è in effetti quello di evitare il loro inserimento in ambiente carcerario, non solo per consentire la prestazione di adeguate cure, ma anche per contenere il rischio di contagio.

Le disposizioni di riferimento sono contenute nell'art.275 commi 4bis,4ter e 4quater c.p.p. Esse pongono il divieto di custodia cautelare per sieropositivi e per persone affette da grave deficienza immunitaria o comunque da grave malattia non compatibile con la detenzione in "carcere".

In caso di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, nell'impossibilità di disporre la misura cautelare in strutture sanitarie penitenziarie senza pregiudicare la salute dell'imputato o di altri detenuti, il giudice dispone gli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza.

Tuttavia, se la persona sia imputata per i delitti di cui all'art.380 c.p.p, commessi dopo l'adozione delle misure suindicate, il giudice ne dispone l'affidamento ad un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessarie.

Come previsto dall'art 286-bis c.p.p, il Ministero della Salute definisce i casi di AIDS conclamati e di grave deficienza immunitaria, con Decreto adottato di concerto con il Ministero della Giustizia.

Altra previsione di favore è dettata dall'art.146 c.p. (la cui attuale formulazione si deve alla legge n.40 del 2001) che prevede il rinvio obbligatorio della pena per persone affette da AIDS conclamato o da grave deficienza immunitaria (accertate ex 286 bis comma 2 c.p.p) o, ancora, da altra malattia particolarmente grave dalla quale derivi incompatibilità con la detenzione. In ultimo l'art.47-quater dell'Ordinamento penitenziario (articolo introdotto dalla legge 231/1999) consente l'affidamento in prova al servizio sociale, nonché la detenzione domiciliare, anche oltre i limiti previsti dagli artt. 47 e 47-ter, per le persone affette da AIDS conclamato o da grave deficienza immunitaria; purché si tratti di soggetti che hanno in corso od intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate nell'assistenza ai casi di AIDS.

⁷⁵R. Tucci, "L'esecuzione della pena detentiva nei confronti dei soggetti tossicodipendenti" in www.altrodiritto.unifi.it, 2001, cap

⁷⁶G. Camera, op citata, pagg 143-149; L.Cesaris, "Misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria" in "Ordinamento Penitenziario-Commentato" a cura di F.DellaCasa-G.Giostra,pagg.587-588.

2.13 Lo "sciopero della fame"

Tra le emergenze che gli operatori cui è affidata la tutela della salute nelle "carceri" devono affrontare vi è senza dubbio lo sciopero della fame da parte di un soggetto detenuto. Secondo la letteratura medico-legale, esso è definito come "il rifiuto volontario totale" di assumere cibo senza un giustificato motivo medico, che duri da più di tre giorni".⁷⁷

La condotta può assumere un duplice significato. Anzitutto può configurarsi come una forma di espressione non verbale di una condizione di disagio oppure come una forma di protesta non violenta per denunciare una condizione che si ritiene ingiusta. Il digiuno ha in questo senso finalità comunicative.

Lo stato di detenzione infatti rende più difficile ricorrere a forme consuete di comunicazione e può indurre ad adottare modalità più eclatanti o dirompenti per richiamare l'attenzione e ribellarsi all'accettazione della compressione della propria identità. Appare felice l'espressione secondo cui il rifiuto del cibo costituisce "un vero e proprio paradosso conservativo". ⁷⁸

Il rifiuto del cibo può essere dettato anche da altre ragioni ed in particolare da un vero e proprio rifiuto di vivere per motivazioni esistenziali non necessariamente correlati alla condizione detentiva.

Quale che sia la ragione di tale condotta, essa pone problemi di enorme rilievo, poiché evidentemente il digiuno prolungato nel tempo implica conseguenze dannose per lo stato di salute od addirittura per la vita dell'individuo.

Sorge in tal caso l'interrogativo se l'Amministrazione possa dar corso all'alimentazione forzata per evitare il decesso, sul presupposto giustificativo del particolare stato in cui il soggetto versi o se vi sarebbe in questo caso una violazione dell'art 32 Cost. secondo comma, che vieta i trattamenti sanitari obbligatori salvo che siano stabiliti dalla legge.

Parlare di "diritto a rifiutare le cure", implica che la pratica dell'alimentazione forzata debba qualificarsi come "atto medico". Al riguardo nella comunità scientifica si contrappongono due tesi.

Quella prevalente sostiene che la nutrizione forzata configuri una vera e proprio pratica medica in quanto presuppone conoscenze scientifiche, l'uso di specifiche tecniche sanitarie ed una procedura complessa finalizzata ad un risultato tipico dell'attività medica quale è preservare la salute dell'individuo.⁷⁹

⁷⁷V.Medaglia, "Il diritto di rifiutare le cure : lo sciopero della fame da parte del detenuto" in "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", op. citata, pag 177

⁷⁸V. Medaglia, op. citata, pag. 179.

⁷⁹In questo senso Cass., Sez. I pen. 4 ottobre 2007, n 21748. secondo cui l'alimentazione e l'idratazione artificiali "integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche"

L'altra, si fonda sulla considerazione che l'alimentazione e l'idratazione siano elementi basilari e fisiologici per garantire la vita e che non possono qualificarsi come atto medico solo perché attuati in modo artificiale.⁸⁰ Dall'assunto che l'alimentazione e/o l'idratazione forzata costituiscano "atto medico" discende che tale condotta costituisca una violazione del diritto di rifiutare le cure di cui all'art 32 Cost.

Tuttavia, la problematica non è di agevole soluzione poiché pone un delicato e complesso conflitto tra il diritto del detenuto a rifiutare le cure e la doverosa salvaguardia della vita umana.

Si palesa ancora una volta, come spesso accade in materia di salute, la difficoltà di conciliare esigenze afferenti il "regime detentivo" ed altre che riguardano la "soggettività della persona ristretta".⁸¹

Per risolvere la questione è necessario stabilire se la condizione detentiva lasci integro il diritto del detenuto di non curarsi o se, invece, determini un suo affievolimento che legittimi il ricorso dell'Amministrazione penitenziaria e dei sanitari coinvolti all'alimentazione forzata, quando necessaria a salvargli la vita.

Certamente gli appartenenti al corpo di Polizia Penitenziaria hanno uno specifico compito di custodia delle persone detenute a garanzia della loro incolumità. Pertanto, in caso di sciopero della fame il personale dovrà prontamente attivarsi, perché il detenuto non lo protragga a rischio della vita, avviando tutte le procedure previste dalle disposizioni di servizio. Saranno così coinvolte le figure professionali competenti per assicurare i necessari controlli medici ed un adeguato supporto psicologico, nel tentativo di convincere la persona a desistere. 82

Nel caso in cui lo "sciopero della fame" prosegua e le condizioni di salute del digiunante decadano sino al pericolo di morte, può manifestarsi il rifiuto esplicito del detenuto ad essere sottoposto ad alimentazione forzata proposta dall'Amministrazione.

Nel silenzio della legge su come comportarsi la dottrina ha proposto tre diverse risposte a tale complesso interrogativo.⁸³

Una prima prospettazione assimila lo sciopero della fame al suicidio e propende per la liceità da parte dell'Amministrazione del ricorso all'alimentazione forzata; una seconda ritiene che l'eventuale omissione del personale in presenza dell'esplicito rifiuto del digiunante vada valutata alla luce del diritto di autodeterminazione terapeutica sancita dall'art.32 comma 2 Cost.; la terza ritiene possa trovare applicazione, a giustificazione della nutrizione forzata, la scriminante dello stato di necessità ex art.54 c.p.

La prima tesi, minoritaria, si basa sulla premessa che lo sciopero della fame, protratto sino al decesso del digiunante, sia in sostanza una forma di suicidio, per cui dovrebbero trovare applicazione le disposizioni penali collegate a tale evento (art.579 e art.580 c.p.).

⁸⁰Così "Comitato Nazionale per la bioetica", Parere intitolato "L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente", adottato in data 30 settembre 2005, punto 4 https://www.ilbrucoelafarfalla.org/

⁸¹V.Medaglia, op. citata, pag. 180.

⁸²V.Medaglia, op.citata, pag. 191

⁸³V.Medaglia, op citata, ibidem.

In particolare, poiché non è previsto nel nostro ordinamento un diritto al suicidio, i soggetti che svolgono una funzione di garanzia dell'incolumità personale dei detenuti hanno l'obbligo di impedire la condotta suicidaria (sotto forma di sciopero della fame) pur in presenza del dissenso della persona.

La seconda tesi muove dall'assunto, maggioritario, che l'alimentazione artificiale costituisca atto medico.

Su questa premessa, il detenuto in sciopero della fame non può essere sottoposto a quello che sarebbe un trattamento sanitario contrario alla sua volontà, ostandovi l'art.32 comma 2 della Cost. Si ritiene, infatti, da quanti si muovono in tale ambito concettuale, che non possa essere invocata la normativa in tema di trattamenti sanitari obbligatori di cui alla legge n.833 del 1978, poiché tali pratiche debbono mirare a salvaguardare la salute della collettività. Profilo che nel caso del detenuto in sciopero della fame mancherebbe.

L'ultimo indirizzo giustifica infine il ricorso all'alimentazione forzata, pur in mancanza di una esplicita norma che lo preveda, come trattamento sanitario obbligatorio a tutela della vita del detenuto in sciopero della fame, facendo ricorso all'art.54 c.p.

E' stato però obiettato che invocare lo stato di necessità possa tradursi in una elusione della garanzia costituzionale, consentendo un trattamento sanitario in assenza di una specifica disposizione di legge che ne determini presupposti e limiti.

Un'analisi complessiva delle tesi proposte consente di concludere, pur nella consapevolezza della complessità della materia, che in dottrina sembri prevalente una risposta coerente con il dettato della Costituzione. Trova pertanto applicazione anche in questo caso il principio del consenso informato quale presupposto indispensabile per giustificare l'intervento medico.

La mancanza di una previsione legislativa che consenta in questi casi l'alimentazione forzata non è da considerarsi una lacuna quanto piuttosto la naturale conseguenza del principio costituzionale di cui all'art 32, secondo comma Cost.⁸⁴

E' da segnalare, in senso contrario, una decisione della Corte EDU del 26 marzo 2013 (Rappaz c. Svizzera). In tal caso la Corte di Strasburgo ha ritenuto che la nutrizione forzata, disposta dal Tribunale Federale e poi dal Tribunale Cantonale competente, era da considerarsi legittima, malgrado l'esplicito rifiuto della persona al trattamento pur nel caso di perdita di coscienza.

La Corte, richiamando la propria giurisprudenza, ha affermato che l'alimentazione forzata è da ritenersi praticabile, anche nei casi in cui vi sia stato esplicito rifiuto, in presenza di tre condizioni. 1) la "necessità medica" dell'intervento, nel caso esaminato sussistente in quanto l'ingiunzione all'alimentazione forzata era stata adottata solo quando le condizioni del ricorrente erano divenute molte serie e l'intervento era necessario per salvargli la vita; 2) la "garanzia processuale", anch'essa rispettata, in quanto la decisione sul trattamento era stata adeguatamente vagliata in sede giudiziale nel contraddittorio delle parti e con il supporto di idonea difesa; 3) la terza condizione è relativa alle modalità di esecuzione del trattamento che

⁸⁴M.Ruotolo, "Diritti dei detenuti e Costituzione", Ed. G.Giappichelli, Torino 2002 pagg. 154-160.

dovevano essere tali da non configurarsi come tortura. Nel caso di specie tale profilo non era stata oggetto di verifica in quanto il detenuto aveva poi smesso spontaneamente lo sciopero della fame.⁸⁵

La decisione della Corte sembra discostarsi dall'applicazione tassativa dell'art.32 comma 2 Cost. per affermare, in presenza delle suindicate condizioni, la prevalenza del bene della vita sul principio di autodeterminazione.

In questo senso sembrano orientati anche gli operatori penitenziari, come si evince dalle testimonianze da loro acquisite. Infatti essi, in caso di perdurante sciopero della fame che ponga la persona in pericolo di vita, ricorrono in prevalenza all'alimentazione forzata invocando l'applicazione del TSO ovvero dello stato di necessità.

2.14 La prevenzione del suicidio in carcere

La detenzione costituisce una esperienza di enorme impatto emotivo, in grado di determinare uno stato di profonda prostrazione, tale da provocare spesso il rischio di "perdita di senso" e di smarrimento della propria identità personale. Anche per tale ragione il fenomeno dei suicidi in carcere si manifesta in misura sensibilmente maggiore rispetto a quanto avviene tra le persone libere. Tali drammatiche considerazioni possono maturare facilmente in soggetti confinati in spazi chiusi e privati del sostegno dei legami affettivi e della possibilità di comunicare con le persone care, specialmente quando tale condizione si vive per la prima volta o si proietta in una prospettiva di lunga durata. Tale stato d'animo si avverte in modo più intenso negli Istituti in cui promiscuità, sovraffollamento, inattività, difficoltà di socializzazione siano il portato delle caratteristiche e delle condizioni dei medesimi.

E' per tali aspetti potenzialmente patogeni che la dimensione strutturale dell'Istituto e la funzionalità dei servizi che offre presentano un particolare risalto, al fine di evitare che il tempo della detenzione divenga un "tempo vuoto", una condizione insopportabile, da cui un soggetto "disperato" può volersi liberare con il suicidio.⁸⁶

Il fenomeno dei suicidi e dei tentati suicidi all'interno delle strutture carcerarie costituisce una vera emergenza, sia pure con una certa diminuzione del fenomeno.⁸⁷

Il dato statistico, molto altalenante, non consente la previsione di una sua stabilizzazione al ribasso. I dati forniti dall'Amministrazione Penitenziaria, con riferimento all'anno 2016, indicano avvenuti 39 suicidi e 1011 tentati suicidi. Attesa la gravità del fenomeno suicidario cui si aggiunge quello dei tentativi, la

⁸⁵M.Pelazza, "L'alimentazione forzata di detenuti in sciopero della fame al vaglio della Corte di Strasburgo" in www.dirittopenalecontemporaneo.it, pagg 1 e segg.

⁸⁶P.Buffa, "La prevenzione dei suicidi in carcere" in "Rassegna Penitenziaria e Criminologica", nuova serie, Anno XVIII gennaio-aprile 2015 pagg. 1 e segg.; ARS Toscana "La salute dei detenuti in Italia: il risultato di uno studio multicentrico", studio citato, pagg. 179-197.

⁸⁷Tra gli allegati è inserito un prospetto relativo a suicidi, tentati suicidi e gesti di autolesionismo su dati DAP dal 1992 al 2016

necessità di approntare azioni preventive, implicanti la collaborazione fra le Amministrazioni coinvolte, rappresenta una priorità assoluta.

Uno dei tavoli tematici degli Stati generali dell'esecuzione penale (il tavolo IV il cui campo di attività è stato "Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze") ha esaminato, tra gli altri, anche questo aspetto.

Il gruppo di lavoro ha, in particolare, sottolineato che la prevenzione del suicidio non può limitarsi alle misure di sorveglianza, ma richiede un complessivo miglioramento della qualità organizzativa, gestionale e ambientale degli Istituti di detenzione. Così suggerendo l'individuazione di strumenti di analisi della qualità delle strutture, nonché la previsione di protocolli di interventi e di una adeguata formazione per gli operatori penitenziari.

l'Amministrazione penitenziaria appare impegnata su tale fronte, come si evince dalla notaal Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministro della Giustizia n. 18463 del 3.5.2016, contenente le direttive sul tema.⁸⁸

In essa si evidenziava che gli attuali strumenti prevalentemente "osservativi" messi in campo per prevenire i suicidi siano da ritenersi "sostanzialmente inadeguati perché non definiti ai fini di una valutazione complessiva e piuttosto limitata all'esame dei singoli casi". Inoltre, veniva sottolineato che il rischio della commissione di suicidio è prevalentemente "un rischio ambientale e non soltanto individuale[...]la sola sorveglianza e l'isolamento del detenuto con tendenza suicida non possono costituire incisivo strumento di prevenzione e a volte accentuano il rischio di azioni autodistruttive". ⁸⁹L'obiettivo perseguito era pervenire ad un vero e proprio "Piano Nazionale di intervento per la prevenzione dei suicidi in carcere" le cui direttive organizzative indicate sono : a) differenziare le articolazioni degli istituti; b) intensificare gli interventi di sostegno per i nuovi giunti; c) predisporre per coloro che saranno dimessi nei successivi 3-6 mesi programmi di sostegno psicologico propedeutico al reinserimento.

Tra gli obiettivi è inserita anche la formazione specifica di tutti gli operatori, anche per prevenire il rischio di *burnout* per lo stesso personale, fenomeno frequente in categorie di addetti che operano in continue condizioni di stress, spesso estreme.

L'auspicato "Piano" è venuto alla luce dopo poco più di anno dalla citata direttiva ministeriale.

La Conferenza Unificata, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, tra Governo, Regioni, Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti Locali, ha, infatti, approvato in data 27.7.2017 il "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti".

Esso, si basa su di una piena condivisione operativa da parte del Servizio Sanitario nazionale e dell'Amministrazione della Giustizia ed il modello organizzativo è articolato su tre livelli:

⁸⁸Si veda anche la circolare del DAP *"Misure di prevenzione dei suicidi delle persone detenute"* n.42087 del 4.2.2016. www.giustizia.it

⁸⁹Nel medesimo documento si legge "l'uniformità proposta dall'ambiente detentivo indifferenziato (per età, posizione giuridica, prossimità del fine pena, tipologia di reato) è fattore di rischio per il manifestarsi di sintomi di disadattamento che possono evolvere in tendenza al suicidio".

- -A livello centrale, è costituito un Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria (TCPSP) con il compito di elaborare e aggiornare il Piano Nazionale e di predisporre una rete diffusa di referenti sul territorio nazionale.
- -A livello regionale, operano gli Osservatori Regionali Permanenti per la Sanità Penitenziaria che individuano il nucleo di referenti regionali, elaborano uno specifico Piano Regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie, seguono e verificano la redazione e l'aggiornamento periodico di Piani Operativi Locali.
- -A livello locale, è prevista l'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende sanitarie territorialmente competenti per la predisposizione di un Piano Locale di Prevenzione con compiti prevalentemente tecnico-operativi.

Tra gli elementi che appaiono di particolare rilievo si sottolinea, il potenziamento del servizio della fase di ingresso per la tempestiva valutazione del rischio in quei soggetti che appaiono più esposti. La c.d. "allocazione a sostegno" per cui il detenuto deve essere collocato in una sistemazione che non lo isoli, sul presupposto che vi sia un collegamento tra scelte suicidarie e isolamento. Ne deriva la necessità di contrastare la tendenza ad emarginare la persona a rischio con l'ausilio di detenuti in funzione di *peer supporter* opportunamente formati.

Tale ultima prospettiva appare anche coerente con la funzione rieducativa della detenzione in quanto si esalta nella persona ristretta, investita di tale nobilitante ruolo, lo spirito solidaristico e un recupero di autostima.

Infine importante appare la innovativa previsione di un'attività di *debriefing* a sostegno del personale penitenziario coinvolto in una situazione di forte e scioccante impatto emotivo, come possono esserlo episodi suicidari.

Non va dimenticato che tale personale è già quotidianamente impegnato in logoranti condizioni di stress, come provato dai non rari episodi di suicidio che interessano pure la categoria e dal fenomeno di *burnout* già segnalato nella citata direttiva ministeriale.⁹⁰

⁹⁰L. Dal Corso, "La prevenzione del disagio lavorativo del personale di polizia penitenziaria" in "Bollettino dell'Ordine del Veneto", n.1/2015. https://www.ordpsicologier.it

CAPITOLO TERZO
L'ATTUALE ASSETTO DELLA SANITA' PENITENZIARIA
Sommario: 3.1 I motivi e l'iter della riforma della sanità penitenziaria; 3.2 L'assetto organizzativo della sanità penitenziaria dopo la riforma. Organi centrali e periferici; 3.3 Un esempio di attuazione della riforma: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna; 3.4 Le figure di garanzia e di ausilio: A) La Magistratura di Sorveglianza B) Il garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale C) Il promotore di salute in carcere.
3.1 I motivi e l'iter della riforma della sanità penitenziaria

Esaminate le fonti normative, poste, direttamente o indirettamente, a salvaguardia delle condizioni di salute delle persone detenute, si intende nel capitolo che segue individuare le istituzioni ed i soggetti che debbono programmare e prestare il servizio sanitario e/o assicurane l'effettività.

L'impostazione originaria dell'O.P attribuiva la gestione e la organizzazione della sanità penitenziaria esclusivamente al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria con suo personale medico e sue attrezzature, anche se era già possibile avvalersi delle strutture delle servizio sanitario esterne agli istituti in caso di necessità. (art. 11 c. 2 O.P)

Oggi, a seguito della riforma della sanità penitenziaria l'istituzione deputata è il Servizio sanitario nazionale, come per tutti i cittadini.

Nel ripercorrere l'iter che ha portato alla riforma sono anzitutto da individuarsi le motivazioni che hanno avviato il dibattito sulla opportunità di dare corso ad un mutamento così radicale.⁹¹

I tempi lunghi che essa ha richiesto danno la misura delle difficoltà organizzative, ma anche degli ostacoli culturali, che è stato necessario superare per un coordinamento di apparati complessi e profondamente diversi quali sono l'Amministrazione penitenziaria, le Regioni, il Servizio sanitario nazionale, le Aziende sanitarie locali.

La matrice culturale che ha dato luogo al trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale è l'affermazione dell'universalità del diritto alla salute, nel convincimento del principio della parità del trattamento fra cittadini liberi e ristretti, coerente con una interpretazione costituzionalmente orientata del diritto di cui all'art. 32 Cost.

Come anticipato, il compimento della riforma non è stato agevole ed è stato anzi preceduto da ampi dibattiti. L'orientamento originario, e, sino alla riforma preminente, sosteneva infatti l'opportunità della separazione della medicina penitenziaria da quella riguardante la popolazione generale.

La motivazione di tale posizione veniva indicata nella specificità della sanità penitenziaria, caratterizzata da contributi derivanti dalla criminologia e dalla psicopatologia forense.

Tale orientamento non aveva subito modifiche testuali neppure con l'entrata in vigore della legge n.833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che non conteneva alcun riferimento alla sanità penitenziaria. Invero, l'assenza di un riferimento esplicito si era prestata a diverse interpretazioni.

L'interpretazione maggioritaria sosteneva che il silenzio fosse sintomatico della volontà del legislatore di confermare la permanenza del servizio in capo al Ministero della Giustizia.

⁹¹Sull'argomento C.Cantone "La riforma della sanità penitenziaria: problemi e percorso possibil"i in Quaderni ISSP n 11 dicembre 2012, pagg 12ss. https://www.giustizia.it/; B.Brunetti "La tutela della salute in carcere" in http://www.ristretti.it/, pagg 2ss; G. Starnini "Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale", Ed il Mulino, n.1 del 2009, pagg 1 e segg.

In questo senso si espresse un parere del Consiglio di Stato, il n. 305 del 1987, il quale aveva confermato la competenza dell'Amministrazione penitenziaria. Più specificatamente vi si stabiliva che l'assistenza sanitaria rientrasse "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario".

Altro argomento, a sostegno della tesi che attribuiva al Ministero della Giustizia competenze esclusive in tema di sanità penitenziaria, veniva tratto dalla legge n.685 del 1975, che attribuiva alla Regione la (sola) materia della tossicodipendenza, sulla premessa implicita che l'amministrazione preposta alla tutela della salute delle persone in stato di "detenzione" fosse in via generale estranea al SSN. Una analoga riflessione poteva derivare dall'art. 96 DPR 309\1990 che affidava alle UU.SS.LL la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcoolisti.

Dello stesso avviso, pur dopo l'entrata in vigore della legge 833/78, fu la circolare del DAP n. 3337-5787 del 7.2.1992, che continuava a delineare un disegno "carcerocentrico" del sistema sanitario delle persone ristrette, per cui il medico che operava all'interno degli Istituti, rispondeva direttamente al Direttore, cioè all'Istituzione penitenziaria posta in posizione di datore di lavoro.

Malgrado l'orientamento inizialmente prevalente e l'assetto organizzativo adottato fossero ispirati al presupposto della collocazione del servizio sanitario all'interno dell'Amministrazione penitenziaria, ritenendosi più agevole la gestione degli aspetti legati alla sicurezza, si faceva strada, accanto alla motivazione di principio sulla parità di trattamento tra cittadini, il timore che la crescente complessità dei problemi di salute nel carcere rendesse inadeguata la capacità del servizio a fronteggiare le nuove esigenze (diffusione di malattie infettive, aumento della popolazione carceraria anche straniera, rilevanza del fenomeno delle tossicodipendenze).

E' ragionevole che si sia affermata, tra le motivazioni a favore della riforma, anche l'idea che la collocazione del medico penitenziario al di fuori di ogni legame con l'Amministrazione, accrescesse oggettivamente la sua estraneità da ogni logica securitaria, favorendone la dimensione sanitaria e terapeutica.

Del resto, la previsione dell'attività medica inquadrata nel sistema penitenziario, non era stata il frutto di una scelta di merito tra diversi possibili modelli organizzativi, dal momento che quando tale attribuzione era stata disposta, con il "Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena" del 1931, non esisteva un ente unitariamente preposto alla salute di tutti i cittadini. Era presente, invece, una molteplicità di enti di tipo mutualistico per l'assistenza medica di ognuna delle categorie produttive.

Fu anche ipotizzato che la coesistenza di strutture organizzative parallele costituisse una superflua duplicazione di spese da superare in ottica di contenimento, in un settore già molto oneroso per l'Erario.

Tali considerazioni contribuirono a creare le premesse della riforma.

In questo contesto le obiezioni iniziali finirono per cadere ed il clima era ormai maturo perché fosse emanata la legge delega n.419 del 1998 rubricata "Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale".

L'art.5 di tale legge delegava il Governo ad emanare, entro sei mesi, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria mediante il progressivo inserimento all'interno del Servizio sanitario nazionale di personale e di strutture sanitarie dell'Amministrazione penitenziaria, con opportune sperimentazioni a livello regionale di modelli organizzativi differenziati in ragione delle diverse realtà del territorio.

In attuazione della "delega" venne emanato il decreto legislativo n.230/99, titolato "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art.5 della legge 30 novembre 1998 n.419", che premetteva una "apertura" solenne e impegnativa verso un nuovo modello organizzativo, significativa del senso della riforma, laddove affermava che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione diagnosi cura e riabilitazione efficaci e appropriate".

Il d.lgs. 230/1999 ha, inoltre, individuato le competenze delle Regioni, delle Aziende sanitarie locali e quelle proprie dell'Amministrazione penitenziaria. Attribuendo alle prime compiti di programmazione, coordinamento ed indirizzo, alle seconde quello dell'organizzazione ed erogazione dei servizi sul territorio e riservando all'Amministrazione penitenziaria il ruolo di "garante della sicurezza" all'interno delle strutture sanitarie intramurarie e dei luoghi esterni di cura. Viene a delinearsi una sorta di doppio binario che prevede una collaborazione fra le Amministrazioni interessate (Giustizia-Sanità). 92

Nonostante la scelta della riforma fosse ormai affermata, il trasferimento delle funzioni, previa sperimentazione presso alcune Regioni, è proceduto con notevole lentezza, tanto che la riforma veniva da più parti definita "di carta" per il timore che la stessa potesse arenarsi.

Contribuì a superare *l'impasse* la modifica dell'art.117 della Costituzione, con cui la tutela della salute veniva inserita tra le materie di legislazione concorrente tra lo Stato e le Regioni.

Il nuovo assetto costituzionale, basato sul decentramento e sul principio di sussidiarietà, rendeva coerente l'affidamento alle Regioni (anche) della sanità penitenziaria.

Per definire gli aspetti relativi al trasferimento di funzioni e servizi fu istituita in data 16.5.2002 dal Ministro della Giustizia la c.d. Commissione Tinebra (dal nome del suo presidente, capo pro-tempore del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria), con il compito di approfondire, in modo congiunto tra le amministrazioni interessate, le problematiche connesse al tema.

L'iniziativa però non portò a significativi risultati.

Fu successivamente istituita, presso il Ministero della Salute, la Commissione Gaglione (dal nome del Sottosegretario di Stato di quel dicastero che la presiedette), con il compito di predisporre un decreto per la definizione degli aspetti operativi funzionali al trasferimento.

Una svolta si ebbe con la legge finanziaria del 2008 che dispose il definitivo passaggio di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali al SSN. Ad essa seguì il DPCM 1 aprile 2008 recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario

⁹²G.Camera, "Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute" in" la tutela della salute nei luoghi di detenzione", a cura di A.Massaro, pagg 105 e ss.

nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, della risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Particolare risalto, per la delicatezza del settore cui fa riferimento, assumono l'art.5, dedicato al trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari e l'allegato C) al decreto medesimo, che delinea un percorso volto al superamento degli OPG, che troverà sviluppo prima col D.L. 211/2011 (convertito nella legge 9/2012) e poi definitiva attuazione con il D.L. 52/2914 (convertito nella legge 81/2014).

Invero, neanche Il DPCM 1 aprile 2008 concluse il lungo iter per la piena attuazione della riforma riguardante la medicina penitenziaria.

Si dovette, infatti, attendere l'ultimazione dei lavori del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", incaricata dell'istruttoria e della predisposizione dei provvedimenti attuativi del citato DPCM.

Esaurita tale fase preparatoria/istruttoria, si giunse, infine, alla sottoscrizione dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" approvato dalla Conferenza Unificata presso la Presidenza del Consiglio il 22 gennaio 2015 e pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale in data 18.3.2015.⁹³

Merita d'essere sottolineato che la pur lenta evoluzione del processo di riforma coincise anche con convergenti orientamenti nazionali e internazionali. A questo proposito, il Comitato Nazionale di Bioetica nel parere su "La salute dentro le mura" del 2013 ricordava che: "per assicurare ai detenuti livelli adeguati di prestazioni per la salute, occorre che la sanità in carcere divenga parte a pieno titolo della sanità pubblica, sotto le stesse autorità che presiedono ai servizi del territorio". 94

Inoltre le *Regole penitenziarie europee* del 2006, allegate alla Raccomandazione del Comitato dei Ministri degli Stati membri del Consiglio d'Europa, al punto 40.1 della Parte III dedicata alla "Salute", avevano affermato a loro volta, "Si devono organizzare in istituto dei servizi medici in stretta relazione con l'amministrazione generale della comunità locale o della Nazione". 95

In conclusione, l'Accordo C.U del 22.1.2015 rappresenta il punto di arrivo del lungo iter della riforma e completa un assetto al cui esame è dedicato il paragrafo che segue.

3.2 L'assetto organizzativo della sanità penitenziaria dopo la riforma: Organi centrali e periferici

⁹³La Conferenza unificata è l'istituto previsto dal d.lgs. 281/1997 art.8 e 9, per le deliberazioni, i pareri, le proposte, in relazioni alle materie ed ai compiti di interesse comune alle Regioni, alle Province, ai Comuni e alle Comunità montane. Viene denominata "unificata" per l'appunto perché è costituita in modo congiunto dalla "Conferenza Stato-città ed autonomie locali" e dalla "Conferenza Stato-regioni"

⁹⁴Comitato Nazionale di Bioetica, Parere "La salute dentro le mura", 11 ottobre 2013, pag.257.

^{95 &}quot;Regole penitenziarie europee" allegate alla Raccomandazione R (2006) del Comitato dei Ministri degli Stati membri del Consiglio d'Europa, parte III, "Salute", punto 40.1. www.rassegnapenitenziaria.it

Gli interventi suindicati hanno delineato il nuovo quadro normativo ed organizzativo del servizio sanitario penitenziario, informato, dunque, al principio di uguaglianza sostanziale, obiettivo da raggiungere mediante la collaborazione fra le Amministrazioni coinvolte. La finalità perseguita è quella della integrazione multidisciplinare a servizio della centralità della persona del detenuto, nei cui confronti si vogliono assicurare ascolto e presa in carico, in una prospettiva di prevenzione e cura della malattia. ⁹⁶

Il quadro organizzativo delineatosi, coerente con un nuovo modo di concepire la medicina penitenziaria, appare il seguente:

Il Ministero della Giustizia:

Ha competenza in materia di sicurezza "all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati".⁹⁷

Il dettato normativo attribuisce all'Amministrazione Penitenziaria anche una funzione di impulso che si concreta in interventi volti a segnalare "in caso di inerzia e ai fini dell'attivazione di poteri sostitutivi, alle Autorità sanitarie locali, regionali e direttamente al Ministero della Salute, le questioni attinenti alla mancata osservanza delle disposizioni del decreto". 98

Il Ministero della salute:

Ha competenze in materia di "programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale negli istituti penitenziari". 99

Le Regioni e le Province autonome:

"Esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi". 100

Le Aziende sanitarie locali:

Hanno la "gestione ed il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari". ¹⁰¹

Sul piano operativo maggiori dettagli sono disciplinati dall'Accordo della Conferenza Unificata del gennaio 2015.

L'art.1 del suindicato "Accordo" ribadisce che la Regione è l'ente titolare del servizio di assistenza sanitaria dei soggetti detenuti ed internati. Tale servizio viene erogato tramite le Aziende Unità Sanitarie Locali,

97Art 2, comma 4, d.lgs 230/99

98Art. 3, comma 4, d. lgs. 230\1999.

99Art.3,comma 1, d.lgs 230/99

100Art.3,comma 2, d.lgs 230/99

101Art.3, comma 2, d.lgs 230/99.

^{96 &}quot;Il percorso clinico assistenziale per le persone detenute", Servizio sanitario regionale Emilia Romagna , 2013, Prefazione www.saluter.it

attraverso un sistema articolato costituente la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria.

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di un *Servizio sanitario penitenziario* affidato alla responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte. Questi, ha anche la responsabilità dei locali sanitari, della strumentazione, degli arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Tiene inoltre contatti con la Direzione penitenziaria per il necessario raccordo tra l'aspetto clinico-assistenziale e quello giuridico, proprio delle persone detenute e internate.

Le articolazioni del *Servizio sanitario penitenziario* si differenziano in ragione delle loro dimensioni, delle presenze e della tipologia di detenuti.

L'allegato C, che costituisce parte integrante dell'Accordo, individua le diverse tipologie di servizi distinguendole in:

Servizio medico di base: Costituisce la tipologia più semplice, presente nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buono stato di salute. Assicura in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni a) di medicina di base e assistenza infermieristica; b) di medicina specialistica (quali odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive).

Il servizio medico di base svolge anche attività di promozione della salute, diagnosi e cura di patologie e comorbilità a basso impatto assistenziale. Provvede inoltre all'esecuzione dei test di *screening* previsti per l'intera popolazione.

Servizio medico multi professionale integrato: Si differenzia dalla tipologia precedente perché assicura il servizio medico e infermieristico per 24 ore. E' in grado di assicurare, oltre a quelle previste per il servizio di base, anche tutte le prestazioni relative ad altre forme morbose presenti nella struttura. Consente pertanto il monitoraggio delle patologie di maggiore complessità assistenziale.

Servizio medico multi-professionale integrato con sezione specializzata: Si distingue ulteriormente perché dotato di una sezione detentiva a gestione sanitaria, con personale presente per 24 ore, per l'assistenza di detenuti affetti da specifici stati patologici, per i quali non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari.

Nel novero delle sezioni specializzate rientrano:

- -Sezioni specializzate per detenuti con malattie infettive
- -Sezioni specializzate per persone affette da disturbi mentali
- -Sezioni specializzate per tossicodipendenti(art.96commi 3 e 4. D.P.R 309/90), costituite da Articolazioni a custodia attenuata destinate a soggetti con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza, in fase di disuso avanzato dall'assunzione di sostanze stupefacenti. In tale ambito si inseriscono anche le *Unità a custodia attenuata per il trattamento della sindrome astinenziale*, costituite da aree di osservazione clinica all'interno degli Istituti per i soggetti che ne sono risultati affetti al momento dell' entrata in carcere.

Servizio medico multi-professionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) : Si tratta delle articolazioni "intrapenitenziarie" di maggiore complessità, sostitutive dei "Centri

diagnostici e terapeutici" detti anche "Centri clinici" (art 17, D.P.R 230/2000). Assicurano bisogni di salute implicanti assistenza sanitaria specialistica continuativa mediante prestazioni sanitarie assistenziali intensive ed estensive extraospedaliere.

Il quadro che precede riguarda prestazioni e servizi diversificati, ma tutti resi in ambito "intrapenitenziario". Accanto ad essi è prevista l'erogazione di servizi che debbono essere resi in ambito ospedaliero, in appositi reparti od in camere debitamente attrezzate, in base alla disciplina di cui all'art.7 della legge 296/93. Si parla a questo proposito di *Reparto ospedaliero per detenuti*. In tali casi, previsti per degenze prolungate in presenza di patologie complesse, l'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento dei detenuti ricoverati, giacché essi continuano ad essere sottoposti a regime detentivo.

3.3 Un esempio di attuazione della riforma: l'esperienza della Regione Emilia-Romagna

Al fine di rendere più chiaro quanto delineato in ordine all'attuale quadro organizzativo, si espone, a scopo esemplificativo, la attuazione che la riforma ha avuto nella realtà penitenziaria della Regione Emilia-Romagna, dimostratasi pronta a calare la sua esperienza di sanità pubblica generale in ambito penitenziario. 102

Il modello è basato su uno schema di percorso clinico- assistenziale per le persone detenute articolato in:

- accoglienza;
- periodo di detenzione;
- dimissione.

Ciascuna di tali fasi è caratterizzata da specifiche attività prefissate.

La prima, riguardante i "nuovi giunti", è naturalmente connotata dalla visita di primo ingresso e da una preziosa attività di informazione e *counselling*. ¹⁰³

E'la fase più delicata perché in tale occasione gli operatori cercano di intercettare ogni sintomo di possibili fragilità mentali che possa far presagire gesti autolesionistici.

Al termine della fase di accoglienza viene definito da parte del personale sanitario addetto all'assistenza primaria il *Piano Assistenziale Individuale* (PAI).

Il PAI rappresenta la "proposta assistenziale" che il servizio offre all'assistito-detenuto, la cui permanenza sia superiore a 14 giorni. La proposta viene adeguatamente illustrata per raccogliere la condivisione, l'adesione e la sottoscrizione del paziente-detenuto ed il contenuto di quanto illustrato viene inserito nella cartella clinica (redatta in via informatica) della persona ristretta.

102La ricognizione del percorso clinico assistenziale per le persone detenute negli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna è tratto dalla pubblicazione del Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri 2013, disponibile anche in formato PDF sul sito della Regione www.saluter/ssr/aree/assistenza-sanitaria

103Con il termine *counseling* (o *counselling*) si fa riferimento nell'ambito sanitario, ad "un'attività relazionale svolta da personale specializzato (counselor) finalizzato a orientare sostenere e sviluppare le potenzialità di persone momentaneamente in difficoltà", Treccani, Dizionario di medicina, 2010.

Nel periodo della detenzione, la persona viene seguita in ragione delle sue condizioni di salute, emerse in fase di accoglienza, seguendo tre diversi percorsi: per paziente sano, per paziente con patologia acuta e per paziente cronico.

In tale fase viene monitorato sia lo stato di salute del paziente che l'attuazione del PAI.

A questo fine assume rilevanza il "contesto detentivo", quale cornice in cui si sviluppa il rapporto medicopaziente. Tra i fattori considerati per la loro incidenza sull'equilibrio psicofisico del soggetto sono da
annoverare le caratteristiche della sezione (vivibilità, fumo passivo, odori, lo stato dei bagni, spazi comuni,
microclima), i compagni di cella (il loro numero e la loro storia), le frustrazioni derivate da condizioni
emotive e di contesto (es. personale situazione giudiziaria) e la gerarchia di ruoli che può instaurarsi nel
gruppo.

La fase ultima delle dimissioni può infine assumere un duplice percorso.

Vi è un primo caso, che è quello del trasferimento della persona ad altro Istituto ed un secondo, coincidente con l'uscita dal circuito penitenziario. Nel caso di uscita dal carcere viene effettuato un colloquio finale ove vengono eventualmente fornite informazioni sulle terapie da seguire e sui contatti con servizi socio-sanitari territoriali di riferimento. Viene poi rilasciata la Lettera di Dimissioni o la Relazione clinica di sintesi.

In caso di trasferimento avviene anzitutto la visita medica per il nulla-osta alla traduzione, seguono la consegna della cartella clinica, il colloquio per le valutazione congiunte sui risultati ed il rispetto del PAI e la consegna della copertura farmacologica eventualmente necessaria.

Il Servizio sanitario regionale penitenziario, articolato secondo il modello organizzativo suindicato, ha consentito un primo bilancio, oggetto di un accurato report, relativo alla salute in carcere, riferito alla situazione esistente alla data del 31.12.2017.¹⁰⁴

Da esso si traggono alcuni aspetti salienti tra i quali, in particolare, l'uso in tutti gli Istituti della Regione della cartella clinica informatizzata. Tale supporto consente una rapida circolazione dei dati relativi alla persona detenuta nei suoi eventuali trasferimenti, assicurala continuità terapeutica, evita la ripetizione di esami clinici, agevola la consultazione e l'aggiornamento dei dati.

L'uso della cartella clinica informatizzata è ancora oggi prerogativa di alcune Regioni "virtuose", a dimostrazione di una sanità penitenziaria "a macchia di leopardo" con disomogenee modalità di erogazione dei servizi.

L'estensione generalizzata di tale supporto digitale a tutti gli Istituti penitenziari del Paese è assolutamente auspicabile, come è stato sottolineato anche dal documenti finale degli "Stati generali dell'esecuzione penale". ¹⁰⁵

¹⁰⁴I servizi resi ed i dati relativi alle attività prestate sono tratti da "Report 2017 sulla salute in carcere in Emilia Romagna" pubblicato dal Servizio sanitario regionale Emilia-Romagna, CentroStampa, dicembre 2017. Il documento è consultabile sul portale E-R http://salute.regione.emilia-romagna.it

¹⁰⁵ Documento finale degli "Stati generali dell'esecuzione penale", 18.4.2016, Parte seconda, p.5.

Dall'esame dei dati contenuti nelle cartelle cliniche informatizzate "aperte" nell'anno 2016 il Servizio sanitario regionale ha potuto agevolmente trarre tutti i dati necessari per il monitoraggio dei numerosi aspetti caratterizzanti la realtà sanitaria della popolazione degli Istituti della Regione. Si tratta di una operazione indispensabile per conferire concretezza ad una "medicina d'intervento", che punti cioè sulla prevenzione, sulla tempestività, sulla conoscenza di condizioni e stili di vita dei singoli, nonché sul loro coinvolgimento nella cura di sé.

In tale prospettiva si inserisce il già citato Piano Assistenziale Individuale, redatto nella cartella clinica informatizzata, che costituisce, appunto, un modello assistenziale "di iniziativa", attuato attraverso attività di prevenzione basata su individuazione e riduzione dei rischi.

Tra i fattori di rischio vengono segnalati: la alta percentuale dei fumatori (46% del totale a fronte del 28% della popolazione residente); la rilevante percentuale di detenuti sovrappeso (29%) e obesi (15%), con concentrazione del fenomeno tra le persona superiore a 45 anni e con riferibilità prevalente ai detenuti di nazionalità italiana rispetto a quelli stranieri. Fra le malattie più diffuse emerge l'alta percentuale di disturbi psichici e comportamentali pari al 38,7%, a cui seguono le malattie dell'apparato digerente (25,6%). Tra gli eventi critici (sciopero della fame, della sete, autolesionismo, tentato suicidio, rifiuto di cure), riguardanti complessivamente il 7,7% dei detenuti interessati dallo studio, prevale il primo, riconducibile con leggera prevalenza a detenuti stranieri (5,9%) rispetto a quelli italiani(4,5%).

3.4 Le figure di garanzia e di ausilio

A)La Magistratura di Sorveglianza

La Magistratura di Sorveglianza costituisce un particolare settore della magistratura le cui funzioni sono disciplinate dalla legge n. 354 del 1975 e dal relativo regolamento attuativo (D.P.R. 230/2000), dal c.p.p. e dalla legge n. 689 del 1981. La stessa è ripartita in due articolazioni: il Magistrato di Sorveglianza ed il Tribunale di Sorveglianza.

Il primo, organo monocratico, svolge sia funzioni giurisdizionali che funzioni amministrative e di vigilanza. Il secondo invece, organo collegiale, svolge soltanto funzioni giurisdizionali sia come giudice di primo grado che come giudice di appello avverso provvedimenti del Magistrato di Sorveglianza. Ha sede nel capoluogo del distretto di Corte d'appello ed ha competenza territoriale coincidente con lo stesso distretto.

Nel medesimo distretto sono, invece, presenti più uffici del Magistrato di Sorveglianza, ciascuno con competenza su più province e sui Tribunali aventi sede in esse.

Le funzioni di vigilanza sono disciplinate dall'art 69 O.P, il cui testo attuale è frutto di numerose modifiche, l'ultima delle quali dovuta al D.L .n.146/2013,convertito nella legge n.10 del 2014. La funzione in esame viene svolta attraverso la realizzazione di visite, colloqui e la visione di documenti diretti ad acquisire informazioni sullo svolgimento dei vari servizi dell'istituto e del trattamento dei detenuti e degli internati. ¹⁰⁶ Fra le molteplici funzioni amministrative si ricorda in particolare l'adozione di provvedimenti che dispongono il trasferimento di detenuti in ospedali civili o in luoghi esterni di cura (art. 11 O.P) oppure l'accertamento delle condizioni psichiche del detenuto ex art. 112 Reg. esec.

Le principali funzioni giurisdizionali, quanto ai profili che qui interessano, sono: applicazione, proroga, trasformazione e revoca delle misure di sicurezza a seguito del riesame della pericolosità sociale del condannato o dell'internato (art.69 comma 4 O.P.e 208 c.p.); decisione sui reclami dei detenuti in tema di sanzioni disciplinari ed in tema di lesioni di diritti soggettivi (artt. 69, comma 6 e art.35bis); decisioni sui rimedi ex art.35 ter O.P., nei casi di violazione dell'art.3 CEDU in danno di persona ristretta che abbia ancora una pena detentiva da espiare; provvedimenti ex art 148 c.p. 107

Tornando alle funzioni di vigilanza, queste incidono in modo significativo quanto al profilo in esame, consentendo un controllo sull'adeguata erogazione del servizio sanitario secondo il nuovo assetto organizzativo. Al riguardo, come detto, l'art.69 commi 1 e 2 O.P. prevede ampi poteri che consentono di rivolgersi ad ogni aspetto, organizzativo e gestionale, degli Istituti penitenziari, a nulla rilevando come limite a tale attività di controllo che i suddetti profili costituiscano applicazione di direttive provenienti da organi centrali dell'Amministrazione penitenziaria.

Aldilà del dettato normativo è da segnalarsi che l'esercizio del pur ampio potere di vigilanza non ha dato luogo a risultati pari alle aspettative per la mole di diversificate incombenze cui il Magistrato di Sorveglianza deve corrispondere. Inoltre, le sollecitazioni rivolte all'Amministrazione si sono spesso risolte in un nulla di fatto in termini di risposte operative concrete, ingenerando un certo "scetticismo" sulla concreta incidenza del potere di vigilanza. ¹⁰⁸

Tale evoluzione ha accresciuto lo spazio di collaborazione di nuove figure, i cui compiti sono legati alla presenza in Istituto, come quella del "Garante Nazionale" o dei "Garanti Regionali e Locali".

Per ciò che concerne il Tribunale di Sorveglianza, l'organo esercita funzioni giurisdizionali in primo grado con riguardo alla concessione del rinvio della esecuzione della pena ex art. 684 c.p.p. nei casi di cui agli artt. 146 e 147 c.p. Esercita invece funzioni d'appello con riguardo alle decisioni in tema di misure di sicurezza

¹⁰⁶Art 5, D.P.R 230/2000.

¹⁰⁷S.Ardita, L. Degl'Innocenti, F.Faldi "Diritto Penitenziario", III edizione, Laurus, pagg 39 e segg.

 $¹⁰⁸ F. Della\ Casa,\ Commento\ all'art. 69,\ "Funzioni\ di\ vigilanza\ ",\ in\ "Ordinamento\ Penitenziario\ commentato"\ ,\ op. citata\ ,\ pag. 803.$

e con riguardo alle sentenze di proscioglimento o condanna adottate dal giudice della cognizione, quando viene impugnato il solo capo della sentenza attinente alla misure di sicurezza (art. 680 comma 2 c.p.p.).

B)Il Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale

Con decreto legge n.146 del 23.12.2013, convertito in legge 21.2.2014 n.10 recante "Misure in tema di tutela dei diritti fondamentali dei detenuti e di diritti delle persone detenute o private della libertà personale", è stata introdotta, all'interno dell'ordinamento italiano, la figura del "Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale".

La legge conferisce al "Garante" molteplici funzioni e prerogative.

Ai sensi dell'art.7, comma 5 del D.L. 146/2013 tale figura:

- -vigila sull'applicazione nei luoghi di detenzione dei principi stabiliti dalla Costituzione, dalle Convenzioni internazionali sui diritti umani ratificate dall'Italia, dalle leggi dello Stato e dai regolamenti;
- -visita i luoghi indicati al punto b) del comma 5) senza necessità di autorizzazione; ¹⁰⁹
- -prende visione del fascicolo della persona detenuta o comunque privata della libertà;
- -richiede alle amministrazioni responsabili delle strutture indicate alla lettera b) informazioni e documenti necessari all'espletamento dei suoi compiti, informandone il magistrato di sorveglianza in caso di omissione;
- -verifica il rispetto della normativa relativa ai Centri di identificazione e Espulsione (oggi C.P.R), potendo accedervi senza restrizioni;
- -formula raccomandazioni alle amministrazioni ove accerti violazioni o la fondatezza del reclamo generico di cui all'art. art.35 O.P;
- -trasmette annualmente una relazione sull'attività svolta ai Presidenti della Camera e del Senato nonché ai Ministri dell'Interno e della Giustizia.

L'istituzione di tale figura di garanzia interviene all'indomani della sentenza "Torreggiani" al fine di approntare, come imposto dalla sentenza, forme di tutela delle persone private della libertà personale. L'Ufficio del Garante si configura quale organo collegiale istituito presso il Ministero della Giustizia i cui componenti sono nominati con Decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sentite le competenti commissioni parlamentari. ¹¹⁰Si tratta, in altri termini di un sistema interno, ma indipendente, di monitoraggio sui luoghi di privazione della libertà personale.

Tale figura è coerente con quanto previsto dal Protocollo Opzionale alla Convenzione ONU contro la tortura (OPCAT) in base al cui articolo 3 "Ciascuno Stato membro istituirà, nominerà e manterrà operativo a

¹⁰⁹Si tratta degli istituti penitenziari, gli ospedali psichiatrici giudiziari e le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza detentive, le comunità terapeutiche e di accoglienza o comunque le strutture pubbliche e private dove si trovano persone sottoposte a misure alternative o alla misura cautelare degli arresti domiciliari, gli istituti penali per minori e le comunità di accoglienza per minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria nonché, previo avviso, delle camere di sicurezza delle Forze di Polizia.

¹¹⁰S.Ardita-L.Degl'innocenti-F.Faldi, op citata, pag 49.

livello nazionale un organismo, il National Preventive Mechanism (NPM), con poteri di visita per la prevenzione della tortura e delle altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti".

Va peraltro evidenziato che la nuova figura non intende proporsi con funzioni di repressione, rispetto a situazioni che hanno già assunto una fisionomia critica, ma di prevenzione in merito alle condizioni che potrebbero assumere quella connotazione. Mira cioè a prevenire un conflitto tra il detenuto e l'Amministrazione o a mediare nel caso di conflitto già insorto o di lesione di un diritto già verificatasi. La prevenzione, del resto, è lo strumento più efficace di tutela dei diritti fondamentali delle persone private della libertà personale. In questa prospettiva la figura del Garante riflette i contorni delle funzioni del Comitato per la Prevenzione della Tortura (CPT) nei suoi compiti di visite, accessi a documenti e colloqui con le persone private delle libertà, nonché con gli operatori responsabili del corretto svolgimento dei servizi attinenti.

Va rilevato inoltre che i compiti di monitoraggio e vigilanza affidati al Garante, sono molto ampi e comprendono tutte le situazioni che danno luogo a privazione della libertà.

In tale ambito di pertinenza rientrano, in senso empirico, tutte quelle situazioni in cui una persona non possa allontanarsi dal luogo in cui si trovi.

A questa fattispecie può certamente ricondursi l'ambito della detenzione penale. Con tale locuzione ci si riferisce a tutti i luoghi chiusi (anche diversi dal carcere) ove una persona possa venire ristretta, sia in via cautelare che in funzione esecutiva, sulla base del provvedimento di un'Autorità giudiziaria. Costituiscono altresì situazione soggette al controllo del Garante l'arresto od il fermo operati dalle Forze di polizia ed il trattenimento degli immigrati irregolari in luoghi di permanenza temporanea in vista dell'espulsione o per procedure di identificazione e fotosegnalamento. Invero, le aree di attività individuate dalla relazione, che in data 21 marzo 2017 il Garante ha presentato al Parlamento, sono quattro:

- -L'area penale;
- -L'area del controllo delle migrazioni;
- -L'area della sicurezza;
- -L'area sanitaria.

Quest'ultima, onnicomprensiva di tutte quelle strutture ove le persone (spesso disabili o anziani) entrano volontariamente o in base ad un provvedimento di supporto sociale, ma che rischiano di divenire, con il trascorrere del tempo, locali di permanenza non volontaria, ove i soggetti vengono privati della capacità legale e della possibilità di agire.¹¹²

Il rapporto con la Magistratura di Sorveglianza è basato sul principio della complementarità nella vigilanza, per fugare il timore di possibili incomprensioni istituzionali tra le due figure.

111C.Fiorio, commento alla legge istitutiva del Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale" in "Ordinamento Penitenziario commentato", op.citata, pagg., 1232-1233.

112Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, "*Relazione al Parlamento*",2017, pagg.39-41. Il testo della relazione è consultabile su <u>www.penalecontemporaneo.it</u>

Pur se è pacifico che nella fase dell'esecuzione penale la vigilanza è affidata al magistrato di sorveglianza ai sensi dell'art.69 dell'Ordinamento Penitenziario, tale competenza non determina alcuna incompatibilità con la figura del Garante.

Infatti - si legge anche nella relazione - il ruolo del Magistrato di Sorveglianza ha registrato nel tempo un mutamento, nel senso che le funzioni di vigilanza e controllo, che si caratterizzavano come attività centrale dell'Ufficio, si sono affievolite per la mole di lavoro che si è concentrata su di esso. Pertanto, lo spazio lasciato dal Magistrato sul fronte della attività di vigilanza e controllo trova supporto e collaborazione nell'Ufficio del Garante che si pone in una posizione complementare, contrassegnata anche da sistematici contatti con il primo. Occasioni di dialogo e collaborazione si creano in particolare nei casi di visite presso i luoghi da monitorare, consentendo uno scambio di indicazioni e valutazioni sulle criticità, nella comune ricerca del loro superamento.

Altro terreno sul quale può dimostrarsi proficuo il ruolo complementare dell'Ufficio del Garante è quello dell'esame dei reclami generici ex art.35 O.P., nonché quello della segnalazioni che danno corpo a numerose sollecitazioni e istanze cha spesso non trovano risposta.

La Relazione, per quanto riguarda l'area della detenzione penale, ha riassunto l'esito dell'attività di un anno, concretatasi in 35 visite di Istituti penitenziari, nell'esame di 108 reclami ex art.35 O.P e di 126 segnalazioni. Per quanto riguarda in particolare i profili che hanno attinenza con il tema della tutela della salute nei luoghi di detenzione, la suddetta Relazione pone in evidenza:

- -Ha dato atto dei miglioramenti registrati in tema di sovraffollamento;
- -Ha tuttavia sottolineato il persistente divario tra i posti disponibili e il numero delle persone detenute e la necessità di operare oltre su dati "quantitativi" anche sul miglioramento delle condizioni detentive, spesso fonte tuttora di sofferenza aggiuntiva;
- -Ha richiamato l'esito dei lavori degli "Stati generale dell'esecuzione penale" nell'auspicio della realizzazione delle indicazioni da essi emersi in direzione dell'umanizzazione della condizione detentiva;
- -Ha posto l'accento sul persistente fenomeno degli atti di autolesionismo e dei suicidi. 113

Va da ultimo ricordato che prima dell'istituzione dell'Ufficio del Garante Nazionale già operavano, a cominciare dal 2003, diversi istituti di garanzia territoriali, a livello regionale, provinciale o comunale. Di tale rete di figure si avvale l'Ufficio del Garante Nazionale - come indicato nella stessa legge istitutiva -traendo un prezioso ausilio nella propria attività istituzionale dalla prossimità dei garanti locali agli Istituti penitenziari, al fine di una più immediata conoscenza delle varie realtà. Con riferimento ai Garanti territoriali l'Ufficio nazionale svolge altresì compiti di coordinamento volti ad assicurare una omogeneità degli indirizzi adottati. 114

¹¹³G.Tamburino, "Il garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale: La relazione al Parlamento", 2017, pag. 9. www.giurisprudenzapenale.com

¹¹⁴Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, Relazione citata, pagg.36-38.

C) Il Promotore di salute in carcere

Una nuova figura (che potremmo definire di ausilio) è stata poi istituita, anche se solo nell' ambito della Regione Emilia Romagna, con lo scopo di assicurare in termini di effettività e parità la salute in "carcere" e di facilitare i rapporti tra le varie componenti della complessa ed a volte dispersiva realtà penitenziaria. Detta figura, tende a valorizzare quell'aspetto del servizio che, oltre alla cura in senso organicistico, mira alla promozione della salute dei detenuti e del benessere della persona nel suo complesso.

L'istituzione del Promotore della salute è prevista dall'art.20 della delibera della giunta regionale dell'Emilia-Romagna n.1187 del 21 luglio 2014 in base ad un protocollo d'intesa tra la Regione stessa ed il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria Emilia-Romagna e Marche.¹¹⁵

La figura è presente nelle sezioni degli Istituti penitenziari regionali, impegnata con continuità in attività di informazione collettiva e discussioni con piccoli gruppi di detenuti ed internati su temi riguardanti stili di vita e prevenzioni.

In altri termini, il promotore, con la sua presenza, la sua attività di informazione, discussione e ascolto, stimola la persona detenuta a migliorare la sua capacità di prendersi cura di sé, attraverso l'adozione di stili di vita salutari (alimentazione, attività fisica, fumo, alcool, superamento dell'approccio farmacologico).

Il promotore viene così a svolgere un ruolo di ponte e di raccordo tra la popolazione detenuta ed il personale sanitario. Più dettagliatamente :

- -Nei confronti delle persone detenute, promuove una maggiore responsabilizzazione per quanto riguarda la tutela del proprio stato di salute e deve creare concreti presupposti e diverse occasioni affinché i singoli possano esprimere il loro bisogno o disagio.
- -Nei confronti del personale sanitario, si adopera al fine di facilitare le più proficue relazioni possibili di tale componente con i pazienti, superando diversità culturali e/o comunicative.

Il promotore si avvale, in tale funzione, di un bagaglio formativo, appositamente programmato ed acquisito mediante specifici corso, precedente alla sua immissione nel servizio. 116

Tale figura sembra così possa offrire un proficuo contributo, soprattutto negli Istituti penitenziari mediograndi, di informazione, di raccordo, di stimolo verso i detenuti e di ricezione di bisogni e disagi degli stessi.

¹¹⁵Il suindicato art 20 recita che "Entrambe le Amministrazioni si impegnano a favorire l'attuazione del progetto Interventi di tutela e promozione della salute in carcere, attraverso la presenza nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute".

¹¹⁶La figura è illustrata nel dossier "Il promotore di salute in carcere, una nuova figura nel servizio sanitario penitenziario" pubblicato dal Servizio Assistenza Territoriale-Area salute nelle carceri-Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia Romagna. www.salute.com. Sull'argomento anche Regione Emilia Romagna "Interventi di promozione della salute in carcere attraverso la presenza del promotore di salute, Piano formativo 2015, consultabile sul sito www.assemblea.emr.it

CAPITOLO QUARTO

LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLE PERSONE SOTTOPOSTE A
MISURE DI SICUREZZA DETENTIVE E DI QUELLE DETENUTE NEGLI ISTITUTI
PENITENZIARI

Sommario: 4.1 La particolare problematicità del disagio mentale; 4.2 La tutela della salute mentale delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentive: l'impervio cammino per il superamento degli OPG; 4.3 La legge n. 81/2014: le ragioni che hanno determinato il definitivo superamento degli OPG; 4.4 Le modifiche apportate dalla legge n.81/2014 alla disciplina delle misure di sicurezza: preludio ad un più ampio intervento in materia; 4.5 La legge n.81/2014 al vaglio della Corte Costituzionale; 4.6 La delega alla modifica delle misure di sicurezza prevista dalla legge n.103/2017; 4.7 Dopo gli OPG: storia di una "triste istituzione"; 4.8 Il primo biennio di vita delle REMS: risultati, criticità, prospettive; 4.9 La tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari.

4.1 La particolare problematicità del disagio mentale

Nel quadro delle già notevoli difficoltà di attuazione della tutela della salute nei luoghi di detenzione, si pone in termini particolari quella relativa al disagio mentale. Tale tema costituisce il fronte di più complesso approccio per la necessità di contemperare l'esigenza di persone bisognose di cure con quella di assicurare adeguata difesa sociale. Sovente accade infatti che gli stessi portatori di patologie psichiatriche siano autori di reati e, non di rado, anche socialmente pericolosi.

Il "legame giuridico-sociale fra malattia e pericolosità"¹¹⁷fa del tema un nodo particolarmente complesso, in ragione della specificità della posizione del malato mentale con comportamenti criminali. Viene in rilievo, in questo ambito più che in altri, una commistione fra profili, giuridici, sociali, sanitari e politici.

Particolarmente significativa è la già ricordata indagine epidemiologica svolta dalla ARS Toscana, per l'ampiezza e la rappresentatività del campione considerato, oltre 15.000 persone esaminate, detenute in istituti posti in sei Regioni del Paese. 118

Lo studio rende palese la dimensione e la gravità del fenomeno.

I disturbi psichiatrici rilevati, riuniti in dieci gruppi classificati secondo la codificazione ICD-9-CM, ¹¹⁹ sono: -disturbi mentali organici; disturbi mentali alcol-correlati; disturbi mentali da dipendenza di sostanze; disturbi da spettro schizofrenico; disturbi affettivi psicotici; disturbi depressivi non psicotici; disturbi nevrotici e reazioni di adattamento; disturbi della personalità e del comportamento; disturbi del comportamento alimentare; oligofrenie e ritardo mentale; altro.

Il risultato dell'indagine ha evidenziato che il 41,3% dei detenuti "arruolati" è affetto da una patologia psichiatrica e circa il 43% da disturbi psichici. Le problematiche più presenti sono la dipendenza da sostanze (24%), i disturbi nevrotici o le reazioni di adattamento (17%) ed i disturbi alcool-correlati (6%).

¹¹⁷V.Andreoli, "Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari", Ministero della Giustizia, 2002, pag 9.

¹¹⁸ARS Toscana "La salute dei detenuti in Italia", op.cit., pag. 75-80.

¹¹⁹I gruppi sono stati individuati con l'utilizzo del metodo di classificazione internazionale ICD-9-CM, acronimo di "International Classification of Diseases-9th-Clinical Modification". Tale sistema è utilizzato per dividere malattie e traumatismi in gruppi sulla base di criteri definiti.

Quanto alla ripartizione di genere, è emerso che i disturbi da dipendenza da sostanze affliggono maggiormente gli uomini (c.a il 50% delle diagnosi), mentre i disturbi nevrotici colpiscono più le donne (36,6%). Per quel che riguarda i transgender i più frequenti sono i disturbi della personalità e del comportamento (26,3%).

Quanto invece all'analisi per fasce d'età, i disturbi da dipendenza riguardano maggiormente le persone giovani (da 18 a 29 anni il 53 %) e diminuiscono con l'età (sino al 29,1% per le persone oltre i 60 anni).

I disturbi nevrotici vedono un andamento inverso in quanto le persone più giovani evidenziano un dato pari al 27,1% che sale al 37,8% per i detenuti oltre i 60 anni.

Ulteriore fattore di distinzione è dettato dall'appartenenza a gruppi etnici. Il disturbo da dipendenza da sostanze interessa soprattutto i detenuti nordafricani. I disturbi nevrotici sono invece più presenti fra i cittadini dell'Est Europa. Quelli affettivi psicotici, quelli del comportamento e della personalità riguardano perlopiù detenuti italiani.

La stessa indagine ha dedicato una ricognizione separata alla situazione dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino, ancora in funzione al momento dell'indagine (2014), per evidenziare le differenze nella tipologia e nelle percentuali dei disturbi rilevati in quell'ambito.

I disturbi più frequenti sono risultati quelli di tipo schizofrenico (44,2%), quelli di tipo affettivo psicotico (21%), infine i disturbi della personalità e del comportamento (18%).

L'esito dello studio pone in evidenza che il problema della tutela della salute mentale si colloca e deve essere affrontato con riferimento a due ambiti:

-quello relativo alla salute mentale delle persone prosciolte per infermità, ora accolte nelle REMS, articolazioni specializzate dei DD.SS.MM., per l'esecuzione della misura di sicurezza detentive.

-quello relativo alla salute mentale delle persone detenute, affidate per le esigenze terapeutiche alle apposite articolazioni e sezioni interne agli istituti penitenziari.

Entrambi gli ambiti sono affidati ai servizi ed alle prestazioni delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, ma ognuno di essi presenta sue proprie peculiarità che ne giustificano una disamina separata.

4.2 La tutela della salute mentale delle persone sottoposte a misure di sicurezza detentive: l'impervio cammino per il superamento degli OPG

E' anzitutto di primaria importanza ripercorrere l'iter normativo che ha condotto al graduale superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Si tratta di un percorso che vede il susseguirsi di più interventi che vanno a comporre un quadro di non agevole ricostruzione. Nell'ambito della riforma della sanità penitenziaria, l'art.5 del DPCM 1 aprile 2008, dedicato agli "Ospedali psichiatrici giudiziari e Case di cura e custodia" disponeva che: 1) "Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel

territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti, con le modalità di cui all'art 4, alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto".

2) "Per l'attuazione delle linee guida è istituito, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale."

L'allegato C al suindicato decreto poneva "linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia".

In particolare, individuava un programma di interventi regionali articolato in tre fasi.

Una prima fase era destinata a ridurre il carico di internamento negli OPG, per migliorare la personalizzazione del rapporto tra operatori e internati. Nel corso della stessa i Dipartimenti di salute mentale nei cui territori insistevano gli OPG avrebbero dovuto provvedere alla stesura di un programma per:

- le dimissioni degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza, con interventi da parte della Regione e degli Enti locali per l'individuazione di forme di inclusione sociale;
- la riassegnazione agli istituti penitenziari di provenienza dei detenuti ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, previa attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione al loro interno;
- l'assicurazione che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art.112 DPR 230/2000 avvengano negli Istituti penitenziari.

Una seconda fase, da attuarsi decorso un anno dall'entrata in vigore del decreto, in base alla quale avrebbe dovuto procedersi ad una redistribuzione degli internati tra i vari OPG in ragione delle zone di provenienza, in ossequio al principio di territorialità.

Una terza fase, a distanza di due anni, in base alla quale sarebbero stati restituiti alle Regioni gli internati in OPG da esse provenienti, con conseguente presa in carico da parte delle prime per l'espletamento di programmi terapeutici e riabilitativi.

Il nuovo obiettivo mira alla regionalizzazione delle misure di sicurezza ed al superamento graduale degli OPG, nella prospettiva di perseguire un modello volto ad istituire strutture sanitarie dotate di autonomia organizzativa, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale, ove eseguire misure di sicurezza nei confronti di soggetti che presentassero patologie psichiatriche. ¹²⁰

La progressione di tale progetto innovativo, per la complessità dell'operazione, abbraccerà tempi lunghi.

Le disposizioni previste dal suindicato DPCM subiranno integrazioni per effetto dell'Accordo del 13 ottobre 2011 in seno alla "Conferenza Unificata". In particolare, l'allegato A prevedeva l'implementazione di

¹²⁰Si tratta delle strutture che hanno poi assunto la denominazione di "Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza" (REMS).

specifiche sezioni o reparti destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della detenzione, nonché ai soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

A tal fine ogni Regione, d'intesa con l' Amministrazione penitenziaria, avrebbe dovuto attivare, entro il 30.6.2012, in almeno una delle strutture penitenziarie del proprio territorio, una sezione per la tutela intramuraria della salute mentale.

La finalità perseguita era, per l'appunto, quella di ampliare e potenziare il ruolo delle Articolazioni psichiatriche per completare l'attuazione della prima fase di superamento degli OPG.

Successivamente a tale accordo veniva emanato il D.L. 22 dicembre 2011 n. 211 recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", convertito con modificazioni dalla legge 17.2.2012 n.9.

L'art. 3-ter del suddetto decreto legge fissava esplicitamente l'obiettivo del completamento del processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Il comma 2 dell'articolo medesimo stabiliva la data del 31.3.2012 per l'adozione da parte del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro della Giustizia, di un decreto per la definizione di "requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedali psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a Casa di cura e custodia".

Il comma 4 stabiliva che dal 31.3.2013 le misure di sicurezza citate avrebbero dovuto essere eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie sostitutive di cui al comma 2.

Il decreto ministeriale previsto dal comma 2 dell'art 3-ter, veniva adottato in data 1 ottobre 2012 e nell'allegato A ad esso unito, in particolare indicava:

-che la realizzazione e la gestione delle nuove strutture sarebbero state assunte dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, con le diversificazioni dovute alle caratteristiche psicopatologiche delle persone assegnate e alla loro evoluzione;

- -che la gestione interna sarebbe stata di esclusiva competenza sanitaria;
- -che anche l'attività di sicurezza e di vigilanza esterna sarebbe stata cura delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, le quali, ove necessario, avrebbero attivato specifici accordi con le Prefetture.

Il decreto medesimo definiva inoltre i requisiti strutturali, le caratteristiche dell'area abitativa, con un numero massimo di 20 posti letto, i requisiti tecnologici e quelli organizzativi.

E' prevista la presenza di verde all'esterno della struttura, la destinazione al massimo a 4 ospiti di ognuna stanza, la presenza di un bagno (con doccia) in camera, la dotazione di attrezzature che consentano la sicurezza del paziente e della struttura, ma anche lo svolgimento di attività sanitarie. Il personale è costituito da una equipe di lavoro multiprofessionale, onnicomprensiva di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori socio-sanitari. La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente che redige apposito regolamento interno.

Il termine per la chiusura degli OPG veniva differito una prima volta con il decreto legge n 24/2013 recante "*Disposizioni urgenti in materia sanitaria*", una seconda, alla data del 31/3/2015, con il D.L n 52/2014, poi convertito con modifiche nella legge 81/2014, sulla quale si tornerà a breve.

L'ultimo della lunga successione di atti a contenuto normativo, prima del definitivo superamento degli OPG e delle CCC, fu l'Accordo, adottato in seno alla Conferenza Unificata, del 26.2.2015.

Tale Accordo precisava che il Ministero della Salute avrebbe comunicato all'Autorità Giudiziaria ed al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria l'individuazione e l'attivazione entro il 31.3.2015 delle REMS. l'Amministrazione penitenziaria vi avrebbe trasferito le persone internate negli OPG secondo il principio di territorialità, in base alla residenza accertata dei soggetti implicati, salvo che per le persone senza fissa dimora o di nazionalità straniera, per le quali avrebbe trovato applicazione quanto precisato con gli Accordi C.U. n.81 del 26.11.2009 e C.U. 95 del 13.10.2011.

Con la legge n.81/2014 veniva data attuazione al programma di "sanitarizzazione" delle modalità di esecuzione delle misure di sicurezza con il superamento dei sei OPG presenti sul territorio, a beneficio delle REMS (Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza), ossia di articolazioni del Dipartimento di Salute Mentale ad esclusiva gestione sanitaria , sia sotto il profilo terapeutico-riabilitativo che della vigilanza interna.

La presenza della Polizia Penitenziaria veniva volutamente esclusa per accentuare il profilo terapeutico di tali "strutture residenziali socio-sanitarie" destinate a soggetti prosciolti per infermità di mente/socialmente pericolosi. L'evoluzione che ha portato alla chiusura degli OPG e all'istituzione delle REMS è dettata - tale la *ratio* della legge 81/2014 - dal principio della residualità delle misure di sicurezza detentiva e dall'intento di riservarle come *extrema ratio* ai soli casi più gravi. Propendendo, per il resto a forme non detentive e, per i detenuti, a trattamenti terapeutici differenziati gestibili all'interno delle strutture penitenziarie e/o nel normale circuito psichiatrico.

4.3 La legge n. 81/2014: le ragioni che hanno determinato il definitivo superamento degli OPG

La legge 81 del 2014 conclude l'iter del cammino verso il superamento degli OPG, modifica resasi necessaria e non più rinviabile, nonostante le notevoli difficoltà dei servizi territoriali di salute mentale rispetto all'ingente numero di casi di "presa in carico" socio-sanitaria e le resistenze dettate dalla paura collettiva, legata alla prospettiva di reinserimento di soggetti autori di reati ed affetti da patologie psichiatriche.

Malgrado tali ostacoli, hanno imposto il superamento degli OPG, senza ulteriori proroghe, anzitutto ragioni di carattere costituzionale.

Le misure di sicurezza detentive si giustificano solo qualora rispondano alle finalità di cura e tutela dell'incapace da una parte e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altra. La loro applicazione pratica metteva invece in evidenza la netta prevalenza di finalità custodiali a discapito di quelle terapeutiche. Del resto, la condizione di assoluto degrado e di abbandono in cui versavano le persone internate era già nota a seguito di ripetute indagini succedutesi nel tempo.

L'indagine conoscitiva condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato nel corso della XI legislatura, aveva rilevato le intollerabili condizioni di vita all'interno degli OPG.¹²¹

A seguito della visita del settembre 2008, presso l'OPG di Aversa, si è poi espressa la Commissione per la Prevenzione della Tortura (CPT), la quale ha denunciato le condizioni inumane e degradanti dei c.d. "manicomi giudiziari".

E' seguita poi altra indagine, quella della c.d. "Commissione Marino", dal forte impatto mediatico. 122 L'indagine descriveva luoghi caratterizzati da forte alienazione e repressione dei diritti fondamentali. I filmati acquisiti agli atti parlamentari fotografavano l'inidoneità delle strutture, l'assenza di una adeguata manutenzione, la cronica carenza di personale dotato di competenze necessarie. Ulteriore aspetto che ostava ad un ennesimo rinvio della chiusura degli OPG, anch'esso di natura costituzionale, era riferibile all'art.13 Cost., in applicazione del quale la persona internata, cessata la sua pericolosità sociale, deve essere dimessa e presa in carico dai DD.SS.MM., senza indugio.

Viceversa, non sono mancati esempi di persone non più socialmente pericolose e tuttavia, per effetto di proroghe, trattenute invece d'essere poste in libertà o essere destinatarie di misure di sicurezza non detentive. Tale fenomeno dava luogo ai c.d. " ergastoli bianchi". Le proroghe della misura erano, spesso, disposte non in base alla valutazione di una condizione soggettiva di attuale pericolosità, ma, nel solco di una prassi giudiziaria, in considerazione della carenza di strutture esterne o di una rete familiare atte ad accogliere le persone dimesse.

Era evidente la compromissione dell'obiettivo terapeutico e di conseguenza la inidoneità delle strutture : una "inidoneità di fatto" in ragione della "commistione fra funzione di controllo e cura" e, prima ancora, una "inidoneità di diritto",¹²³ da quando con l'approvazione delle legge Basaglia era stata rigettata in via di principio l'efficacia della logica custodiale per la "cura" dell'infermità mentale.

Il fenomeno sopra descritto veniva affrontato dalla legge n.81 del 2014 data l'urgenza ormai impellente di conformarsi al dettato costituzionale. L'insostenibile situazione aveva reso ancor più evidente che anche per

¹²¹F.Della Casa commento dell' articolo 62 in "Ordinamento penitenziario commentato" a cura di F.Della Casa-G.Giostra, CEDAM, Torino, 2015, pag 773

¹²² Si tratta della "Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale", istituita nel corso della XVI legislatura con deliberazione del Senato del 30.8.2008, la cui "Relazione sulle Condizioni degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", relatori i senatori Saccomanno e Bosone, fu approvata il 20.7.2011. I lavori della Commissione furono poi oggetto di una relazione finale approvata il 30 gennaio 2013.

¹²³A.Pugiotto, "Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale" in www.costituzionalismo.it, par 3-4.

le misure di sicurezza detentive, come per le pene, dovesse essere fissato un limite massimo. L'art 1 co 1°-quater disponeva che la durata massima delle misure di sicurezza non possa essere fissata in misura superiore al "tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. La condizione dell'internato sembra riconducibile, ai fini della tutela dei diritti, a quella del detenuto-imputato, con la conseguente estensione anche del rimedio previsto dall'art.35 ter O.P. per il caso di internamento (o detenzione) patito in condizioni contrastanti con l'art.3 CEDU, come pure del reclamo giurisdizionale di cui all'art.35 bis O.P. 124

4.4 Le modifiche apportate dalla legge n.81/2014 alla disciplina delle misure di sicurezza: preludio ad un più ampio intervento in materia

La legge 81/2014 ha introdotto modifiche di rilievo alla disciplina delle misure di sicurezza. Si è trattato di una riforma che non ha riguardato il dettato testuale del codice (cioè a codice invariato), ma che ha consentito ugualmente significativi risultati innovativi.

L'art.1 comma 1 lettera b) della legge in esame recita: "il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate a fare fronte alla sua pericolosità sociale.".

Il primo risultato è stato dunque quello d'aver conclamato la assoluta residualità della misura di sicurezza detentiva del ricovero in OPG o in CCC, sul presupposto che essa si era rivelata inidonea a conseguire anche una finalità di cura.

Principio, quello di residualità, già affermato per le misure cautelari e le pene ed esteso alle misure di sicurezza per la considerazione che la limitazione della libertà personale deve implicare il minor sacrificio possibile e costituire *l'extrema ratio*.

L'esercizio del "diritto punitivo", mediante l'opzione custodiale, quale che ne sia il titolo, ha sempre contenuto afflittivo per il destinatario, sia egli imputato, detenuto o internato.

Né l'affermazione del carattere residuale della misura impedisce al giudice, pur applicando misure meno afflittive, di prevedere prescrizioni idonee a garantire il controllo sociale del soggetto. 125

La modifica in esame, del resto, traduce in norma quanto già era stato affermato dalla giurisprudenza costituzionale sul carattere di sussidiarietà delle misure di sicurezza detentive anche se applicate in via provvisoria.

¹²⁴A.Pugiotto, op.citata, ibidem.

¹²⁵A.Pugiotto, op. citata, par. 6

Traspare l'influenza delle decisioni della Corte Costituzionale che hanno dichiarato l'illegittimità costituzionale degli articoli 222 e 206 c.p. laddove prevedevano l'applicazione automatica della misura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, che evidentemente precludeva una diversa valutazione da parte del giudice. ¹²⁶ Tale innovazione pertanto ha trovare concorde favore.

Lo stesso articolo continua disponendo che l'accertamento della pericolosità sociale: "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle condizioni di cui all'art.133 secondo comma n. 4 del c.p.".

La diagnosi di pericolosità per le misure detentive ai non imputabili e ai semi imputabili, deve dunque basarsi esclusivamente su indicatori interni (cioè sulle qualità soggettive della persona), senza tener conto degli indicatori esterni (condizioni di vita individuali familiari e sociali).

Si assiste ad una ridefinizione del criterio per la determinazione della pericolosità sociale, limitatamente all'applicazione della misura di sicurezza detentiva ai non imputabili e ai semi imputabili, che rafforza indubbiamente il principio della residualità. La ratio è quella di evitare che la sola "alienazione sociale dell'internato" giustifichi la restrizione. Per contro, l'accusa mossa a tale innovazione è quella di aver creato una pericolosità sociale "decontestualizzata", con il ritorno al c.d. "paradigma organicista", in contrasto con il ricorso al criterio della "pericolosità sociale latente", basato non solo sull'osservazione clinica, ma anche sulla valutazione dell'influsso di fattori esogeni, cioè ambientali o situazionali. 128

Si potrebbe perciò verificare, veniva osservato dai critici della modifica, che un soggetto internato sia considerato non più pericoloso in base alla esclusiva valutazione soggettiva, e quindi dimesso. Nondimeno, il contatto con fattori esogeni ambientali e/o familiari negativi, dei quali non si era potuto tener conto nella valutazione del suo stato, potrebbe determinare il riacutizzarsi della sua patologia e il riaffiorare della pericolosità sociale latente.

D'altro canto, proprio l'esclusione per la diagnosi del criterio della c.d. pericolosità latente potrebbe sortire l'effetto opposto al *favor libertatis* perseguito dal legislatore.

Infatti, ben potrebbe darsi che un'analisi effettuata sulla base dei soli fattori endogeni consenta di ritenere sussistente la pericolosità sociale, li dove invece una valutazione "multifattoriale" avrebbe potuto evitare la permanenza in stato di internamento.¹²⁹

E' stata, inoltre, criticata la modifica perché, nell'escludere i fattori esogeni, essa si scosterebbe irragionevolmente dalle acquisizioni della scienza psichiatrica, concorde nel conferire rilevanza ai condizionamenti esterni nel giudizio di pericolosità. 130

126Corte cost. n.253/2003 e n.367/2004.

127A.Pugiotto, op. citata, par 7.

128A.Laurito, "Le REMS e la sfida del uovo modello terapeutico-riabilitativo nel trattamento del folle-reo" in "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", a cura di A.Massaro, op.citata pag.266

129A. Laurito, op.citata,pag 268

130A. Laurito, op.citata,pag 267.

E' stato pure sottolineato che il chiaro orientamento contrario a misure di sicurezza detentive, sotteso alle modifiche in esame, possa indurre ad una eccessiva prudenza nell'affermare la sussistenza di un vizio di mente.

Ne deriverebbe uno spostamento delle criticità dall'Ospedale psichiatrico al carcere, cui sarebbero affidati soggetti che pur ritenuti "responsabili" sono comunque portatori di problemi psichiatrici bisognevoli di trattamenti peculiari. ¹³¹

Tale eventualità induce a rilevare che forse il dibattito si è focalizzato sulla chiusura degli OPG, ma non anche in modo adeguato sulla condizione e il potenziamento dei servizi psichiatrici interni agli istituti e sui rapporti tra questi e i servizi territoriali.

Altri autori non ritengono però di condividere le perplessità sulla modifica, considerando che la ridefinizione dei criteri per l'accertamento della pericolosità sociale pone termine a valutazioni eccessivamente prudenziali, che il ricorso alla categoria della c.d. "pericolosità sociale latente", di esclusiva creazione giurisprudenziale, aveva alimentato.¹³²

Sulla necessità di superare il ricorso alla "pericolosità latente" è stato anche osservato come i provvedimenti che basano su di essa la conferma della pericolosità sociale del "dimissibile" ripropongano argomentazioni utilizzate per sostenere la "pericolosità presunta", prima dichiarata incostituzionale e poi abrogata dall'art.31 della legge n 663/1986. Questa modalità si risolve di fatto nell'elusione dell'obbligo di motivazione previsto per tutti i provvedimenti giurisdizionali ex art.111 comma 6 Cost.¹³³

Lo stesso articolo 1 comma 1 all'ultimo periodo della lettera b recita poi che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali"

Aggiunge inoltre:

"Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma terapeutico individuale documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero".

La legge 81/2014 ha introdotto così due regole che mirano a rafforzare ulteriormente il principio di residualità imponendo un maggior onere nella motivazione dei provvedimenti di proroga della misura di sicurezza.

La prima regola riguarda l'obbligo di ogni Regione a prevedere programmi terapeutici ed è volta ad evitare che la permanenza in stato di internamento possa dipendere dalla loro mancata predisposizione cioè da una disfunzione dell'Amministrazione sanitaria regionale.

¹³¹A.Massaro, "Pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive nel processo di definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: la lettura della Corte Costituzionale con la sentenza n.186 del 2015", in http://www.archiviopenale.it 2015 n.2, pagg.14-16.

¹³²A.Pugiotto, op. citata, cap.7

¹³³F. Schiaffo, "La pericolosità sociale tra "sottigliezze empiriche" e "spessori normativi":La riforma di cui alla legge n.81/2014", in https://www.penalecontemporaneo.it/, pagg.21-22.

Ove la regola non fosse stata inserita il diverso grado di efficienza o tempestività amministrativa tra le varie Regioni avrebbe consentito ad alcune persone ristrette di cessare il ricovero, ad altre no. Ciò, con palese disparità di trattamento, non legata alla pericolosità sociale.

La seconda regola mira ad affermare che la permanenza nella struttura, da ritenersi tendenzialmente provvisoria, sia possibile solo in base a motivi espliciti e argomentabili.

Infine, l'articolo 1 c. 1-quater dispone che : "Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo".

La modifica mira a contrastare il sopra descritto fenomeno degli " ergastoli bianchi". La mancata previsione di un limite di durata massima portava con se' il rischio di infliggere "ergastoli senza un processo" in virtù di una valutazione di pericolosità sociale basata su di una operazione di natura meramente meccanica. 134

La fissazione del limite alla durata delle misura di sicurezza detentiva collegata alla pena edittale ha posto l'interrogativo se la modifica sia o meno compatibile con la distinzione tra pene e misure di sicurezza posta dall'art.25 commi 3 e 4 Cost. Viene infatti indicato, quale parametro per stabilire la durata dell'internamento, un indice relativo alla gravità del fatto, utilizzato per la commisurazione della pena. E' però da escludere ogni antinomia derivante dalla modifica in esame dal momento che il riferimento al massimo edittale della pena, rappresenta soltanto un parametro da valutare in astratto per determinare la durata massima della misura. Non v'è invece alcuna valenza "retributiva" nei confronti dell'incapace, evidentemente estranea alla natura di un istituto volto non a sanzionare, ma a prevenire la pericolosità sociale del soggetto che ne è destinatario. 135

L'innovazione ha tuttavia posto l'interrogativo sulla soluzione da adottare nel caso in cui, al raggiungimento della pena edittale massima per il reato commesso dall'incapace prosciolto e internato, quest'ultimo risulti ancora pericoloso.

Il tema riguarda soprattutto i casi di infermità mentale che non offrono margini di mutamento, di soggetti cioè irrecuperabili da un punto di vista medico, per i quali eventuali interventi riabilitativi non sono destinati al successo.

In questi casi la misura di sicurezza applicata assume di fatto il solo carattere di "contenimento del folle reo" ¹³⁶ attraverso un trattamento terapeutico senza prospettive di recupero.

Del resto, anche quanti avevano caldeggiato la fissazione di una durata massima della misura di sicurezza detentiva per i non imputabili ritenevano necessaria la previsione che il giudice, nei casi limite, potesse

¹³⁴A.Pugiotto, op.citata, par.10.

¹³⁵A.Pugiotto, op.citata, par. 9

¹³⁶A.Laurito, op.citata, pag. 262

derogarvi per non vanificare del tutto la connaturata funzione di difesa sociale e non privare il soggetto del supporto terapeutico necessario.

Al riguardo si sono manifestate divergenze tra i magistrati di sorveglianza ai quali, in sede applicativa, è demandata la decisione in proposito.

Per alcuni di essi, non è ipotizzabile alcuna altra e diversa forma limitativa della libertà in quanto per legge l'ormai ex-internato deve essere attratto nell'ambito dei presidi territoriali per la sua presa in carico.

Per altri, persistendo la pericolosità sociale dopo la scadenza della pena massima edittale, la soluzione viene individuata nella libertà vigilata.

Entrambe le soluzioni possono considerarsi ragionevoli, sebbene presentino potenziali controindicazioni: la liberazione incondizionata può dare luogo a pericoli per la collettività ed al rischio di abbandono per la persona interessata; la libertà vigilata lo espone a possibili violazioni delle sue condizioni, inducendo così il giudice ad inasprire la misura.¹³⁷

La modifica ha suscitato anche disorientamento per aver escluso il principio della durata massima nel caso in cui la fattispecie di reato commesso dall'incapace preveda come pena edittale l'ergastolo.

La disposizione ha così risolto il fenomeno degli "ergastoli bianchi", ma ha introdotto il fenomeno dei c.d. "ergastoli nascosti". Si pensi al seminfermo di mente condannato per il compimento di un reato sanzionato con la pena dell'ergastolo, che ad ogni modo non viene applicato in ragione della seminfermità che giustifica una pena diminuita. Una volta scontata la pena e poi internato in caso di pericolosità sociale, egli non beneficerà della garanzia della durata massima della misura. Mentre da "reo" ha modo di uscire dall'istituto penitenziario, da "folle" rischia invece di non uscire più dal luogo di custodia ove viene internato. ¹³⁸

Le riserve sugli effetti derivanti dall'applicazione di alcune delle disposizioni della norma in esame hanno indotto il Tribunale di Sorveglianza di Messina ad investire, con l'ordinanza del 16 luglio 2014, la Corte Costituzionale, che si è pronunciata su di essa con la sentenza n.186 del 2015.

4.5 La legge n. 81/2014 al vaglio della Corte costituzionale.

¹³⁷A.Pugiotto, op.citata, par. 9.

Il Tribunale di Sorveglianza di Messina ha sollevato, con ordinanza del 16.7.2014¹³⁹, questione di legittimità costituzionale dell'art.1 comma 1 della legge 81/2014 nella parte in cui stabilisce che: a) " *l'accertamento della pericolosità sociale è effettuata sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle condizioni di cui all'art.133 secondo comma, numero 4, del codice penale*" e che b) "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la mancanza di programmi terapeutici individuali". La sollevata questione di legittimità costituzionale nasce dalla vicenda riguardante una persona di nazionalità tunisina, condannata per tentato omicidio, con sentenza della Corte d'Appello di Palermo, alla pena di quattro anni e mesi otto di reclusione, con la diminuente di cui all'art. 89 c.p., perché ritenuto seminfermo di mente. Considerato socialmente pericoloso, gli era stata inoltre applicata la misura di sicurezza della Casa di cura e custodia per anni due.

Per la condotta tenuta sia nel corso della detenzione in carcere che durante l'internamento presso la Casa di cura e custodia di Barcellona Pozzo di Gotto, era stato ammesso al beneficio penitenziario del lavoro all'esterno ex art.21 O.P.

L'interessato aveva quindi chiesto al Magistrato di Sorveglianza la revoca anticipata della misura di sicurezza detentiva e, in via subordinata, l'eventuale applicazione della libertà vigilata in sostituzione della misura in atto. L'istanza era stata respinta, malgrado il parere favorevole della equipe della struttura, per l'assenza di un progetto riabilitativo che non era stato concretamente possibile predisporre per non essere l'interessato regolarmente residente nel territorio.

Egli aveva allora proposto appello al Tribunale di Sorveglianza di Messina. In questa sede veniva rilevata la questione di legittimità costituzionale per cui il Tribunale ordinava la trasmissione degli atti alla Corte Costituzionale, sospendendo il giudizio.

Secondo il Collegio remittente l'art. 1 della legge 81/2014 si rivela strutturalmente e concettualmente mancante del "necessario equilibrio, tra le esigenze di cura e di tutela della persona interessata e quelle di controllo della sua pericolosità sociale". Vengono pertanto dedotti plurimi motivi di incostituzionalità, quali violazioni degli art. 1,2,3,4,25,27,29,30,31,32,34,77 e 117 comma1.

La Corte Costituzionale dichiarava non fondata la questione. 140

In primo luogo, respingeva la censura circa la violazione dell'art.77 comma 2Cost. asserita poiché - sosteneva il Tribunale - "nell'ambito dell'iter legislativo della conversione di un decreto-legge che dispone la proroga del termine di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, non potrebbe ravvisarsi la necessità e l'urgenza di introdurre modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale, indirettamente stravolta dall'intervento riformatore, così spezzando il nesso di interrelazione funzionale e di sostanziale omogeneità tra decreto-legge e legge di conversione"

¹³⁹R.Bianchetti, "Sollevata questione di legittimità costituzionale in merito ai nuovi criteri di accertamento della pericolosità sociale del seminfermo di mente" in https://www.penalecontemporaneo.it, pagg 3 e segg.

¹⁴⁰Sentenza Corte Costituzionale n.186 depositata in data 23/7/2015, https://www.ristretti.it.

Secondo la Corte si tratta al contrario di emendamenti che "integrano l'originaria disposizione del decretolegge con un contenuto normativo del tutto omogeneo e, completando la disposizione, risultano ugualmente necessari e urgenti, anche se necessità e urgenza sono requisiti che riguardano le disposizioni del decreto e non i relativi emendamenti".

Anche le altre doglianze sono state considerate infondate.

La Corte desume dal tenore dell'ordinanza che il Tribunale di Sorveglianza consideri le disposizioni censurate come modificative della nozione stessa di pericolosità sociale quale categoria generale. Ad avviso della Corte tale presupposto interpretativo è però errato in quanto, diversamente, la norma riguarda il solo accertamento della pericolosità sociale ai fini del ricovero in Ospedale psichiatrico o in Casa di cura e custodia.

La disposizione in esame, per una corretta interpretazione, va articolata in due distinte fasi.

L'una, relativa al momento in cui il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza.

In tale fase egli valuterà la pericolosità sociale "nei modi generalmente previsti".

L'altra fase, successiva, è volta ad accertare che "ogni misura diversa (dal ricovero in ospedale psichiatrico o in casa di cura) non sia idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale".

E' solo a tale ultimo fine che il giudice deve valutare la pericolosità sociale senza tener conto delle condizioni di cui all'art.133 c.2 n.4 c.p.

Ne deriva, dalla lettura della motivazione, un sistema "bifasico" scandito da un doppio giudizio prognostico: una fase riguardante il giudizio (a base totale, cioè di tipo multifattoriale) sull' *an* circa la pericolosità sociale, l'altra relativa al giudizio (a base parziale, cioè monofattoriale) sul *quomodo* fronteggiarla¹⁴¹.

La norma non riguarda, dunque, la pericolosità sociale in generale per cui continuano ad essere utilizzate le modalità ordinariamente previste, ma quella in base alla quale il giudice individua come assolutamente necessaria e priva di alternative la misura di sicurezza del ricovero in un Ospedale psichiatrico giudiziario o in una Casa di cura e custodia.

Tale limitazione della base valutativa mira a ridurre l'adozione di misure estreme, circoscrivendole ai soli casi in cui siano rese necessarie dalle condizioni mentali della persona, senza tener conto delle situazioni di marginalità in cui verrebbe a trovarsi in caso di sue dimissione.

La prospettiva perseguita dal legislatore era infatti quella del superamento degli OPG sul presupposto della loro inadeguatezza terapeutica riscontrata in maniera eclatante dall'attività della più volte citata Commissione parlamentare.

Coerentemente con tale ottica di sfavore verso le suddette misure di sicurezza detentive, non poteva inoltre motivare il permanere in una siffatta condizione (quella dell'internamento in OPG) con la sola mancata predisposizione da parte delle Regioni di programmi terapeutici individuali. Si tratta infatti di fattori legati

¹⁴¹A.Massaro, "pericolosità sociale e misure di sicurezza detentive nel processo di definitivo superamento degli O.P.G: la lettura della Corte Costituzionale con la sentenza n.186 del 2015, in http://www.archiviopenale.it, pag.11.

non alle condizioni di salute della persona, ma ad eventuali inefficienze amministrative. Anche tale profilo di censura era dunque da ritenersi - secondo la Corte - immune da vizi di costituzionalità e coerente con l'obiettivo del superamento delle vecchie articolazioni entro cui la previsione si inseriva.

4.6 La delega alla modifica delle misure di sicurezza prevista dalla legge n.103/2017

La legge n.103/2017, c.d. "riforma Orlando", pubblicata in data 4 luglio 2017 recante "*Modifiche al codice penale, del codice di procedura penale e dell'ordinamento penitenziario*" delega, secondo quanto stabilito dall'art 1 comma 16 lettera c), il Governo ad adottare modifiche in tema di misure di sicurezza personali. Sono dunque escluse dalla riforma le misure di sicurezza non personali, quali la confisca e le misure

Sono dunque escluse dalla riforma le misure di sicurezza non personali, quali la confisca e le misure patrimoniali in genere.

Le misure invece considerate dalla legge di delega sono quelle della libertà vigilata e dell'espulsione dello straniero (tra le misure non detentive); quella della casa di lavoro, della colonia agricola, della comunità per i minori (ex riformatorio giudiziario) e quelle del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario o in Casa di cura e di custodia (tra le misure detentive).

La legge di delega n. 103/2017 costituisce una rilevante novità nel panorama legislativo in materia costituendo un passaggio ulteriore nel senso del superamento della logica manicomiale.

L'importanza dell'intervento legislativo assume ancor più rilievo se si pensa ai numerosi tentativi senza esito di una modifica a carattere organico che si sono succeduti in un lungo arco di tempo.¹⁴²

La legge di delega n.103/2017 ha inteso tener conto dei risultati degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale operanti negli anni 2015-2016, che ha dedicato il Tavolo 11 al tema delle misure di sicurezza.

La linea che la delega intende seguire non mira al superamento del sistema del c.d. doppio binario, pur se da più parti auspicato, ma al suo ridimensionamento, privilegiando misure con finalità riabilitative, implicanti il minor sacrificio possibile della libertà personale, senza peraltro trascurare le esigenze di difesa sociale. 143

La legge in esame è articolata in tre segmenti relativi rispettivamente ai soggetti imputabili, ai soggetti semiimputabili e non imputabili. Con riferimento ai soggetti imputabili è previsto che il regime del "doppio binario" venga limitato ai soli delitti gravi previsti dall'art 407 comma 2 lett a) c.p.p.

Per i soggetti semi-imputabili è prevista invece l'abolizione del doppio binario e l'introduzione di un trattamento sanzionatorio volto al superamento delle condizioni che hanno diminuito la capacità del soggetto, attraverso trattamenti terapeutici o riabilitativi e l'accesso a misure alternative, nel solco della sanitarizzazione delle misure.

¹⁴²⁻DDL Grossi ed altri Senatori del 1983; - Schema di DDL predisposto dalla Commissione Pagliaro del 1991; - DDL Riz ed altri Senatori del 1995; - DDL Corleone ed altri deputati del 1996; - DDL di proposta delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana del 1997; - Schema di DDL predisposto dalla Commissione Grosso del 2001; - Schema di DDL predisposto dalla Commissione Pisapia del 2008

¹⁴³G.L.Gatta, "Riforma Orlando: La delega in materia di misure di sicurezza personali verso un ridimensionamento del sistema del doppio binario" in https://www.penalecontemporaneo.it

Per quanto poi riguarda i soggetti non imputabili i criteri indicati confermano l'orientamento della prevalenza della loro cura in strutture poste al di fuori del circuito carcerario, quali sono le REMS.

La lettera d) del medesimo articolo sembra, invero, inaspettatamente in controtendenza rispetto alla originaria concezione delle REMS quali strutture destinate *esclusivamente* alla restrizione di soggetti incapaci, riservando per la salute mentale delle persone detenute i servizi psichiatrici intramurari, adeguatamente potenziati e raccordati con i DD.SS.MM¹⁴⁴. Infatti, la previsione legislativa è nel senso di destinare alle REMS *prioritariamente* i soggetti per i quali "sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale". E' però prevista anche l'eventuale destinazione dei "soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena 'degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinate non siano idonee, di fatto, a garantire trattamenti terapeutico riabilitativi, con riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti e nel pieno rispetto dell'articolo 32 della Costituzione". Tale prospettiva ha suscitato grandi perplessità per il rischio che possa determinare fenomeni di sovraffollamento delle REMS, concepite di dimensioni volutamente ridotte (massimo 20 posti), per assicurarne una più agevole conduzione con prevalente finalità terapeutica ed accentuarne la differenza con gli OPG, faticosamente superati. 145

La delega indica, inoltre, al Governo di riconsiderare la condizione di "infermità", da valutarsi tenendo conto anche dei disturbi della personalità, recependo quanto già affermato in sede giurisprudenziale a partire dalla c.d sentenza "Raso". ¹⁴⁶ Infine, ha anche posto, quale criterio per il legislatore delegato, quello di prevedere il divieto di applicabilità di misure di sicurezza personali per fatti che al momento della loro commissione non erano previsti come reato, così da circoscrivere l'ambito di applicazione delle misure di sicurezza rispetto al tempo.

Nessuna delega, invece, è indicata per risolvere l'incerto caso se sia applicabile una misura di sicurezza prevista da una legge successiva al tempo della commissione di un fatto già allora sanzionato quale reato. Problematica la cui soluzione non è invece pacifica. ¹⁴⁷

¹⁴⁴ In base all'Accordo raggiunto nella Conferenza Unificata del 13.10.2011, Allegato A, era previsto che "Ogni regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DD.SS.MM., programmi, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, ed attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli istituti penitenziari del proprio territorio una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli istituti del territorio di competenza, un'idonea articolazione del servizio assicurando l'espletamento delle osservazioni negli Istituti ordinari per l'accertamento delle infermità psichiche".

¹⁴⁵ Sulle caratteristiche strutturali delle REMS il Decreto del Ministro della Salute di concerto con Il Ministero della Giustizia del 1 ottobre 2012, Allegato A.

¹⁴⁶Corte di Cassazione, Sentenza SS.UU n.9163 del 25/1/2005

¹⁴⁷G.L.Gatta, op.citata, ibidem.

4.7 Dopo gli OPG: storia di una "triste" istituzione

Dopo molteplici rinvii e diffusa diffidenza sull'effettiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani, il termine da ultimo fissato dalla legge 81/2014 (il 31 marzo del 2015) è stato infine osservato.

E' vero che anche dopo tale data erano rimaste nelle strutture poche persone ristrette la cui posizione era in attesa di definizione ma anche tali isolate situazioni sono ormai superate ed il nuovo assetto può dirsi avviato.

E' stato osservato che nel momento in cui si decide il superamento di una istituzione "è necessario ritornare alle origini per comprendere a quali bisogni avrebbe dovuto rispondere e le opzioni alternative che erano state considerate e scartate". Lo scopo è quello di inserire la riforma in una prospettiva di più ampio respiro.

Ripercorrendo perciò la storia degli Ospedali psichiatrici italiani, sino alla loro chiusura, si coglie il clima culturale che ne vide l'origine.

Il dibattito che contorna la nascita di una istituzione destinata ad accogliere soggetti "troppo malati per il carcere, troppo abili al crimine per il manicomio e perciò non pienamente idonei né all'uno né all'altro" ¹⁴⁹ si sviluppò in particolare nella seconda metà dell'ottocento.

La problematica di individuare un luogo ove custodire e curare soggetti autori di reato affetti da malattia mentale, preesistente alla commissione del fatto di reato o contratta dopo, era comune a molti Paesi, che lo avevano affrontato ben prima dell'Italia, divenuto stato unitario solo nel 1861.

Invero, un trattamento differenziato nei confronti del "folle reo" e del "reo folle", in termini di riduzione od esclusione della pena, era già presente nei codici penali preunitari e nel codice penale napoleonico del 1810, che ebbe vigore nelle Regioni italiane oggetto delle campagne militari dell'Imperatore francese. Numerosi sono stati i richiami nel corso del dibattito italiano alle esperienze di altri Paesi, quali la Gran Bretagna (ove la discussione risaliva alla fine del settecento), gli Stati Uniti, la Danimarca e la Francia.

In particolare, nel corso del II Congresso di Freniatria, tenutosi ad Aversa nel settembre del 1877, Gaspare Virgilio, direttore di quello che fu il primo manicomio giudiziario istituito proprio nella cittadina campana, ricordò le più significative esperienze internazionali.

In primo luogo, quella dell'Inghilterra ove nel 1786, fu istituita nell'asilo di Bedlam la prima sezione destinata ad accogliere persone che avessero commesso un delitto in stato di pazzia. Furono poi aperte altre strutture a tal fine, destinate ad accogliere inizialmente solo i folli-rei. Soltanto successivamente fu contemplata anche la presenza di soggetti rei-folli e con il *Trial of lunatics act* del 1885 vennero destinati alle nuove sezioni coloro i quali avessero dato segni di pazzia nel corso della detenzione. Si è trattato, come si vedrà, di un percorso opposto a quello che sarà seguito in Italia.

¹⁴⁸P.F.Peloso-F.Paolella, "Il policlinico della violenza -Storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani" a cura di G.Grassi-C.Bombardieri,Ed.FrancoAngeli, 2016, pag.15

¹⁴⁹P.F.Peloso-F.Paolella, op.citata,pag 16.

E' proprio in Inghilterra che si registrò il primo esempio di struttura ospedaliera psichiatrica di sicurezza, istituita a Broadmoore nel 1872, peraltro ancora in funzione, ove è esclusa la presenza di personale penitenziario. Sempre la stessa Nazione fu la prima in Europa ad aver trasferito la sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale.¹⁵⁰

Nel nostro Paese, sotto l'influsso del positivismo si manifestò la tendenza a considerare il reato non come fatto "privato", da valutare sotto il profilo della responsabilità personale, ma come fenomeno sociale da considerarsi sotto il profilo della tutela della comunità, a prescindere dalla responsabilità.

I due diversi approcci caratterizzarono, il primo, la c.d. Scuola classica del diritto penale, il cui principale esponente fu Francesco Carrara, il secondo, la Scuola positiva, sulle orme dello psichiatra Cesare Lombroso e dei giuristi Raffaele Garofalo ed Enrico Ferri.

Nel campo della psichiatria tale periodo coincise con il passaggio da una fase di c.d. "ottimismo terapeutico", riferibile agli psichiatri francesi Pinel e Esquirol, ad una di c.d. "pessimismo custodialistico" riconducibile agli psichiatri Benedicte Morel e Valentin Magnan.

Prese corpo in questo clima culturale la necessità di istituire un luogo "che fosse a un tempo carcere e manicomio". L'anno che viene indicato come quello dell'inizio della storia dei manicomi giudiziari in Italia è il 1872 che coincise con la pubblicazione dell'opera del Lombroso: "L'uomo delinquente" e con l'adozione d'una circolare del Ministero dell'Interno ai direttori dei "manicomi pubblici" e dei "bagni penali" per acquisire pareri su come allestire locali da destinare alla cura di "delinquenti alienati o furiosi o melanconici o idioti o affetti da altre malattie atte a intaccare le facoltà mentali", ¹⁵¹autori di reati.

La riposta fu pressoché unanime nel ritenere necessaria la separazione di tali categorie di individui dagli altri soggetti detenuti e dagli altri ricoverati nei manicomi ordinari e la destinazione degli stessi ad apposite strutture. Si tratta infatti di soggetti la cui posizione presenta profili peculiari poiché necessitano contestualmente di cura e custodia, di tal che se la libertà rappresenta un rischio, d'altra parte il carcere rappresenta una punizione eccessiva evidentemente inadeguata a provvedere alla cura dei soggetti interessati.

In una prima fase il dibattito tra giuristi e psichiatri sulla necessità di prevedere tali strutture non coinvolse la classe politica e l'attività del Parlamento.

In tale situazione di mancanza di interventi legislativi, provvide una disposizione amministrativa del 20 settembre 1876, riconducibile all'allora Direttore generale delle Carceri presso il Ministero dell'Interno, Martino Beltrami Scalia, ad istituire una "Sezione per Maniaci" in seno alla "Casa penale per invalidi di San Francesco" di Aversa. Ad essa furono assegnati diciannove soggetti che avevano presentato sintomi di pazzia in carcere. Allora in Italia si pose particolare attenzione sulla posizione del reo folle, seguendo, coma

¹⁵⁰Angelo Fioritti, attualmente Direttore sanitario della AUSL di Bologna e già Direttore del DSM di Bologna, in "*Tra cura e sicurezza. Intervista ad Angelo Fioritti*", pubblicata nel volume "*Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici*" a cura di P.Pellegrini, Ed.Franco Angeli, 2015,pag.14.

¹⁵¹P.F.Peloso-F.Paolella, op citata, pag 25.

anticipato, una prospettiva opposta all'esperienza inglese. Dopo quella di Aversa furono aperti altri due siti, di fatto manicomi criminali, ma formalmente sezioni carcerarie, a Montelupo Fiorentino ed a Reggio Emilia, sempre in base a provvedimenti amministrativi.

Fu il "Regolamento generale per gli stabilimenti carcerari e per i riformatori governativi del Regno", approvato con Regio decreto n.260 del 1 febbraio 1891, recante "Disposizioni speciali per i manicomi giudiziari" a rappresentare il primo atto normativo a carattere generale che fece menzione di tali articolazioni. Si deve notare che la prima denominazione ufficiale delle strutture in esame fu quella di "manicomio giudiziario" e non di "manicomio criminale", che invece comparirà nella c.d. legge Giolitti di riforma psichiatrica del 1904, per poi essere nuovamente mutata nella precedente dal codice Rocco.

Il successivo passaggio normativo rilevante nell'evoluzione dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica in Italia fu, per l'appunto, la appena citata legge n.36 del 14 febbraio 1904, la c.d. legge Giolitti.

Questa previde che fossero assegnati ai manicomi criminali soltanto i soggetti autori di reato affetti da malattia mentale acquisita (rei folli) e non anche le persone prosciolte per infermità di mente (folli rei), che venivano invece affidate ai manicomi civili, costretti conseguentemente ad organizzarsi con apposite sezioni costituenti dei veri e propri "manicomi nei manicomi", per evitare inopportune promiscuità con i malati comuni.

La soluzione normativa, basata sulla prospettiva di dare priorità a coloro i quali divenissero "pazzi" in carcere, fu insistentemente avversata dai più noti psichiatri del momento. Tanto che, tre anni dopo, lo stesso Giolitti, in un intervento alla Camera il 13 marzo 1907, ammise, anche per gli autori di reato prosciolti per infermità mentale/pericolosi, la necessità del ricovero in manicomio criminale. La disciplina comunque non cambiò sino all'entrata in vigore del Codice Rocco.

Nei primi decenni del 900 si affacciarono per altro inquietanti idee estreme, ispirate a visioni "darvinistiche", anticipatorie di ideologie eugenetiche e di difesa della razza, relative ai malati di mente incurabili per i quali - si sosteneva - sarebbe stato necessario prevedere delle apposite colonie ove custodire persone in uno stato primitivo (teratocomio). In tale senso, le dichiarazioni rese nel 1917 dal direttore del manicomio criminale di Aversa, Filippo Saporito. 152

Sul piano legislativo l'evento di maggior rilievo, per la sua portata innovativa e per gli effetti sulla disciplina, fu il Codice Rocco del 1930, in sostituzione del codice Zanardelli del 1889, che aveva ignorato il tema.

Il nuovo codice instaurò il sistema c.d. del "doppio binario" : quello della pena sul presupposto della commissione del fatto nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali e quello della misura di sicurezza per i soggetti socialmente pericolosi, imputabili e non. Secondo tale sistema, al soggetto imputabile viene comminata la pena stabilita in virtù della colpevolezza e, se anche socialmente pericoloso, la misura di sicurezza. Alle persone incapaci e perciò non imputabili e prosciolte, viene invece applicata una misura di

¹⁵²G.Grassi, "Un manicomio speciale. Gli OPG dalla legge Giolitti al 2015" in "il Policlinico della violenza", op.citata, pag.80

sicurezza detentiva in presenza di accertata pericolosità sociale. E' anche prevista, come condizione intermedia, l'ipotesi di seminfermità nel caso in cui l'autore del reato abbia agito in condizioni di capacità di intendere e di volere grandemente scemata, ma non del tutto assente. In tal caso è prevista una condanna a pena ridotta e, in presenza di pericolosità sociale, l'applicazione anche d'una misura di sicurezza detentiva. Elemento di novità, unico in Europa, era che il sistema penale acquistava competenza sulle persone prosciolte per infermità mentale, le quali (se socialmente pericolose) non venivano poste al di fuori del circuito carcerario, ma collocate in un sottosistema di esso relativo alla gestione delle misure di sicurezza. ¹⁵³ Venne, infine, modificata la legge Giolitti, prevedendo il ricovero nel manicomio giudiziario non solo per i rei folli, ma anche per i folli rei ed ampliando dunque il novero dei soggetti che vi avevano accesso.

Nel 1939 il Governo fascista aprì il manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere, gestito dall'Amministrazione penitenziaria non in maniera diretta, ma tramite una convenzione con l'Amministrazione degli Istituti Ospedalieri. Ciò conferì a tale struttura una tratto distintivo, vale a dire una più spiccata attenzione per il profilo terapeutico. Era difatti dotato solo di personale sanitario, il che consentiva di respirare un clima più simile a quello dei manicomi civili, sebbene il profilo prioritario permanesse quello di natura custodialistica.

Nel secondo dopoguerra si registra una lunga fase in cui la psichiatria italiana fu poco capace di rinnovarsi e seguire gli orientamenti delineatesi nel panorama internazionale, propenso a soluzioni aperte al territorio.

L'istituzione manicomiale venne fortemente criticata. Ne vennero denunciati abusi e scandali di forte impatto mediatico ed emersero le condizioni di arretratezza ed i trattamenti disumani cui erano sottoposti gli internati.

Il primo sintomo di una certo "risveglio" è data dalla legge Mariotti n.431 del 1968 che istituì servizi psichiatrici territoriali denominati Centri di Salute Mentale e consentì la possibilità per il giudice, oltre che decidere se revocare o prorogare la misura di sicurezza, di disporre il passaggio volontario (previa richiesta del paziente) dal manicomio giudiziario all'ospedale psichiatrico civile.

E' del 1975 la legge 354 sull'Ordinamento penitenziario, che cancellò la denominazione di manicomio giudiziari mutandola in quella di ospedale psichiatrico giudiziario, ma non entrò nel merito della funzioni della istituzione. Aspetti di rilievo sono contenuti nel suo regolamento di esecuzione del 1976 (poi sostituito dopo molti anni dal vigente DPR 30.6.2000 n.230) che conteneva riferimenti a convenzioni con gli ospedali psichiatrici civili, di fatto però attuatesi in maniera infruttuosa.

Neanche la legge 180/1978 (c.d. legge "Basaglia"), pur nella sua portata epocale per l'affermazione di una psichiatria senza manicomi, ebbe riflessi sugli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Si dovrà attendere il d.lgs 230 del 1999, sul trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, ma soprattutto il DPCM 1 aprile 2008, per registrare l'avvio del lungo cammino verso il superamento, poi avvenuto, degli OPG.

¹⁵³G.Grassi, op. citata, pag. 86-87.

Per un lungo lasso di tempo, dunque, non vi sono stati interventi legislativi specifici ¹⁵⁴ed è stata invece rilevante l'azione della Corte Costituzionale, con interpretazioni che hanno consentito parziali adeguamenti del Codice Rocco al dettato costituzionale. In tale ambito si ricordano la sentenza n.110 del 1974 sulla possibilità di revocare la misura di sicurezza prima del decorso della durata minima fissata per la medesima; la sentenza n.139 del 1983; la n.235 del 2003 e la sentenza n.367 del 2004.

Il periodo dal 2008 al 2015 racchiude, infine, il percorso normativo ed organizzativo di superamento degli OPG., tracciato nei paragrafi precedenti. Interessante in questa sede delineare un quadro della situazione degli OPG alla vigilia dell'avvio della riforma per la loro chiusura.

Nelle sei strutture presenti sul territorio erano ricoverati soggetti che presentavano posizioni giuridiche differenti quali : -internati prosciolti per infermità mentale socialmente pericolosi (art. 222 c.p); -internati la cui infermità mentale era sopravvenuta durante l'esecuzione di altre misure di sicurezza detentive (art. 212 c.p.); -internati provvisori in quanto in attesa di giudizio (art. 206 c.p.); -detenuti condannati la cui infermità sia sopravvenuta durante la esecuzione della pena (art. 148 c.p.) e minorati psichici (art. 111 reg.esec.o.p.); -detenuti provenienti da istituti di pena in osservazione per un periodo non superiore a 30 giorni, per l'accertamento dell'infermità psichica (art. 112, c.2, reg.esec.o.p.).

Le strutture, tutte di competenze del Ministero della Giustizia, erano affidate alla direzione di un medico psichiatra che rispondeva al dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria. Come riscontrato nel c.d." periodo nero" degli anni 70, il profilo preminente, se non l'unico esistente, era quello custodiale che assorbiva quello sanitario-riabilitativo. Sussisteva, come negli istituti, il fenomeno del sovraffollamento, il numero dei pazienti in data 31.10.2008 era di 1438, un dato eccessivo rispetto alla capienza delle strutture. Le condizioni igieniche apparivano inadeguate, come inadeguata appariva la dotazione di personale sanitario competente, con evidente pregiudizio della finalità cui la struttura intendeva assolvere. E' in questo contesto che matura l'esigenza di superamento della logica manicomiale a fondamento degli OPG.

4.8 Il primo biennio di vita delle REMS: risultati, criticità, prospettive

Alla data del 17 febbraio 2017 risultavano chiusi cinque OPG sui sei che componevano il sistema. Restava ancora aperto solo quello di Barcellona Pozzo di Gotto per la presenza di sei persone delle quali era programmato il trasferimento nella REMS di Caltagirone non oltre il 15 maggio 2017. Risultavano inoltre aperte 30 REMS per un totale di 604 posti. ¹⁵⁵

Malgrado un avvio, faticoso gli obbiettivi della riforma costituiscono una rivoluzione culturale e sociale di enorme rilievo. Come già affermato in precedenza le REMS sono strutture esterne al circuito carcerario ad

¹⁵⁴ Va a questo proposito segnalato il disegno di legge Ossicini del 14.2.1975 che già allora prevedeva l'abolizione degli OPG e la loro sostituzione con appositi reparti degli ospedali psichiatrici ordinari.

¹⁵⁵F.Corleone, "Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal commissario unico per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari". Il periodo di riferimento è : 19 agosto 2016-19 febbraio 2017.

esclusiva gestione sanitaria ove la dimensione prevalente è quella terapeutico-riabilitativa. Di notevole importanza è l'aspetto dimensionale, dal momento che un numero massimo limitato di degenti certamente agevola la riabilitazione, costituendo uno spartiacque tra una struttura di tipo manicomiale ed una residenza psichiatrica.

L'idea della riforma è quella di creare piccole comunità terapeutiche, di una ventina di persone, di tipo parafamiliare che faciliti il rapporto con l'operatore e l'individualizzazione del trattamento.

E' inoltre molto significativa la totale assenza di personale penitenziario sia per i servizi di sicurezza e vigilanza interna, sia per la sicurezza e la vigilanza esterna, per le quali le Regioni provvedono, ove occorra, a stipulare convenzioni con le Prefetture.

La Polizia penitenziaria interviene solo per i trasferimenti dagli istituti penitenziari alle REMS e per i soli servizi di piantonamento del soggetto internato in caso di suo ricovero presso strutture ospedaliere esterne del SSN.

Altro elemento di forte discontinuità con il passato è data dalla temporaneità della misura detentiva, che conferisce alle REMS natura di luogo di permanenza transitoria, oltre ad essere una destinazione assolutamente residuale.

Né va trascurata, la circostanza che all'interno delle REMS non dovrebbero trovare attuazione le disposizioni dell'Ordinamento penitenziario, anche se tale profilo è motivo di incertezza.

E' vero che nell'Accordo raggiunto in sede di Conferenza Unificata del 22.2.2015 si fa riferimento al fatto che i diritti delle persone internate negli scomparsi OPG "sono disciplinati dalla normativa penitenziaria", ma tale inciso dovrebbe essere interpretato nel senso dell'applicabilità, alle persone ricoverate nelle REMS, delle sole disposizioni produttive di effetti in bonam partem. Tra queste ultime le disposizioni di cui agli artt.35 bis e 35 ter O.P., con esclusione delle disposizioni di natura custodiale.

Le innovazioni ora enucleate in tema di trattamento del folle reo, stanti le profonde differenze sussistenti, sembra possano superare i timori di una involuzione delle REMS nel senso di un ritorno di fatto a piccoli OPG. Si tratta certo di una situazione da monitorare anche alla luce della legge delega 103/2017. Costituisce certamente un parametro da valutare, al fine di evitare una regressione nel senso prima prospettato, quello dei soggetti destinati alle nuove strutture. L'auspicio è quello di affidare alle "Residenze" soltanto coloro i quali siano risultati in via definitiva affetti da patologie psichiatriche al momento della commissione del reato se ritenuti socialmente pericolosi. In tal senso è l'orientamento della relazione Corleone.

Per conseguire tale risultato deve essere assicurato il potenziamento delle strutture di tutela di salute mentale previste all'interno degli Istituti penitenziari (art.65 O.P.; artt.111 e 112 del DPR 230 del 2000), come il disegno per il superamento degli OPG contemplava.

Per assicurare un proficuo sviluppo delle REMS e non ricreare situazioni negative già riscontrate negli OPG, è infatti necessario evitare l'eterogeneità delle categorie di pazienti presenti.

L'esigenza è dettata dalla considerazione che una eventuale commistione darebbe luogo ad una vistosa accentuazione di esigenze custodiali, che, in strutture per loro natura piccole, verrebbe avvertito in modo

particolarmente intenso dagli altri pazienti. Ciò in contrasto con lo scopo di evitare turbamenti emotivi nel corso dei trattamenti terapeutici in svolgimento.

Si pensi, a titolo di esempio, alle necessità organizzative, anche dal punto di vista della sicurezza, in caso di perizia psichiatrica nei confronti di soggetti imputati o condannati, appartenenti ad organizzazioni criminose. Al riguardo non ha però trovato accoglimento l'emendamento n. 12.122 al D.D.L n.2067 della senatrice De Biasi ed altri, orientato in tale prospettiva, con il quale si prevedeva: "l'accesso alle REMS delle sole persone per le quali sia stata accertata in via definitiva lo stato di infermità al momento della commissione del fatto, da cui derivi il giudizio di pericolosità sociale e il conseguente bisogno di cure psichiatriche; l'esclusione dell'accesso alla REMS dei soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena ,degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisoria e di tutti coloro per i quali ancora occorra accertare le relative condizioni psichiche". Al contrario il testo della legge n.103/2017 art.1 comma 16 lettera d) prevede, come già evidenziato, che l'accesso alle REMS sia previsto prioritariamente (e non, come indicato nell'emendamento, solo) per i soggetti per i quali sia stato accertato in via definitiva lo stato di infermità.

Tale soluzione adottata dal legislatore è stata considerata una sorta di preoccupante *revirement* in grado di compromettere l'esito del complesso processo di superamento degli OPG, finalmente realizzato.

Fra gli altri nodi rilevanti che hanno riguardo la materia v'è il rispetto della "territorialità", che costituisce il principio cardine in tema di assegnazioni e trasferimenti, coerentemente alla esigenza di agevolare il perpetuarsi dei legami della persona internata con il suo retroterra familiare e ambientale. A questo proposito alla data della ultima relazione del "Commissario Unico" il numero dei soggetti internati fuori Regione è pari a sole 16 unità, alcune delle quali alla fine del percorso terapeutico.

Molto contenuto è il numero delle donne, inferiore al 10 % delle presenze complessive e con rischio di emarginazione. Le strutture attive non sono tutte definitive.

Una riflessione si pone sulla sorte dei pazienti al termine della misura senza fissa dimora.

Dà luogo, inoltre, a criticità il numero delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite per mancanza di posti letto. Infatti, il soggetto destinatario della misura di sicurezza, in attesa che si creino le condizioni per la sua esecuzione, resta in carcere se era stato arrestato oppure in libertà, ma comunque in una condizione contrastante con la duplice finalità della misura stessa.

Non viene assicurata né la difesa della collettività, né l'avvio dei trattamenti terapeutici di cui la persona ha bisogno.

Il dato relativo alle lunghe "liste di attesa" dimostra una notevole pressione sulle REMS, con il rischio di sovraffollamento e di una attenuazione del carattere residuale e di *extrema ratio* della misura. Ingenerando l'interrogativo se siano state esplorate possibili soluzioni meno afflittive o se non prevalgano valutazioni eccessivamente prudenziali. ¹⁵⁶

¹⁵⁶M.Miravalle, "La fine di una storia e il futuro incerto"in www.antigone.it

Anche il numero delle persone presenti nelle "Residenze" per misure di sicurezza provvisorie (pari a 215, cioè oltre il 37% del totale) ne contraddice la natura che imporrebbe il ricovero solo di soggetti sottoposti a misure di sicurezza definitive. Ciò per consentire l'avvio di trattamenti terapeutico-riabilitativi mirati e basati su una diagnosi formulata nei confronti di soggetti la cui valutazione psichiatrica e posizione giuridica siano stabilizzate.

Il mancato potenziamento dei servizi di salute mentale all'interno degli istituti penitenziari, che avrebbe dovuto fare da necessario *pendant* per fronteggiare le esigenze di tutte le categorie di soggetti con problemi psichiatrici non destinati alle REMS, fa temere che il loro possibile affidamento a queste ultime possa diventare né sporadico né eccezionale.

I notevoli problemi anche pratici, posti dall'adozione di misure di sicurezza provvisorie e dalle difficoltà di dare immediata attuazione alle misure in attesa di esecuzione hanno trovato viva attenzione anche da parte del Consiglio Superiore della Magistratura.¹⁵⁷

Dai dati suesposti emerge, dunque, la persistenza di alcuni aspetti problematici nello sviluppo del progetto che ha portato al definitivo superamento degli OPG.

Tuttavia, non può non darsi atto di un notevole sforzo, tuttora in progressiva evoluzione, nella predisposizione di trenta Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, distribuite sul territorio nazionale (anche se non di rado con sistemazioni logistiche non ancora definitive).

La prospettiva dunque deve essere ispirata a costruttivo ottimismo e non mancano esempi virtuosi che lo giustificano.

Il riferimento è in particolare alla REMS di Bologna "Casa degli Svizzeri" il cui Dirigente sanitario, in risposta alla domanda su quale valutazione ritenesse di formulare sul nuovo assetto e sulle prospettive, ha affermato: "La prima sensazione a due anni dalla chiusura degli OPG non può che essere positiva. Sono stati definitivamente chiusi luoghi che di terapeutico avevano ben poco e le REMS stanno sempre più connotandosi come strutture di riabilitazione intensiva all'interno del Dipartimento di salute mentale ed a stretto contatto con le altre articolazioni dei DD.SS.MM. Questo consente di formulare dei progetti terapeutici-riabilitativi individualizzati in collaborazione con i Centri di salute mentale e predisporre

¹⁵⁷Il C.S.M. nella delibera del 19.4.2017 recante "Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione penale esterna, di cui alla legge 81 del 2014" ha dedicato il paragrafo 6 al tema delle misure di sicurezza provvisorie per sottolinearne la problematicità, evidenziando come esse "irrogate allo stato degli atti e con una conoscenza limitata della storia personale e del profilo di salute dell'imputato ne determinino l'attrazione nel circuito delle misure di sicurezza detentive, e quindi nella REMS, che non può presentare le caratteristiche idonee al recupero ed alla cura del suo stato psicofisico. Inoltre il ricovero provvisorio ex art.206 c.p., prelude, in genere, ad una permanenza non breve nella struttura giacché i sanitari, verosimilmente, devono prendere i primi contatti con l'imputato, inviato nella residenza spesso senza poter contare su un piano terapeutico individuale o su un progetto di cura e ricovery organicamente delineato. A ciò deve aggiungersi che, come spesso denunciato dai responsabili e dagli operatori delle strutture, il successo dei piani terapeutici dei ricoverati a titolo definitivo richiede un percorso di riabilitazione lento ed equilibrato in un contesto emotivamente stabile, ordinato e armonico.

L'inserimento spesso improvviso di soggetti affetti da disturbi in fase acuta - tale da giustificare l'adozione di un misura di sicurezza - in una ristretta comunità di degenti ha talvolta l'effetto di farne saltare gli equilibri consolidati, così nocendo al progresso del loro cammino terapeutico.

Sotto il profilo pratico, poi, come si è visto l'utilizzazione delle REMS per l'esecuzione di misure di sicurezza provvisorie costituisce il principale motivo di insufficienza dei posti disponibili, con la creazione di consistenti liste di attesa"

efficace continuità di trattamento per il post-REMS. Come ogni innovazione di così ampia portata, il processo richiederà tempo, ma le premesse sono incoraggianti". ¹⁵⁸

Emerge chiaramente una piena condivisione del progetto e la fiducia che la istituzione delle REMS sia stata la soluzione giusta ed efficace per il necessario superamento degli OPG. Ed in effetti le REMS realizzano l'intento di porsi idealmente nel solco della legge Basaglia distaccandosi dalla logica della segregazione manicomiale. 159

Del resto costituisce indice significativo degli incoraggianti risultati raggiunti la circostanza che, a fronte della presenza al 17 febbraio 2017, di n.569 pazienti, gli OPG hanno sempre ospitato 1000/1500 ricoverati in media (1282 alla data del1 marzo 2001).¹⁶⁰

Non viene taciuto dal Dirigente il timore già prospettato che la ampia tipologia di pazienti destinabili alle REMS possa snaturane il principio ispiratore e che l'elevato numero delle misure di sicurezza in attesa di essere eseguite (8 su 14 posti a Bologna, circa 300 a livello nazionale) sia forse attribuibile ad un numero inadeguato di posti o forse dovuto ad un uso, da parte della magistratura di cognizione, non sempre aderente al principio di assoluta residualità, esclusa ogni altra misura. Resta tuttavia, al di là di aspetti perfettibili e di criticità superabili, la incoraggiante valutazione positiva e la fiduciosa volontà di perseverare nel cammino intrapreso.

4.9 La tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari

L'importanza della salute mentale negli Istituti penitenziari è di particolare risalto oltre che per la drammaticità della condizione anche per l'ampiezza del fenomeno. In Italia la percentuale di detenuti con disagio psichiatrico è superiore rispetto a quella della popolazione in generale anche in considerazione del fatto che la popolazione in stato di restrizione rivela spesso, ancora prima dell'ingresso, uno stato di salute peggiore di quello della popolazione generale. A ciò si aggiunge che la condizione detentiva costituisce una situazione che non di rado favorisce il manifestarsi di sofferenze latenti e sopravvenute.

La coattiva privazione della libertà è di per sé una esperienza di forte impatto emotivo in grado di determinare uno stato di profonda prostrazione, tale da provocare il rischio di " perdita di senso" e di smarrimento della propria identità personale. La malattia mentale può assumere anche forme molto gravi e sfociare in gesti autolesionistici o suicidari.

Il rischio di suicidio costituisce infatti un fattore primario di allarme. E' pertanto necessario predisporre programmi che assicurino ai soggetti bisognosi un adeguato sostegno psichiatrico e psicologico e programmi di riabilitazione tesi al reinserimento nel contesto sociale, grazie alla interazione con i servizi regionali.

¹⁵⁸ Il contributo del Dirigente sanitario REMS di Bologna è allegato in appendice alla tesi.

¹⁵⁹F.Corleone, op.citata, pag 8

¹⁶⁰ V. Andreoli, "Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari", op.citata, pag 17.

A questo fine, nel disegno complessivo finalizzato al superamento degli OPG, oltre all'istituzione delle REMS, è prefigurato un potenziamento del ruolo delle apposite "sezioni di salute mentale degli istituti penitenziari" poi denominate Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM).

Si tratta di sezioni di diretta responsabilità di personale riconducibile all'area psichiatrica, destinate al trattamento sanitario di detenuti (in via definitiva o cautelare) che versino in una condizione di infermità o minorazione psichica, non compatibile con la detenzione in sezioni ordinarie.

In specie, ci si riferisce ad imputati o condannati che durante la detenzione sviluppino una patologia psichiatrica, a condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente (art.111 c.7 D.P.R 230/2000) ¹⁶¹ ed a detenuti od internati, la cui condizione psichica debba essere posta sotto osservazione nelle apposite sezioni, dette appunto "sezioni osservandi", per una durata non superiore a 30 giorni. (art.112 D.P.R 230/2000).

Le "sezioni speciali" per soggetti affetti da infermità fisica o psichica sono previste dall'art.65 dell'O.P., dal DPCM del 1 aprile 2008 e dagli Accordi raggiunti in sede di Conferenza Unificata, come quello n.95/CU del 13.10.2011 e quello n.17/CU del 26 febbraio 2015.

Sul piano internazionale sono previste, invece, dalle *Regole penitenziarie europee* n.46 e 47, che stabiliscono l'assegnazione ad Istituti o sezioni specializzate per i detenuti "malati che hanno necessità di cure specialistiche" e per quelli "affetti da disturbi od anormalità mentali". In particolare, l'Accordo C.U. 95/2011, sottolineava nell'Allegato A) che "il successo del programma (di superamento) specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena e in particolare con l'attivazione, all'interno degli istituti, di specifiche sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati con infermità psichiche sopravvenute nel corso della misura detentiva, nonché ai soggetti condannati a pena diminuita per vizi parziali di mente".

Lo stesso Accordo prevedeva che ogni Regione, attraverso il proprio Dipartimento di salute mentale, in accordo con l'Amministrazione penitenziaria, avrebbe, entro il 30 giugno 2012, attivato in almeno uno dei penitenziari del proprio territorio, "una specifica sezione", ai fini dell'implementazione della tutela della salute mentale delle persone ristrette.

Può ritenersi, al di là delle denominazioni, che le specifiche sezioni per la salute mentale delle persone ristrette, previste dal citato "Accordo" siano quelle poi indicate come Articolazioni per la tutela della salute mentale e che queste coincidano con le sezioni speciali cui fanno riferimento gli artt.65 O.P. e 111 reg.esec.o.p.

Nonostante le previsioni e la consapevolezza dell'importanza del disagio mentale la rete delle articolazioni di salute mentale non risulta potenziata in misura adeguata e diffusa. Si constata, almeno ad oggi, l'assenza di una valida alternativa intramuraria alle REMS.

¹⁶¹L'articolo citato al suo c.7 recita che "I soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente per l'esecuzione della pena possono essere assegnati agli istituti o sezioni per soggetti affetti da infermità o minorazioni psichiche quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Gli stessi, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi".

La conseguenza è stata che la citata legge n.103 del 2017, contenente la delega in materia di esecuzione delle misure di sicurezza, non ha previsto, come auspicato, la destinazione alle "Residenze" *esclusivamente* dei soggetti prosciolti per infermità di mente.

In tal modo viene riproposta la possibilità di assegnazione alle "Residenze" di categorie eterogenee con il rischio di snaturare i connotati che le nuove strutture sembrava dovessero assumere.

La preoccupazione espressa, come meglio si vedrà nel capitolo successivo, trova conferma negli elementi acquisiti grazie al contributo di operatori sanitari e penitenziari e di figure di garanzia che hanno un contatto diretto con le problematiche legate alla tutela dei diritti fondamentali di soggetti privati della libertà personale.

Del resto, timori di una involuzione delle REMS hanno riscontro anche nell'ultima Relazione del Commissario Unico, on. Corleone e nella relazione al Parlamento del Garante Nazionale sull'attività espletata per l'anno 2016.¹⁶²

Dalle visite ispettive effettuate dal Garante Nazionale sono emerse grandi criticità per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica intramuraria.

In primo luogo, è stato rilevato che le apposite sezioni hanno spesso caratteristiche strutturali inidonee a favorire il recupero del disagio mentale. Si riscontrano inoltre casi di isolamento di persone di difficile gestione detenute nelle normali sezioni, in assenza di appositi locali. Nella Relazione finale del Commissario on. Corleone emerge che, dai dati forniti dal DAP, in data 31 gennaio 2017, risultano 34 le Articolazioni presenti negli Istituti, di cui solo 15 in funzione, a dimostrazione di un quadro ancora in evoluzione e incompleto.

Problematica ulteriore risulta essere il mancato rispetto del principio della territorialità, in gran parte non attuato a causa della dislocazione disomogenea delle Articolazioni sul territorio. Il pericolo, pertanto, è che si riproducano logiche manicomiali dovute all'accorpamento in una unica struttura di soggetti accomunati dal solo fatto di presentare una patologia mentale, intesa quale stigma sociale piuttosto che come patologia da curare. ¹⁶³

Dal quadro delineato discende il paradosso che, da un lato, con l'avvio delle REMS si sono create condizioni sensibilmente migliorate da un punto di vista terapeutico e della dignità umana, per i soggetti infermi di mente prosciolti/socialmente pericolosi. Dall'altro lato, invece, la non adeguata attuazione di una rete efficace di assistenza psichiatrica penitenziaria può determinare condizioni terapeutiche meno efficaci per detenuti, imputati o condannati, anch'essi affetti da disagio mentale sopravvenuto e parimenti bisognosi di cure.

Le autorevoli valutazioni acquisite giustificano l'idea che - mentre è positivo il giudizio sull'avvio e sull'efficacia delle REMS - l'assistenza psichiatrica all'interno degli istituti costituisca ancora l'anello

¹⁶²Relazione al Parlamento del Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, 2017, capitolo 36, pag.66-67

¹⁶³F.Corleone, op citata, pagg 49-51.

mancante o quantomeno debole necessario a dare vita ad un assetto organizzativo in grado di assicurare trattamenti terapeutico-riabilitativi individualizzati e continuativi. In un contesto ancora indefinito ed incompleto si possono determinare perciò profili di disparità tra la cura dei pazienti delle REMS e quelli degli Istituti. 164

Se la condizione detentiva in se' può costituire la causa di patologie psichiche in soggetti sani, è evidente che la stessa, accompagnata dalla inidoneità dei trattamenti previsti, non può che acuire problematiche preesistenti.

La presenza nel penitenziario di almeno uno specialista in psichiatria (art.11 ord. penit.) e la previsione di interventi volti a favorire la partecipazione alle "attività trattamentali" ed in particolare a quelle "risocializzanti" (art. 20 D.P.R 230/2000), non costituiscono risposte sufficienti ad assicurare gli scopi perseguiti: quello della cura e quello della riabilitazione.

Al contrario, le inadeguatezze riscontrate lasciano spazio al rischio che il "carcere", limitandosi a contenere la malattia assuma, come paventato, il ruolo di nuova "istituzione di scarico" di soggetti problematici, precedentemente svolta dagli scomparsi OPG, così spostando le criticità dall'uno agli altri.

¹⁶⁴G.Camera, "Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate; diverse prospettive del diritto alla salute" in "La tutele della salute nei luoghi di detenzione" a cura di A.Massaro, op.citata, pagg. 123-125.

CAPITOLO QUINTO

INDAGINE SULLA REALTA' DELL'ISTITUZIONE **PENITENZIARIA**

Sommario: 5.1 Metodologia; 5.2 Testimonianze

5.1 Metodologia

Esaminate le numerose innovazioni normative ed organizzative che hanno caratterizzato il lungo iter relativo alla riforma della sanità penitenziaria, alla definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari ed all'avvio delle nuove strutture, denominate REMS, si è ritenuto di verificare l'impatto che il nuovo assetto ha avuto ed ha sulla realtà dell'Istituzione penitenziaria, attraverso le testimonianze di coloro che, a vario titolo, ne sono i protagonisti.

Un raffronto cioè tra il "dover essere normativo" e "l'essere attuativo".

Un'indagine su quanto le norme prevedono e l'effettività della loro realizzazione nella realtà quotidiana di una Istituzione così complessa, in cui debbono coesistere, in un difficoltoso e mutevole equilibrio, la tutela della salute di una popolazione fragile e problematica e le esigenze di sicurezza.

Grazie alla disponibilità delle figure professionali interpellate è stato così possibile ascoltare alcune "voci di dentro", per usare il titolo di una nota *piece* teatrale. In particolare, le figure interessate sono state : i Garanti Regionali dell'Emilia Romagna e delle Marche, il Magistrato di Sorveglianza di Spoleto; i Direttori, Comandanti di Reparto e Funzionari Giuridico Pedagogici degli Istituti di Ancona"Barcaglione", Ascoli Piceno, Bologna, Ferrara, Eboli, Forlì, Fossombrone, Lucca, Napoli "Secondigliano", Perugia, Piacenza, Reggio Emilia, Siena, Spoleto, Terni; i Dirigenti sanitari e gli psichiatri operanti negli Istituti di Ancona "Barcaglione", Ascoli Piceno, Ferrara, Fossombrone, Piacenza, Reggio Emilia, Spoleto; il Dirigente della REMS di Bologna "Casa degli svizzeri"; i Dirigenti degli Uffici Detenuti e Trattamento presso i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione penitenziaria per la Campania, l'Emilia Romagna e Marche, la Toscana e l'Umbria. È stata acquisita altresì, per il tramite delle Direzioni, testimonianza di un campione di persone detenute presso gli Istituti di Ancona "Barcaglione", Eboli, Ferrara, Forlì, Fossombrone, Piacenza e Reggio Emilia.¹⁶⁵

165In allegato sono state unite a scopo esemplificativo alcune testimonianze tra quelle raccolte.

Gli elementi di conoscenza sono stati acquisti con diverse modalità: questionari e interviste, formulate in ragione delle diverse categorie di destinatari. I quesiti sono stati rivolti alle diverse figure nell'intento di rappresentare, in maniera quanto più completa, la compagine dei soggetti coinvolti nella tutela del diritto in esame. Ai fini della individuazione delle strutture interessate si è tenuto conto della loro ubicazione geografica (nord-centro-sud), nonché della loro tipologia (Case Circondariali con sezioni di reclusione e alta sicurezza; Case Circondariali con Reparti di Osservazione Psichiatrica; Case di Reclusione con sezioni di alta sicurezza; Case di Reclusione a custodia attenuata).

Quanto alle tematiche affrontate, le domande hanno interessato i diversi e molteplici profili della salute dei soggetti detenuti ed internati. In particolare, due le tematiche centrali. Un primo profilo di rilievo è quello relativo agli effetti del passaggio della sanità penitenziaria alla gestione del Servizio sanitario nazionale, tramite la programmazione regionale e l'attuazione operativa da parte delle Aziende sanitarie locali. Effetti sia sulla qualità dei servizi che sul grado di armonizzazione raggiunto dalle due componenti professionali coinvolte, cioè quella degli operatori sanitari e quella del personale penitenziario.

L'altro aspetto su cui si sono incentrati i quesiti ha riguardato la nuova realtà conseguente alla chiusura degli OPG e all'avvio delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza (REMS), nonché la tutela della salute mentale dei detenuti la cui cura deve avvenire negli istituti penitenziari, sia pure in apposite articolazioni.

5.2 Testimonianze

Dall'esame dei contributi acquisiti è emerso, in sintesi, quanto segue.

Con riguardo alle conseguenze della riforma della sanità penitenziaria, si rilevano sia profili positivi, attinenti in particolare alla medicina di base, che criticità preesistenti e sopravvenute. Dal punto di vista della qualità dei servizi la percezione è quella di un giudizio di sostanziale equivalenza tra la realtà attuale e quella precedente al completamento della riforma. Quanto invece alla tutela della salute mentale emerge un giudizio complessivamente positivo per quel che riguarda le REMS, mentre sulle sezioni intramurarie di salute mentale sono apparse convergenti le criticità riguardanti la situazione attuale ancora in evoluzione.

A) Di particolare interesse l'intervista concessa dal Garante Regionale dei detenuti per l'Emilia-Romagna e già Garante Locale per la città di Ferrara, per l'ampiezza dei temi toccati.

A conferma di quanto anticipato, ha anch'egli espresso l'avviso che l'erogazione delle prestazioni a tutela della salute da parte delle Aziende sanitarie locali possa ritenersi (almeno nel territorio di competenza, notoriamente caratterizzato da una tradizione di funzionalità dei servizi sanitari) sostanzialmente equivalente a quanto avveniva in passato, sia per la qualità delle prestazioni che per alcune criticità tuttora persistenti.

A titolo esemplificativo, ha in particolare sottolineato che i tempi di attesa per visite o esami all'esterno degli istituti penitenziari erano e risultano ancora mediamente lunghi, come del resto lo sono anche per la

generalità dei cittadini. Questi ultimi hanno però la possibilità di richiedere visite e esami in più strutture sanitarie del territorio e scegliere, potendosi spostare a piacimento, quella in cui la prestazione può essere resa in minor tempo.

Di tale opzione non possono avvalersi le persone detenute i cui spostamenti sono ovviamente condizionati da esigenze di sicurezza e dalla disponibilità dei servizi di traduzione dal carcere al sito sanitario esterno.

Senza dire, come pure è stato osservato da uno dei medici in servizio nella Casa circondariale di Piacenza, che lo scorrere del tempo in genere e quindi i tempi di attesa per visite o esami sono percepiti dal detenuto in modo più logorante.

Le doglianze dei detenuti degli Istituti della Regione per asserite disfunzioni in tema di salute sono ancora numerose - evidenzia il Garante regionale - tanto che i reclami a lui rivolti in materia sono stati del 26% del totale nel 2016 e del 19% sino al 20 novembre 2017.

Tra le criticità sono state poi evidenziate quelle specifiche derivanti dalla presenza di un Istituto penitenziario come quello di Parma, con particolari connotati di sicurezza.

Tale tipo di realtà dà luogo a numerose richieste di sospensione della pena per motivi di salute, in mancanza, a causa della natura dei reati commessi, di altre possibili alternative all'esecuzione in carcere.

Le richieste sono ancor più numerose in ragione dell'età mediamente avanzata dei detenuti presenti. Circostanza che moltiplica le patologie invalidanti da far valere come ragione di incompatibilità con lo stato detentivo.

Ne discende, per il servizio sanitario di quell'Istituto, un significativo aggravio per il sollecito esame di tali istanze, per cui è ribadita la necessità di una più ampia dotazione di strumentazione per esami all'interno e di un più adeguato organico per accelerare la fase valutativa delle situazioni prospettate, onde accertarne la fondatezza e l'entità.

Alla domanda se l'aumento della popolazione detenuta negli ultimi due anni sia motivo di preoccupazione in relazione al fenomeno del sovraffollamento, il Garante ha confermato il timore.

In proposito, ha ricordato che la Corte EDU ha dato atto degli sforzi posti in essere dal Governo italiano al fine di assicurare il rispetto degli standard minimi dello "spazio vitale" per ciascun detenuto, pari a tre/quattro mq pro-capite. Ha però sottolineato che l'osservanza del suindicato parametro appare precario perché ottenuto perlopiù tenendo conto di spazi "compensativi" di cui i detenuti fruiscono per effetto della c.d. vigilanza dinamica, che implica l'apertura diurna delle camere di pernottamento e consente l'utilizzazione anche degli ambienti ad esse esterni.

Quello dell'adeguatezza dei locali continua, pertanto, ad essere un problema incombente perché lo standard minimo di "spazio vitale" indicato dalla giurisprudenza della Corte EDU è rispettato al limite, con il concreto timore del suo superamento, se dovesse continuare nella stessa misura la recente tendenza ad un aumento della popolazione carceraria.

Il problema degli spazi detentivi resta comunque attuale, non solo dal punto di vista strettamente dimensionale, ma anche sotto il profilo "qualitativo", nel senso che gli ambienti utilizzati debbono essere

valutati con riguardo all'ampiezza nonché in ragione della loro vivibilità, sotto il profilo della adeguata ventilazione, illuminazione, umidità etc. Condizioni - continua il Garante - che spesso sono carenti e che possono contribuire ad esporre il nostro Paese a nuove possibili censure della CEDU per trattamenti inumani e degradanti.

Sull'edilizia penitenziaria e, più nello specifico, su eventuali miglioramenti della stessa a beneficio della tutela della salute, ha poi espresso l'avviso che non vi siano da registrare sostanziali mutamenti. Negli istituti della Regione mancano adeguati spazi comuni per attività lavorative, per aree verdi o per piccole coltivazioni orticole. E vi è anzi il rischio che con l'espansione della capienza delle strutture, mediante l'edificazione di nuovi padiglioni all'interno del perimetro, si sottraggano ulteriormente aree per attività all'aperto.

L'intervista è poi proseguita sul tema dell'assistenza e della cura di patologie psichiatriche all'interno degli istituti.

Si tratta di un aspetto che ha assunto particolare risalto e criticità dopo la chiusura degli OPG e la realizzazione delle REMS concepite per accogliere solo un ristretto numero di pazienti fra i soggetti prosciolti per infermità. Ne è derivato, infatti, un crescente ruolo delle strutture psichiatriche intramurarie, allo stato, nel complesso non attrezzate in maniera adeguata a far fronte ad un numero tanto ampio e variegato di patologie psichiatriche.

Al riguardo il Garante per l'Emilia-Romagna (Regione che prevede una Sezione di osservazione psichiatrica a Piacenza, una Articolazione di salute mentale a Reggio Emilia ed una femminile a Bologna) ha evidenziato che nell'Articolazione psichiatrica prevista nell'Istituto penitenziario di Reggio Emilia, che ha una capienza complessiva di 50 posti, non è applicato come dovrebbe il criterio della territorialità. Ciò che rende ancor più difficile l'inserimento del detenuto all'esterno, per la lontananza di un retroterra familiare, a discapito della efficacia della terapia.

Le preoccupazioni espresse in merito alla situazione dell'edilizia penitenziaria, sul rischio del riprodursi del sovraffollamento e sulla difficoltà di fornire allo stato una adeguata assistenza psichiatrica all'interno degli istituti, sono state sostanzialmente condivise dal Garante per le Marche.

B) Sulla situazione delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM), in particolare su quella dell'Istituto penale di Reggio Emilia, ha fatto pervenire le sue considerazioni la psichiatra responsabile della stessa.

La testimonianza è di particolare interesse in quanto la figura interpellata è stata sino alla chiusura direttrice sanitaria dell'Ospedale psichiatrico giudiziario che aveva sede nella stessa città.

L'OPG reggiano presentava aspetti organizzativi positivi nel panorama generale.

La stessa professionista infatti ricorda che al suo interno operava una "struttura organizzativa complessa", dotata di qualificate figure professionali, facenti capo al Dipartimento di Salute Mentale. ¹⁶⁶ Dopo la chiusura dell'OPG, lo stesso evoluto assetto organizzativo è stato mantenuto nella nascente ATSM, composta di due reparti di 25 posti ciascuno.

Nonostante la presenza di esperienza positive è emerso che non tutte le Regioni si sono ancora dotate di tali sezioni e che non tutte ne intendono in modo uniforme finalità e funzioni. Per tale ragione è avvertita l'esigenza di addivenire, attraverso gruppi di lavoro, alla predisposizione di un documento condiviso da sottoporre alla Conferenza Stato-Regioni. E' emerso altresì che la formulazione della legge delega n.103/2017 prospetta soluzioni lontane dalle originarie previsioni e rallenta i gruppi di lavoro in attesa che si configuri un assetto normativo definito.

Sempre sul tema è stato in particolare posto il quesito se il quadro dei servizi psichiatrici intramurari sia in grado di corrispondere alle esigenze terapeutiche dei detenuti con disagio mentale, assicurando trattamenti riabilitativi individualizzati e continuativi, protratti anche per lunghi periodi.

Al riguardo ha sottolineato che non è possibile fornire una risposta univoca perché la situazione sul piano nazionale appare ancora variegata e disomogenea, a conferma di un percorso ancora in evoluzione. In alcune realtà il ridotto numero dei detenuti assegnati alla ATSM, ove esistente, crea il rischio di isolamento dei pazienti con il resto dell'Istituto, con difficoltà del loro inserimento nelle attività trattamentali interne, a discapito dell'efficacia di interventi terapeutici riabilitativi.

In altri casi l'ATSM è interpretata come "SPDC penitenziaria", ¹⁶⁷ utilizzata cioè soltanto per "situazioni di acuzie" per cui, superato il "momento di scompenso", il soggetto è rinviato nelle sezioni ordinarie e cioè negli "stessi luoghi che probabilmente hanno determinato la crisi, evitando così la presa in carico".

Altra criticità pure messa in evidenza è che la mancanza di accordi a livello nazionale tra Ministero della Salute e Ministero della Giustizia, sull'organizzazione delle Articolazioni interne, dà luogo ad una notevole diversità da parte della Aziende sanitarie nell'investimento di personale da assegnare, determinando un'eccessiva autonomia e disomogeneità tra le varie realtà del Paese.

A conclusione ha sottolineato la necessità di ricordare che, anche superando l'attuale incompletezza della rete, il progetto di cura "non può esaurirsi in carcere e con la detenzione", con la necessità di coinvolgere i servizi psichiatrici del territorio di provenienza, in vista del reinserimento in comunità terapeutiche. Dal quadro delineato sembra dunque potersi individuare una distinzione in termini di efficacia delle cure fra soggetti internati in REMS e soggetti detenuti negli istituti che presentino patologie psichiatriche sopravvenute.

166Nell'OPG di Reggio Emilia erano stati avviati esperimenti di "celle aperte" durante le ore diurne e all'interno delle sezioni prestava servizio esclusivamente personale dell'Azienda sanitaria con esclusione della polizia penitenziaria adibita esclusivamente alla "sicurezza perimetrale".

167Con l'acronimo SPDC si fa riferimento al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di ciascuna Azienda sanitaria locale. Presso ogni SPDC, parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori in condizioni di ricovero ospedaliero. www.salute.gov.it

Il carattere ancora incompleto e disomogeneo delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale negli Istituti che dovrebbero disporne, è messo in risalto anche dal Dirigente sanitario della Casa Circondariale di Piacenza (presso la quale opera un Reparto di Osservazione Psichiatrica c.d. ROP), che evidenzia come l'organizzazione delle ATSM sia ancora estremamente difforme. Dalle risposte al questionario emerge testualmente che " per ora poche strutture sono riuscite ad organizzare attività riabilitative in modo continuativo però negli Istituti in cui le attività riabilitative sono strutturate le valutazioni dei professionisti sono positive".

C) Significativo anche il contributo del Magistrato di Sorveglianza di Spoleto.

Questi ha sottolineato come il passaggio della sanità penitenziaria ha rappresentato la (ri)affermazione che il diritto alla salute in carcere si inserisce nel sistema di tutele generale di tutti i cittadini, siano essi liberi o ristretti.

Ha d'altra parte evidenziato che il coinvolgimento di Amministrazione diverse e l'organizzazione della sanità su base regionale, ha dato luogo in non pochi casi ad una riduzione dei servizi offerti nonché a possibili diversità nei livelli di prestazioni e di efficienza, ponendo le premesse per una assistenza sanitaria a "macchia di leopardo".

Fra le criticità è stato posto ancora l'accento sulla lunghezza delle liste d'attesa per le visite dei detenuti all'esterno. Problema che affligge anche i cittadini liberi, ma che per le persone ristrette pone problemi ulteriori come quello della necessità della scorta, che in caso non sia disponibile determina il rinvio della visita ed un nuovo inserimento in lista d'attesa.

Viene sottolineato anche che le sezioni di salute mentale in molti istituti ancora non sono operanti, né dotate di necessari presidi psichiatrici e risorse umane.

Ricorda, infine, la necessità di modificare l'art.147 c.p., nel senso di includere fra le ipotesi di rinvio dell'esecuzione della pena anche l'infermità psichica e, in parallelo, di prevedere anche la modifica dell'art. 47 ter O.P in modo da consentire nel suindicato caso il ricorso alla detenzione domiciliare

D) Sull'attività delle REMS le valutazioni raccolte esprimono un giudizio nel complesso positivo.

Lo stesso Garante per l'Emilia-Romagna ha in particolare messo in evidenza che le REMS della Regione (Bologna e Parma) registrano un ricambio notevole tra i pazienti ospitati, in applicazione del principio di temporaneità. Nonché l'appartenenza dei pazienti al territorio regionale in applicazione del criterio di territorialità. A conferma di un giudizio finale di apprezzamento richiama una recente visita del Comitato per la Prevenzione della Tortura (CPT), conclusasi con una valutazione positiva.

Sull'istituzione delle REMS è stata già richiamata, nel capitolo precedente, l'analisi positiva del medico psichiatra responsabile della "Residenza" di Bologna denominata "Casa degli Svizzeri".

Egli nella sua risposta ha anche illustrato le modalità con cui è stata disciplinata la vigilanza perimetrale dell'edificio, aspetto che aveva suscitato perplessità nei medici preposti, in quanto, con l'esclusione della Polizia Penitenziaria da tale servizio, l'organizzazione è demandata allo stesso medico Dirigente della struttura. A questi viene attribuita così non solo la competenza terapeutica sui pazienti, ma anche quella

gestionale, con responsabilità aggiuntive. Il servizio di vigilanza esterna a Bologna è stato oggetto di un formale accordo con la Prefettura, in base al quale ognuno dei tre piani della palazzina che ospita la "Residenza" è collegata con la Centrale operativa della Questura, per l'immediato intervento delle forze dell'ordine. Per la vigilanza interna è assicurata, in ausilio al personale ASL addetto alla REMS, la presenza h24 di una guardia giurata.

Il Dirigente ha anche evidenziato un altro aspetto, motivo di incertezza in dottrina, quello dell'applicazione *in toto* o meno dell'ordinamento penitenziario anche nelle REMS, ed ha informato che in quella di Bologna si è ritenuto di applicare integralmente detta disciplina.¹⁶⁸

E) Numerosi contributi sull'organizzazione dei servizi sono pervenuti dai Dirigenti Sanitari che operano negli istituti.

In base alle prospettazioni pervenute, particolare risalto acquista la visita di primo ingresso del detenuto, nel corso della quale il medico di turno tramite colloquio ed esame obiettivo ne rileva lo stato di salute psico-fisico ed imposta eventuali terapie farmacologiche. In questo ambito, uno degli aspetti cui viene dato maggior rilievo è quello della tempestiva intercettazione del rischio suicidario, anche in esito ad eventuale consulenza psichiatrica.

In tale fase appare di grande rilevanza l'adozione, ancora non generalizzata, della cartella clinica informatizzata in cui inserire tutti i dati salienti della persona ristretta, consentendo anche la gestione delle terapie farmacologiche mediante tablet.

Tra le criticità ricorrenti vengono sempre segnalate la lunghezza delle liste d'attesa, la non adeguata disponibilità di apparecchiature medicali per esami strumentali e visite specialistiche, la difficoltà di gestione del disagio mentali nelle carceri.

Aspetti ulteriori si colgono nelle risposte del Dirigente sanitario della Casa circondariale di Ferrara.

Tra le criticità segnala anch'egli quella relativa alla carente dotazione delle risorse tecniche, materiali ed umane, sottolineando come le difficoltà economiche incidano in senso limitativo di percorsi riabilitativi *extra-moenia*. Avverte la necessità della acquisizione di nuove competenze transculturali per un rapporto più costruttivo e consapevole con la popolazione detenuta straniera. Infine si segnala la dipendenza da nuove sostanze stupefacenti che rivelano sintomi e comportamenti poco conosciuti e pertanto di complessa gestione.

Per quanto riguarda le difficoltà di comunicazione dovute alle c.d. barriere linguistiche, il problema risulta prevalentemente superato per la presenza di medici multilingue, per l'uso della lingua inglese la cui conoscenza è notoriamente di larga diffusione o per il fatto che molti detenuti stranieri parlano o quantomeno comprendono l'italiano.

¹⁶⁸ Sul punto A.Laurito, op. citata, pagg. 286-287.

In alcuni istituti, ove sono più spiccate le esigenze di sicurezza, più che il mediatore culturale esterno, il cui coinvolgimento pone problemi procedurali per l'ingresso, ci si avvale, preferibilmente della collaborazione di altri detenuti della stessa etnia.

Ulteriore profilo di interesse emerge dal contributo del Dirigente sanitario presso la Casa circondariale di Ascoli Piceno che ha evidenziato, circa le valutazioni sul trasferimento della sanità penitenziaria, che le prestazioni possano risentire delle diverse risorse economiche tra le varie Regioni, a discapito dell' uniformità prima assicurata sull'intero territorio nazionale dalla gestione unitaria da parte amministrazione penitenziaria.

Emergono dati incoraggianti quanto alla collaborazione, sempre più proficua nonostante la tendenziale diversità di vedute, fra le Amministrazioni preposte alla tutela della salute del soggetto detenuto e, secondo alcuni, quanto al rapporto medico-paziente. Quest'ultimo, come riscontrato dal Dirigente di Fossombrone, nutrirebbe una maggiore fiducia nel medico, dovuta alla percezione di potersi relazionare in maniera più agevole con un soggetto estraneo al circuito carcerario.

F) Apporto rilevante è stato fornito anche dai Direttori degli Uffici Detenuti e Trattamento presso i Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria per l'Emilia Romagna e Marche, per la Toscana e l'Umbria e per la Campania.

Tutti hanno rimarcato la criticità del fenomeno dei suicidi in carcere ed il conseguente impegno dei rispettivi Provveditorati nella predisposizione di protocolli in tema di prevenzione degli stessi, in attuazione del recente Piano nazionale. Quanto ai riflessi che la riforma ha avuto sui servizi a tutela della salute del detenuto, il Direttore dell'U.D.T. presso il Provveditorato per Toscana e Umbria ha posto l'accento sull'importanza simbolica della riforma, nel senso dell'affermazione della garanzia al detenuto quanto al cittadino libero della tutela della salute, coerentemente con il dettato costituzionale.

Quanto ai profili problematici è stato segnalato che il passaggio al SSN della gestione ha posto i medici in una posizione di maggiore autonomia, ma nel contempo li ha privati di una sorta di rassicurante colleganza istituzionale con la Direzione, della quale in precedenza si avvalevano e la cui mancanza può indurre alcuni a ritenersi in una posizione di maggiore esposizione. Circostanza che può in parte spiegare l'aumento degli invii in ospedale per visite urgenti anche come manifestazione di medicina difensiva.

Ha infine sottolineato la difficoltà di pervenire ad un equilibrio stabile fra le Amministrazioni preposte alla tutela della salute del detenuto.

Per ciò che riguarda gli effetti scaturiti dalla chiusura degli OPG rileva di fatto l'aumento delle presenze di soggetti affetti da patologie psichiatriche, prima internati negli OPG, nelle strutture penitenziarie, allo stato inadeguate alle esigenze di cura. Il fenomeno si spiega per l'assenza di strutture extramurarie in grado di accogliere la totalità dei soggetti affetti da malattia mentale.

Sugli stessi temi il Direttore dell'UDT presso il Provveditorato per l'Emilia-Romagna e Marche ha a sua volta posto l'accento sulla rilevanza della riforma in termini di coerenza con il dettato costituzionale, ma anche sul necessario sforzo che le Amministrazioni coinvolte (Giustizia e Sanità) debbono attuare in una

prospettiva di "integrazione interistituzionale". L'obiettivo è stato in parte raggiunto, nonostante le difficoltà legate alla presenza di diverse e caratterizzate culture organizzative ed al calo di risorse a disposizione.

Per ciò che concerne la chiusura degli OPG sono emerse criticità derivanti dall'invio presso la sezione minorati psichici dell'Istituto penitenziario di Reggio Emilia, di soggetti provenienti in maggior parte da fuori Regione. La conseguenza è che la sanità regionale dell'Emilia-Romagna ha dovuto sobbarcarsi l'onere per soggetti che dovrebbero far carico ad altri servizi sanitari regionali, in un momento già critico.

Il Dirigente dell'UDT presso il Provveditorato per la Campania ha poi evidenziato lo sforzo posto in essere in quella Regione, dopo la chiusura degli OPG di Aversa e Napoli, con la istituzione di cinque REMS, di cui due con sistemazione definitive e tre provvisorie.

Ha sottolineato altresì che l'erogazione da parte della medesima Azienda sanitaria delle stesse prestazioni rese all'esterno anche negli istituti penitenziari consente una più agevole valutazione ed una comparazione del servizio tra i due ambiti, che sinora ha sortito esito positivo in termini di uniformità.

G) Quanto alle analisi dei Direttori degli Istituti sopra indicati, quattro sono i principali nuclei tematici trattati: la prevenzione dei suicidi, la tutela della privacy e la condivisione dei dati sensibili dei detenuti, le valutazioni sul trasferimento della sanità penitenziaria al SSN e le problematiche relative al disagio mentale in carcere.

In merito al tema della prevenzione dei suicidi è emerso il rinnovato impegno degli istituti in attuazione del recente piano nazionale con la predisposizione dei piani d'istituto e con la valorizzazione delle visite di primo ingresso, al fine di intercettare con la massima tempestività il fattore di rischio. Nel caso in cui sia riscontrato un alto rischio suicidario viene attivata una equipe multidisciplinare (di operatori sanitari e penitenziari) che segue il soggetto interessato dalla patologia. In secondo luogo assume particolare rilevanza la sua collocazione in sezione o reparto tesa ad evitare l'isolamento ed a valorizzare l'ausilio delle attività di sostegno dei compagni che presentano propensione a tale ruolo.

Circa il trasferimento della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale emergono prevalentemente valutazioni positive quanto a profili di principio. E' stato infatti evidenziato, quale elemento qualificante della riforma, quello della concreta attuazione del disegno costituzionale che prevede una piena equiparazione del cittadino libero al soggetto detenuto quanto alla titolarità dei diritti fondamentali.

Viene rimarcata inoltre la circostanza che il SSN sia in grado di esprimere un maggior potenziale di uomini e mezzi rispetto ad un servizio settoriale facente capo alla sola Amministrazione penitenziaria.

Permangono zone d'ombre circa la difficoltà di coordinamento fra le Amministrazioni coinvolte, nonostante il dialogo costante. Quanto alla qualità e all'efficienza dei servizi emerge piuttosto un giudizio di equivalenza, almeno per ciò che concerne la medicina di base. In tal senso il direttore della Casa di Reclusione di Ancona-Barcaglione che si esprime in termini calcistici di "pareggio", laddove afferma che "A distanza di dieci anni (il riferimento è evidentemente al DPCM del 2008) il bilancio appare in pareggio nel senso che non si apprezzano ancora dei grossi cambiamenti".

Peraltro, non mancano giudizi meno positivi come quello del Direttore della Casa Circondariale di Terni, che segnala come non sempre la Regione mostri di tenere adeguatamente conto, nell'organizzare i servizi, delle particolarità del contesto. A questo proposito evidenzia "il continuo turnover dei medici".

Se un giudizio positivo/equivalente è in prevalenza rilevabile per la medicina generale e di base, più articolato è il quadro relativo alla medicina specialistica e alla diagnostica strumentale.

Tale aspetto presenta, secondo l'opinione diffusa, tuttora profili problematici. Per alcuni esami o visite la persona detenuta deve essere tradotta all'esterno, dopo essere stata inserita nelle liste comuni presso la struttura di riferimento.

Ancor più problematico è poi il giudizio sulla tutela della salute mentale in carcere.

Al riguardo i Direttori d'Istituto hanno precisato essere tali profili di particolare attenzione, sin dalla visita di primo ingresso, da parte di equipe multidisciplinari, evidenziando che in presenza di tali problematiche viene attivato un collegamento con il Dipartimento di salute mentale per individuare il percorso da intraprendere.

Alcuni di essi sottolineano l'inidoneità oggettiva del carcere come luogo di cura: in tal senso il Direttore della Casa Circondariale di Siena con particolare riferimento alle patologie psichiatriche.

Quanto ai dati sanitari dei detenuti essi sono di regola nella esclusiva disponibilità del personale medico.

Tale aspetto è da tutti sottolineato come motivo di possibile criticità. Dalle risposte emerge l'adozione al riguardo di protocolli per cui vengono forniti all'Amministrazione penitenziaria i soli dati necessari per la sicurezza e la programmazione di attività trattamentali.

Non mancano, tuttavia, realtà, come Fossombrone, ove in assenza di tali protocolli la condivisione dei dati sensibili avviene solo previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria.

In ordine alla necessità di assicurare la privacy delle persone ristrette in occasione delle visite mediche, la modalità prevalentemente adottata per contemperare l'esigenza di riservatezza con quella della sicurezza degli stessi sanitari è la presenza di agenti di Polizia Penitenziaria all'esterno del locale ove la visita avviene, ma nelle sue immediate vicinanze. Così da consentire un tempestivo intervento se necessario. Se però per le caratteristiche del detenuto (ad esempio appartenente ad organizzazioni criminose attive sul territorio) si pongono particolari esigenze di sicurezza, la presenza dell'agente di Polizia Penitenziaria può diventare necessaria nello stesso locale, come ricordato dal Direttore della Casa di Reclusione di Spoleto, al fine di prevenire tentativi di coercizione sul sanitario.

H) Il contributo dei Comandanti dei reparti di polizia penitenziaria ha suscitato interesse con riguardo al tema della c.d. "vigilanza dinamica". Al riguardo prevale un giudizio in via di principio positivo anche se non mancano significative criticità riguardanti la sua attuazione. Viene infatti sottolineato il maggior aggravio che tale modalità implica per le difficoltà di esercitare una vigilanza mirata su un gruppo di persone in movimento. E' stato anche evidenziato che il servizio esigerebbe la maggior presenza di sistemi di videosorveglianza spesso inadeguati. In ultimo, la maggiore fruizione di spazi da parte dei detenuti, per

essere proficua e non fine a se stessa, dovrebbe essere accompagnata da un loro impegno in attività di varia natura che non di rado mancano.

I) Le preziose testimonianze dei funzionari giuridico pedagogici fornisce infine notizie sullo stato di attuazione della formazione di figure suscettibili di offrire un apporto rilevante nella realtà carceraria. Si tratta di quelle chiamate a rendere un contributo in termini di ausilio e solidarietà tra i detenuti, il cui ruolo aiuta a fronteggiare i diffusi stati depressivi, causa spesso di gesti auto lesivi e, nei casi più gravi, di suicidi. Tali soggetti sono definiti *peer supporters* e *care givers*. Le testimonianze acquisite evidenziano che su tale tema l'Amministrazione penitenziaria debba accrescere il suo impegno nella attivazione di appositi corsi di formazione per estendere tale pratica, che, come detto, potrebbe rivelarsi decisiva, ad esempio per prevenire o evitare gesti suicidari.

Appendice

Questionari e riscontri

QUESTIONARIO DIRETTORI DEGLI ISTITUTI PENITENIARI

- 1 l'art.32 della Costituzione tutela il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Il diritto alla salute è pienamente tutelato anche in carcere ?
- 2 l'art.32 della Costituzione afferma inoltre che la Repubblica garantisce cure gratuite agli indigenti. Rispetto alla popolazione detenuta tale dettato costituzionale è pienamente attuato?
- 3 Il DPCM del 1 aprile 2008 ha dato corso al trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria. A distanza di quasi dieci anni quale a suo avviso il bilancio di tale riforma, con particolare riferimento alla Regione ove insiste il suo istituto?
- 4 Le condizioni del ambientali del carcere connotano la sanità con componenti diverse rispetto all'ambiente esterno?
- 5 Nell'ambito degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, il Tavolo 10 si è occupato di "Salute e disagio psichico". Negli istituti Penitenziari si riesce ad intercettare e far emergere tempestivamente i bisogni di salute in particolare di salute mentale sin dal momento del primo ingresso? Come è strutturato il raccordo con il Dipartimento di salute Mentale?
- 6 Con il definitivo superamento degli OPG come si configura attualmente la rete di strutture di accoglienza per detenuti psichiatrici e come e dove viene svolto l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art.112 PR 230/2000?
- 7 Rischio suicidario in carcere come viene individuato e gestito? Esistono protocolli operativi condivisi tra Amministrazione Penitenziaria e ASUR?
- 8 Rifiuto delle cure mediche, della terapia e sciopero della fame sono piuttosto frequenti; come si armonizzano il dovere dell'Amministrazione Penitenziaria di tutelare la vita delle persone recluse con il dritto costituzionalmente sancito dell'autodeterminazione del cittadino ("nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario se non su disposizione di legge")?
- 9 Le malattie infettive in carcere assumono una specifica rilevanza?
- 10Tutela della privacy : i diari clinici dei detenuti contengono dati sensibili e sono in possesso dell'Area Sanitaria; come avviene la condivisione dei dati clinici tra personale sanitario e amministrazione penitenziaria in modo da tutelare comunque il diritto alla salute
- 11 Ancora sulla privacy: è garantita la riservatezza durante l'effettuazione delle visite mediche e ,in tal caso, come viene garantita la sicurezza del personale sanitario?

QUESTIONARIO COMANDANTI DEL REPARTO DI POLIZIA PENITENZIRIA

- 1 Sulla base della sua esperienza professionale ritiene che il diritto alla salute del detenuto sia assicurata in carcere?
- 2 Personale medico e infermieristico dell'ASUR che opera in istituto : una complicazione o una risorsa per il suo lavoro ? Vi è integrazione?
- 2 L'aggiornamento professionale è di fondamentale importanza:
- 3 ha avuto la possibilità di frequentare corsi di aggiornamento congiunto con il personale ASUR?
- 4 Da quanti anni lavora negli istituti e negli anni come è cambiata la tipologia della popolazione detenuta? Con quali detenuti è più difficile operare (es. tossicodipendenti, detenuti psichiatrici)?
- 5 Disagio psichico, gesti di autolesionismo, rischio suicidario: brevemente quale il ruolo e contributo specifico della Polizia penitenziaria?
- 6 Ritiene che le sezioni aperte e la sorveglianza dinamica facilitino il vostro compito?

QUESTIONARIO FUNZIONARI GIURIDICO PEDAGOGICI

- 1 Sulla base della sua esperienza ritiene che il diritto alla salute dei detenuti sia assicurato in carcere?
- 2 Come sono i rapporti con il personale medico e infermieristico dell'ASUR che opera in istituto?
- 3 Nell'attività di osservazione e trattamento si tiene conto delle specifiche esigenze sanitarie e in particolare delle eventuali patologie psichiatriche?
- 4 Potenziamento delle attività mentali (es. lavoro, colloqui e affettività) e degli spazi di ascolto, personalizzazione del trattamento, sono strumenti utili di intervento rispetto al disagio psichico, ai gesti di autolesionismo, al rischio suicidario?
- 5 Utilizzate tecniche di *peer support*? Sono stati organizzati corsi di *care givers*?

QUESTIONARIO DIRIGENTI SANITARI PRESSO GLI ISTITUTI PENITENZIARI

- 1 Quando un detenuto entra in istituto come avviene l'incontro con l'area sanitaria? Quali le procedure adottate?
- 2 Le spese sanitarie vengono pagate dal detenuto?
- 3 Che rapporto si instaura tra il medico e il detenuto? Come viene superata la difficoltà della barriera linguistica nei colloqui riservati con i detenuti stranieri?
- 4 La circostanza che il medico sia ora parte del SSN e non più dell'amministrazione penitenziaria ha accresciuto la fiducia dei detenuti nei suoi confronti?
- 5 Il ricorso a strutture sanitarie esterne è frequente o il servizio interno risulta in prevalenza adeguato?
- 6 Quali patologie risultano di maggiore ricorrenza?
- 7 La patologia psichiatria quanto è frequente in carcere e come viene trattata?
- 8 Come vengono distinti i detenuti affidati alla Sezione di salute mentale da quelli affidati alla Sezione osservandi. Quale è il rapporto fra le due articolazioni?
- 9 Quali possono essere le difficoltà di rapporti o di vedute tra la componente medica ,la direzione dell'istituto e la polizia penitenziaria?
- 10 Altre possibili considerazione e valutazione sulle criticità dell'attuale assetto del servizio?

QUESTIONARIO DIRIGENTI DEGLI UFFICI DETENUTI E TRATTAMENTO PRESSO I PROVVEDITORATI REGIONALI DELL'AMMINUSTARZIONE PENITENZIARIA

- 1 In tema di sanità penitenziaria il DPCM del 2008 ha istituito l'Osservatorio Regionale di Sanità Penitenziaria: come hanno interagito le componenti delle amministrazioni che ne fanno parte e quali prospettive si possono ipotizzare?
- 2 La chiusura degli OPG quali ripercussioni ha avuto sulla popolazione detenuta nel territorio di competenza
- 3 Quali riflessi ha avuto la riforma della sanità penitenziaria sui sevizi a tutela della salute dei detenuti in carcere?
- 4 Quali iniziative il PRAP ha adottato in tema di prevenzione degli atti di autolesionismo e dei suicidi in carcere?

QUESTIONARIO DETENUTI

- 1 Nella visita medica di primo ingresso ha avuto sufficienti informazioni dal medico per la tutela della salute? E' stato informato sulle modalità di accesso all'assistenza sanitaria e specialistica?
- 2 Ha avuto necessità di assistenza sanitaria in carcere e se sì ritiene che sia stata adeguata?
- 3 Durante la detenzione ha avuto la possibilità di frequentare corsi su tematiche sanitarie (es. malattie infettive, tecniche di primo soccorso, corretta alimentazione ecc)? In caso affermativo ritiene che le informazioni ricevute siano state utili? Si possono verificare situazioni in cui è stato possibile mettere in pratica quanto appreso?
- 4 Durante la detenzione ha avuto compagni di stanza con disagio psichico o con problematiche sanitarie di altra natura? E' stato possibile offrire in tali circostanze un sostegno e/o un supporto e se sì in che modo?
- 5 Com'è il rapporto con gli operatori sanitari dell'istituto?
- 6 Ha avuto necessità di farsi visitare da un medico di fiducia e in caso affermativo per quale motivo?

RISCONTRI

N. 1 Magistrato Ufficio di Sorveglianza di Spoleto;
N.2 Garante regionale dei detenuti per le Marche;
N.3 Dirigente Ufficio detenuti e Trattamento presso Il Provveditorato Regionale per la Toscana e l'Umbria
N.4 Psichiatra responsabile della Articolazione per la Tutela della Salute Mentale presso gli Istituti penali di Reggio Calabria
N.5 Direttore, Comandante del Reparto di Polizia Penitenziaria e Funzionario Giirdico-pedagogico della casa Circondariale di Lucca
N.6 Dirigente sanitario responsabile della REMS "Casa degli Svizzeri" di Bologna
N.7 Dirigente Sanitario presso la Casa di Reclusione a custodia attenuata di Ancona "Barcaglione"
N.8 Detenuti Casa di Reclusione di Fossombrone

N. 9 Prospetti suicidi, tentati suicidi e atti di autolesionismo anni 1992-2016

MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA DI SPOLETO

mi sarebbe utile sapere se nella sua esperienza ha potuto rilevare o meno una diminuzione dei reclami in materia di salute a seguito della gestione diretta da parte del Servizio sanitario naziona

Negli ultimi anni i reclami in materia di salute, in particolare volti ad evidenziare carenze nelle diagnosi e nella tempestività delle cure, sono aumentati in modo evidente. Occorre però premettere che soltanto a partire dal 2014 è stata introdotta, dopo la condanna dell'Italia nel caso Torreggiani, una procedura giurisdizionale efficace (ex art. 35 bis ord. pen.) da seguire per ottenere tutela a fronte di un lamentato pregiudizio ai propri diritti. In questo contesto è quindi naturale che il diritto alla salute, per la sua rilevan; assoluta, sia tra quelli più spesso invocati.

A suo avviso il passaggio dall'Amministrazione penitenziaria alle aziende sanitarie ha determinat miglioramento nei servizi e quali?

Il passaggio alle Asl della sanità penitenziaria costituisce senza dubbio un significativo passo avanti nel riconoscimento della pena come privazione della libertà che non mette tra parentesi i diritti fondamentali della persona e che, perciò, non la sradica dal sistema di tutele normalmente previste per ciascuno. Nello stesso tempo, però, la compresenza di competenze ripartite tra amministrazioni diverse ha sollevato moltissimi problemi che, in non pochi casi, hanno finito per determinare di fatto una riduzione dei servizi offerti. Faccio, per tutti, l'esempio delle protesi odontoiatriche che le Asl non forniscono gratuitamente ai cittadini liberi, e dunque neppure ai detenuti, ma che prima del passaggio di competenze la sanità penitenziaria forniva ai detenuti aventi alcune caratteristiche tra cui l'indigenza, un fine pena lungo ed altri descritti in apposita circolare. Mi riferisco, ancora, al fatto che le regioni offrono livelli di assistenza divere che, invece, l'allocazione di un detenuto è decisa a livello nazionale. Ciò comporta che di fatto l'amministrazione penitenziaria finisca per "decidere" di quale livello di assistenza sanitaria godrà un detenuto.

Ha potuto rilevare una riduzione dei tempi di attesa per visite o esami in strutture sanitarie esterne

I tempi di attesa per le visite sono ora per detenuti e liberi gli stessi e tuttavia le caratteristiche peculiari del detenzione, spesso, rallentano in modo speciale i soli detenuti. L'inserimento in lista di attesa prevede infarche nella giornata indicata dalla Asl per sottoporsi ad un esame o ad un intervento la persona possa recarsi ospedale, ma accade non di rado che esigenze di scorta sopravvenute impediscano la traduzione con la drammatica conseguenza di doversi rimettere in lista d'attesa ex novo. La stessa situazione, purtroppo, si verifica pure quando per qualunque ragione si venga trasferiti da un istituto penitenziario ad altro, ove in territori riferibili ad Asl diverse. Anche in questo caso si passa in coda ad una nuova lista d'attesa. Si tratta problemi molto rilevanti, che potrebbero essere risolti con una migliore sinergia e con tavoli di efficace coordinamento tra istituzioni.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica ha potuto rilevare se la chiusura degli OPG e la ridotta dimensione delle REMS ha accresciuto la presenza negli istituti di persone imputate o condannate con problemi psichiatrici sopravvenuti. In caso affermativo ritiene che le sezioni di salute mentale negli istituti che ne dispongono siano in grado di assicurare trattamenti terapeutici individuali, continuativi ed efficaci?

La chiusura degli Opg, misura condivisibile per gli obbiettivi perseguiti e necessaria per consentire una efficace presa in carico dei pazienti psichiatrici da parte dei territori, ha certamente molti profili problemati ancora da mettere a punto. Tuttavia non mi pare possa aver prodotto le conseguenze qui paventate. E' vero piuttosto che le sezioni di salute mentale presso gli istituti devono essere in molti territori ancora dotate di opportuni presidi psichiatrici e di risorse umane e materiali che spesso sono assenti.

In caso negativo può ritenersi che allo stato vi sia una disparità di trattamento tra la cura nelle REMS e quella negli istituti penitenziari?

Il profilo al momento più problematico mi pare sia l'assenza di uno strumento normativo come il lifferimento della pena (artt. 146 - 147 cod. pen.) per i malati psichiatrici in esecuzione penale. Mentre

infatti allo stato le gravi condizioni di salute fisica conducono al differimento dell'esecuzione o all'esecuzione nelle forme della detenzione domiciliare ex art. 47 ter comma 1 ter, per le gravi malattie psichiatriche ciò non è possibile allo stesso modo. In tal senso tuttavia è di un paio di settimane fa la notizia di decisione (motivazioni non ancora depositate) da parte della corte di cassazione di una questione di legittimità costituzionale relativa all'art. 147 cod. pen. proprio in riferimento a questo profilo. Inoltre, la delega penitenziaria che il Governo sta attuando in questi giorni, conterrà anche una parte dedicata alla sanità penitenziaria che dovrebbe incidere sui temi trattati.

Garante regionale delle Marche

provo a risponderle alle domande formulate sperando di non deluderla, data la complessità delle stesse, scusandomi per il ritardo dovuto ai tanti impegni di questo periodo.

Quali sono le valutazioni che possono trarsi sui risultati della riforma della sanità penitenziaria sul piano attuativo ?

Trattasi di riforma particolarmente rilevanti a tutela del diritto alla salute dei detenuti. I servizi sanitari penitenziari hanno raggiunto risultati significativi, anche se suscettibili di miglioramento in alcune realtà. VA da sé che le contrazioni del sistema di welfare determina conseguenze anche in questo specifico contesto.

E' motivo di preoccupazione il recente aumento della popolazione detentiva ai fini del sovraffollamento?

Si, cessati gli effetti positivi dei provvedimenti "svuotacarceri" l'aumento della popolazione ristretta è in progressivo aumento. Il timore è quello che si possa tornare ai livelli allarmanti di qualche anno addietro.

La situazione dell'edilizia penitenziaria manifesta segnali di miglioramento qualitativo ai fini delle condizioni psicofisiche?

Non particolarmente e non in modo uniforme su tutto il territorio. Anche nelle Marche ci sono strutture penitenziarie risalenti nel tempo che non presentano le migliori caratteristiche per un risposta soddisfacente alla tutela delle condizioni psicofisiche dei detenuti.

Il servizio sanitario nazionale e l'amministrazione penitenziaria hanno raggiunto un buon grado di integrazione?

Tendenzialmente si, anche se permangono alcune criticità.

Quale bilancio può trarre dalla sua attività di garante regionale?

Trattasi di un compito impegnativo, in quanto ci si muove su diversi fronti: dal sostegno alle attività trattamentali, con progetti speciali, alla facilitazione dei rapporti con e tra le Pubbliche amministrazioni. E soprattutto le relazioni costanti con la popolazione detenuta che chiede incontri con il Garante per le ragioni più varie.

Quale tipologia di interventi del garante ritiene più efficaci ai fini della tutela della salute? Ci si muove raccogliendo segnalazioni (spesso facilitando il lavoro dei legali), invitando i responsabili dell'area sanitaria penitenziaria e intervenire sui casi concreti. Ciò si accompagna a un costante monitoraggio e a un'interlocuzione continua con le strutture sanitarie preposte.

Quali sono state le richieste più ricorrenti che le sono state rivolte dai detenuti in tema di salute? E' impressionante (e non adeguatamente soddisfatta) la richiesta di un supporto psicologico.

Il servizio sanitario regionale ha adibito al settore penitenziario medici con particolare qualificazione in medicina penitenziaria?

Solo in parte: è necessario un implemento della specializzazione con percorsi formativi dedicati

Quali valutazioni sull'avvio delle REMS?

Un primo bilancio è positivo; si è trattato di una riforma del sistema di grande valore etico e sociale.

Quali sono le criticità che in esse eventualmente permangono?

Nel nostro territorio sussiste una situazione di "sovraffollamento" formale determinata dall'invio di persone provenienti da altre regioni

Quale la sua esperienza e valutazioni sul disagio mentale sia nelle REMS che negli istituti penitenziari?

E' un problema molto serio: troppe le situazioni di disagio mentale negli istituti penitenziari che talvolta si presentano in forme inedite e complesse (ad esempio cittadini stranieri in situazioni di miseria sociale che hanno anche problemi di tossicodipendenza)

Quale tra i vari servizi predisposti nella programmazione regionale appare più carente o più funzionante?

Va rafforzato l'intervento degli psicologi, che devono avere una competenza in transculturalità e consolidato il ruolo dei mediatori culturali

Ha avuto modo di riscontrare casi particolarmente rilevanti sotto il profilo sanitario che depongano in senso positivo o negativo?

Negli istituti marchigiani vengono somministrati farmaci innovativi per la cura dell'epatite. Ho riscontrato talvolta la detenzione di persone evidentemente incapaci di intendere e volere.

Quale è la situazione dei Centri per immigrati irregolari sotto il profilo della tutela della salute? Vi sono convenzioni in atto o protocolli tal proposito? Come è organizzato il servizio sanitario che li riguarda?

La situazione è complessa e monitorata dall'Assessorato alla salute e ai servizi sociali della Regione Marche (che interviene con misure specifiche), anche se non problematica come quella di altri territori

Il suo ufficio ha elaborato statistiche sull'attività svolta e sulle criticità eventualmente emerse ? Si. Ogni anno pubblichiamo un report che può trovare e scaricare dal nostro sito: www.ombudsman.marche.it . Il report 2017 è stato presentato in settimana.

Psichiatra istituti Penali di Reggio Emilia

La chiusura degli OPG e la dimensione ridotta delle REMS, previste per una capienza di massimo 20 posti, hanno accresciuto il ruolo degli istituti per il trattamento di malattie psichiatriche sopravvenute nel corso della detenzione (soprattutto per i soggetti riconducibili agli artt. 148 c.p. e 111 regolamento esecuzione o.p.).

Premessa importante a questa domanda è che le REMS sono esclusivamente riservate a persone con Misura di Sicurezza, sia definitiva che provvisoria (nell'ordinamento definiti Internati) mentre i detenuti con art. 148 c.p. che 111 regolamento di esecuzione, sono destinati alle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale in Carcere (ATSM), questo almeno fino alla definizione di nuove modalità che sembrano previste nel decreto legislativo "riforma dell'Ordinamento Penitenziario". La capienza di 20 posti per le REMS è mutuata dalla normativa per le strutture sanitarie che non possono appunto prevedere più di 20 posti e da questo deriva la necessità per alcune regioni di dotarsi di più di una Rems.

Negli OPG, fino al 1 aprile 2015 sono sempre stati presenti, insieme con gli internati, anche questa i detenuti con art.148 e 111; il DPCM del 2008 già prevedeva nell'allegato C la costituzione di sezioni detentive per detenuti seminfermi o con art. 148 c.p. a valenza regionale e, così come è accaduto con le REMS, non tutte le regioni si sono ancora dotate di queste sezioni.

Per quanto riguarda l'esperienza di Reggio Emilia, al momento dell'uscita dell'ultimo internato sono rimasti in sede 50 detenuti con le tipologie sopraindicate, di conseguenza l'ATSM per l'Emilia Romagna è stata assegnata al carcere di Reggio Emilia. Per l'opg l'azienda Usl di Reggio aveva costituito una Struttura organizzativa complessa facente capo al Dipartimento di salute mentale, quindi con personale, psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri e oss, tutto di ruolo; avevamo una organizzazione per reparti (5, di cui 4 con solo personale dell'azienda usl) tutti dotati di ambulatori dove si svolgeva il lavoro sanitario. Con il passaggio a ATSM abbiamo mantenuto la stessa organizzazione naturalmente ridotta a 2 reparti.

Al momento della definizione delle ATSM, e con le REMS già con le liste di attesa, il timore di noi operatori era che la magistratura facesse un maggiore ricorso all'applicazione degli artt. 111 e 148; dopo oltre un anno di attività il numero dei detenuti presenti è oggi di 46, quindi tendenzialmente stabile; alla luce di questo dato e per quanto riguarda la nostra realtà si potrebbe dire che non ci sia stato un maggiore ricorso alla detenzione in ATSM. E' però da sottolineare che le ATSM non sono in tutte le regioni interpretate, e quindi utilizzate, con le medesime finalità (la regione Campania, ad esempio, ha previsto una ATSM per ogni carcere provinciale con accesso e dimissione indipendenti dall'applicazioni degli artt. di riferimento e sembra che conti circa 60 posti). Si sta cercando con gruppi di lavoro di formulare un documento condiviso fra le varie regioni da portare poi in conferenza Stato-Regioni, ma l'ipotesi di approvazione del decreto legislativo, che entra in maniera decisa sul tema, ha rallentato i lavori.

L'attuale assetto dei servizi psichiatrici intramurari è in grado di corrispondere a tale esigenza con trattamenti riabilitativi individualizzati e continuativi protratti anche per lunghi periodi?

Anche qui bisogna considerare le diversità fra le varie regioni; ci sono ATSM che constano di 5-6 posti, dove l'integrazione con il resto dell'istituto, inteso come accesso alle attività trattamentali interne è difficile e dove quindi il rischio di una condizione di isolamento e quindi anche di inefficacia di qualsiasi intervento terapeutico riabilitativo è molto forte. C'è chi interpreta le ATSM quasi alla stregua dei reparti psichiatrici per situazione di acuzie, quindi degli SPDC penitenziari, cioè si cura il momento di scompenso e poi si rimanda la persona nelle sezioni ordinarie, gli stessi luoghi che probabilmente hanno determinato la crisi, evitando così la presa in carico.

Altra variabile importante è l'investimento che fanno le singole aziende sanitarie in termini di risorse di personale da assegnare, sempre perché non esistono accordi condivisi fra sanità e

Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria sulla organizzazione delle Articolazioni e quindi ogni servizio sanitario regionale può operare in piena autonomia di valutazione e decisionale.

Una riflessione diversa si dovrebbe fare in caso di soggetti con Grave Disturbo di Personalità per cui la letteratura è ormai unanime nel riconoscere la necessità di interventi lunghi, due-tre anni e dove un ambiente normativo può agire da sostegno alla cura.

La premessa irrinunciabile deve essere comunque la diagnosi, basata su criteri clinici certi e verificabili, riferita ad una nosografia riconosciuta dalla comunità scientifica e sulla quale si deve basare la richiesta di applicazioni degli artt. di accesso alle Articolazioni.

In caso contrario quali soluzioni vengono o possono essere adottate?

Purtroppo nel caso di persone detenute, anche se portatrici di disturbo psichico, il progetto di cura e riabilitazione deve tenere conto della normativa penitenziaria e dei codici penali in tema di tempi di accesso a condizioni detentive diverse o benefici. A Reggio, probabilmente per l'esperienza fatta come opg, cerchiamo di coinvolgere da subito i servizi psichiatrici del territorio di provenienza della persona per condividere il progetto di cura e di reinserimento soprattutto in comunità terapeutiche, naturalmente attraverso gli strumenti giuridici consentiti (arresti o detenzione domiciliare, affidamento in prova, art.21 ecc.), consapevoli anche che il progetto di cura non può esaurirsi in carcere e con la detenzione.

Lo specifico problema è stato oggetto di incontri o di protocolli?

Per la nostra realtà locale abbiamo fatto accordi soprattutto per quanto riguarda la condizione detentiva considerato che uno dei nostri reparti non prevede la presenza di personale di polizia penitenziaria ed in entrambi è presente personale sanitario (24 ore per l'infermiere, 12 ore tecnici della riabilitazione ed oss).

Può determinarsi una differenza in senso negativo tra l'efficacia della cura nelle REMS e quella intramuraria nei confronti di soggetti detenuti non destinatari di misure di sicurezza? Quali sono le sue valutazioni al riguardo anche in prospettiva e in base alla sua qualificata esperienza?

Differenze sono certamente presenti e prevedibili; il carcere non è pensato per essere un luogo di cura, e questo deve sempre essere chiaro anche per gli operatori che vi lavorano. Questo dovrebbe anche indurre a destinarvi personale altamente specializzato e qualificato oltre che motivato. Anche le REMS non sono però a mio avviso esenti dal rischio di diventare comunità chiuse e solo più confortevoli di un reparto detentivo perché anche gli internati sono sottoposti ai limiti dell'ordinamento penitenziario; credo che anche lì il personale debba essere qualificato, la psichiatria forense è una realtà scientifica e riconoscere ad una persona una condizione di pericolosità sociale su base psichiatrica non è un processo di etichettamento ma il riconoscimento di un bisogno specifico e la base per aiutarlo a risolvere.

1)Come è organizzata la sicurezza nelle REMS e se siano emersi problemi su tale aspetto? La sicurezza alla Rems di Bologna si basa su un accordo scritto con la Prefettura. In tale accordo vengono stabilite le modalità di intervento da parte delle forze dell'ordine in caso di situazioni di emergenza. La struttura si articola su tre piani e ad ogni piano esiste un pulsante di chiamata rapida collegato con la Centrale Operativa della Questura. Quando viene schiacciato il pulsante la Polizia chiama telefonicamente e chiede un codice identificativo della struttura; si possono verificare tre possibilità: 1) l'operatore REMS riferisce che è stato schiacciato per errore 2) l'operatore risponde spiegando il motivo della chiamata e segue l'arrivo rapido delle pattuglie 3) nessuna risposta, in questo caso vengono comunque inviate rapidamente le pattuglie in loco. All'interno della REMS è in servizio h/24 una guardia giurata con mansioni di portineria e di intervento in aiuto degli operatori in caso di bisogno. Da ultimo ogni operatore è dotato di un braccialetto dotato di un pulsante collegato via Wi-fi ad sistema di allarme interno: se il pulsante viene schiacciato si attiva l'allarme sonoro e su un display collocato nelle postazione delle Guardia Giurata compare il nome dell'operatore che ha attivato l'allarme e il piano a cui si trova. Dall'Aprile 2015, data di apertura della struttura, i sistemi di sicurezza esterni sono stati attivati 16 volte con intervento in loco delle forze dell'ordine. Nella quasi totalità dei casi si è trattato di episodi di agitazione psico-motoria di pazienti in fase di scompenso a cui ha fatto seguito un ricovero ospedaliero in regime di TSO. Ad oggi si sono verificati due indebiti allontanamenti dalla struttura, entrambi conclusi con il rientro dei pazienti.

2)Se e quali criticità si sono poste nella fase di passaggio dagli OPG alle REMS? Il passaggio dei pazienti da una situazione carceraria ad una struttura sanitaria ha creato un certo disorientamento iniziale nei pazienti, abituati a dinamiche relazionali carcerarie. La REMS è comunque una struttura sanitaria per pazienti con misura di sicurezza detentive e al suo interno vige il regolamento penitenziario. Tale situazione ha creato e crea tuttora qualche difficoltà, La convivenza di regole da struttura sanitaria e di regolamento penitenziario a volte non è facile, e nel tempo si stanno cercando soluzioni che permettano di superare gradualmente le contraddizioni più vistose, anche grazie ad un'ottima collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza.

3)Quali valutazioni si possono formulare sul nuovo assetto in generale e in particolare dal punto di vista dei risultati o delle prospettive terapeutiche? La prima sensazione, a due anni e mezzo dalla chiusura degli OPG non può che essere positiva. Sono stati definitivamente chiusi luoghi che di terapeutico avevano ben poco e IREMS stanno sempre più connotandosi come strutture di riabilitazione "intensiva" all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale ed in stretto contatto con le altre articolazioni dei DSM. Questo consente di formulare dei progetti terapeutici-riabilitativi individualizzati (PTRI) in collaborazione coi Centri di Salute Mentale e predisporre continuità di trattamento per il post-REMS. Come ogni innovazione di così ampia portata, il processo richiederà tempo, na le premesse sono incoraggianti.

4)Ha trovato attuazione il principio della territorializzazione degli internati? La REMS di Bologna attualmente ha un solo paziente di fuori Regione su 14 posti letto. A livello nazionale la situazione è variegata, ma tendenzialmente ci si sta uniformando a tale principio. Dalla sua apertura la REMS di Bologna ha ospitato 4 pazienti extra regione Emilia Romagna

5)Si registrano variazioni nel numero degli internati? No, dal Maggio 2015 la REMS di 3ologna ha sempre avuto tutti i 14 posti letto occupati. Diverse pressioni per accogliere internati in sovrannumero sono sempre state respinte, anche a fronte di minacce di denunce da parte di alcuni organi di PG.

6)Vi sono timori che le nuove strutture possano trasformarsi in nuovi OPG? La legge 81/2014 è estremamente chiara in merito. La misura di sicurezza del ricovero in REMS deve essere residuale. Pur tuttavia il recente provvedimento di riforma del codice penale (legge 103 del 23/06/2017), apre la possibilità di un invio alla REMS di una popolazione di pazienti che potrebbero snaturare il principio ispiratore delle REMS (detenuti art. 111 e 148 e osservazioni psichiatriche). Il parlamento sta lavorando ai decreti attuativi di tale legge e l'auspicio è che venga conservato l'impianto originario delle REMS

7)E' emersa o può emergere la necessità di avvalersi di strutture private e in tal caso ,come avviene o avverrebbe il rapporto con la Azienda sanitaria? Le strutture residenziali psichiatriche sono comunemente gestite dal privato sociale e ci si avvale di tali strutture convenzionate per il trasferimento dalla REMS di pazienti che ottengono la trasformazione della Misura di Sicurezza Detentiva in Libertà Vigilata. Le rette sono a carico dell'AUSL , con una parte di finanziamenti ad hoc da parte della Regione, sotto forma di Budget di Salute. Ogni AUSL della Regione dispone di una quota di finanziamenti regionali. Occorre sottolineare che il Budget di salute nasce come strumento per interventi territoriali e solo in alcuni casi può essere usato per l'inserimento in struttura di pazienti dimessi dalla REMS

8)Il numero delle proroghe nell'applicazione delle misure registra variazioni rispetto al passato? La legge 81/2014 prevede esplicitamente un tempo massimo di proroga delle MdS detentive. Tale limite è rappresentato dal massimo della pena edittale per il reato commesso. I Magistrati, quindi, stanno applicando la legge e le proroghe sono diminuite.

9)Vi sono problemi di capienza? Alla REMS di Bologna ci sono 8 persone in lista di attesa, a livello nazionale sono circa 300. Tale dato può essere letto in due modi distinti. Da alcune parti si sostiene che tale dato dimostra inequivocabilmente l'insufficienza dei posti letto REMS. D'altra parte c'è chi sostiene che il problema invece va riportato per la maggior parte ad una non appropriata applicazione della legge da parte della Magistratura di Cognizione (carattere residuale della MdS detentiva, dopo avere esperito tutti le altre possibilità di applicazione di misure diverse (in particolare Libertà Vigilata con prescrizioni). L'esperienza di questi due anni e mezzo mi fa propendere decisamente per la seconda ipotesi.

10)Gli stanziamenti sono adeguati? Gli stanziamenti per la REMS sono sufficienti. Non altrettanto si può dire per i fondi che ogni Azienda Sanitaria deve impegnare per i pazienti dimessi dalle REMS e per i liberi vigilati (Budget di Salute, inserimenti in strutture residenziali, etc).

11) Eventuali rilevazioni statistiche sulla REMS a lei affidata e se disponibili anche di carattere regionale e/o nazionale. Dall'apertura al 30/9/2017 sono stati effettuati alla REMS di Bologna 31 ricoveri (26 uomini e 5 donne). Le dimissioni sono state 17. Attualmente sono presenti 14 pazienti, di cui 10 in Misura Definitiva e 4 Provvisori. I pazienti stranieri sono stati 13, di cui 7 senza fissa dimora. 8 i pazienti completamente indigenti. Se interessano dati più dettagliati mi faccia sapere. Non dispongo di rilevazioni statistiche nazionali.

Dirigente Sanitario Casa di reclusione Ancona "Barcaglione"

 Quando un detenuto entra in Istituto come avviene l'incontro con l'Area sanitaria? Quali le procedure adottate?

Solitamente i detenuti provengono alla Casa Reclusione Barcaglione (CRB) da altri Istituti Penitenziari, raramente provengono direttamente dalla libertà (come costituiti). Dopo la perquisizione e aver svolto le pratiche burocratiche c/o l'ufficio di competenza, chiamato Matricola, il detenuto viene accompagnato dall' Ispettore di turno e/o da un agente di PP c/o l'infermiera dove il medico di turno effettua la visita medica che consiste nel valutare tramite colloquio ed esame obiettivo lo stato di salute del detenuto, eventuali patologie acute e impostare o confermare terapie farmacologiche in essere e valutazione di eventuale rischio suicidario. Si spiega, inoltre, al detenuto gli orari e le modalità di somministrazione di terapia. Se ritenuto opportuno, si richiede visita specialistica, consulenza psichiatrica e/o consulenza Sert (non per terapia perché i detenuti che giungono presso l'istituto di Barcaglione sono ex tossicodipendenti, ma per programmi alternativi).

2. Le spese sanitarie vengono pagate dal detenuto?

Le spese sanitarie quali visite mediche specialistiche ospedaliere e spese farmacologiche non vengono pagate dal detenuto in quanto esente. Solitamente prodotti da banco o vitamine non fornite dalla farmacia ospedaliera dalla quale ci riforniamo verranno acquistati a spese del detenuto previa autorizzazione medica.

Per quanto riguarda l'odontoiatria, prestazioni quali la conservativa, l'endodonzia e chirurgia le spese sono gratuite. Invece per quanto riguarda la protesica (mobile o fissa) si paga il ticket in base al tipo di prestazione eseguita. L'implantologia e l'ortodonzia non sono prestazioni contemplate. Qualora il detenuto ne necessitasse può rivolgersi ad un medico odontoiatra di sua fiducia a proprie spese (previa autorizzazione del direttore dell'istituto penitenziario).

3. Che rapporto si instaura tra il medico e il detenuto? Come viene superata la difficoltà della barriera linguistica nei colloqui riservati con i detenuti stranieri?

Il rapporto tra medico e detenuto è di affidamento terapeutico. Il medico viene visto come una figura di riferimento maggiormente se il detenuto presenta patologie croniche importanti. La continuità assistenziale garantisce maggiore compliance da parte del detenuto.

La difficoltà linguistica con i detenuti stranieri si verifica poche volte perché solitamente comprendono e parlano l'italiano, altrimenti si utilizza la lingua inglese.

4. La circostanza che il medico sia ora parte del SSN e non più dell'Amministrazione Penitenziaria ha accresciuto la fiducia dei detenuti nei suoi confronti?

Ad oggi non ho elementi necessari per valutare tale aspetto, in quanto la mia attività lavorativa inizia dopo l'anno 2008 quando le competenze sanitarie della Medicina Generale e Specialistica Penitenziaria sono state trasferite dal Ministero della Giustizia al SSN e quindi a Regione e ASL.

5. Il ricorso a strutture sanitarie esterne è frequente o il servizio interno risulta in prevalenza inadeguato? In caso negativo, quali carenze sono identificabili?

Il ricorso a strutture sanitarie esterne è frequente soprattutto per effettuare esami strumentali ad esempio esami endoscopici, radiologici e interventi chirurgici specialistici. Al momento l'Istituto è provvisto di medico cardiologo e medico psichiatra che intervengono su richiesta. Per le altre visite specialistiche si inviano i detenuti presso i presidi sanitari territoriali.

6. Quali patologie risultano più frequenti?

Le patologie più frequenti sono le patologie odontoiatriche, dermatologiche, ortopediche, infettivologiche, dismetaboliche.

7. La patologia psichiatrica quanto è frequente in carcere e come viene trattata?

La detenzione è sinonimo di una pena corporale che ha risvolti sulla salute psicofisica, creando una forma di disadattamento psicoemotiva a volte sintomatica e quindi necessita anche di trattamento psicofarmacologico e psicoterapico. Nella CRB non sono presenti detenuti psichiatrici, sono detenuti con problemi soprattutto di insonnia, ansa e lieve tono dell'umore deflesso.

8. Come vengono distinti i detenuti affidati alle sezioni di salute mentale da quelli affidati alle Sezioni Osservandi. Quale è il rapporto tra le due articolazioni?

Nelle Marche la Sezione Osservandi è presente solo nel carcere di Ascoli Piceno dove l'inserimento avviene previa valutazione e indicazione consulente psichiatrico carcerario dell'Istituto inviante. I posti letto sono due in tutta la Regione e la permanenza di valutazione è di un mese, poi verranno inviati in REMS oppure al carcere di provenienza-inviante o alla sezione di salute mentale ancora non esistente nelle Marche prevista ma non concretizzata. La Sezione di Salute Mentale all'interno delle strutture penitenziarie non sono alloggi poste in essere ma rientrano in un progetto di riforma che non ha avuto applicazione concreta nella Regione Marche. Il rapporto tra le due articolazioni (Sezione Osservandi e Sezione Salute Mentale) al momento nella pratica clinica è inesistente perché la sezione di salute mentale nelle Marche è in fase progettuale.

9. Quali possono essere le difficoltà di rapporti o di vedute tra la componente medica, la direzione dell'Istituto e la Polizia Penitenziaria?

Solitamente esiste un rapporto di collaborazione e di interscambio operativo tra la componente medica, la direzione dell'Istituto e la polizia penitenziaria. Le Difficoltà operative possono avvenire in mancanza di risorse strumentali.

10. Altre possibili considerazioni e valutazioni sulle criticità dell'attuale assetto del servizio?

Dirigente ufficio detenuti e trattamento presso Provveditorato regionale Toscana e Umbria

inviata



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

PROVVEDITORATO REGIONALE TOSCANA E UMBRIA

UFFICIO III - DETENUTI E TRATTAMENTO

Alla Studentessa Francesca Lucia Pandolfi

Oggetto: riscontro questionario al direttore UDT PRAP TOSCANA-UMBRIA

Gentilissima,

di seguito riscontro alle sue domande finalizzate alla elaborazione della tesi "La tutela della salute nei luoghi di detenzione"

1) Il passaggio della sanità penitenziaria alla sanità pubblica è avvenuto con il DPCM del 2008. Questa importante innovazione è passata attraverso un generale disorientamento degli operatori appartenenti alle due amministrazioni statali, non sono quindi mancati significativi picchi di conflittualità, di frustrazioni, determinati soprattutto dall'incapacità di dialogare delle parti, nonché dalla necessità di dover riconoscere ad entrambe pari dignità di ruolo. Nel passato la legittimità di un sistema sanitario penitenziario alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria sottolineava la sussistenza di una "specificità" di tale sanità, in particolare sulla peculiarità professionale del medico penitenziario che aveva una buona conoscenza della ricerca criminologica e della sua implicazione forense. In realtà la dimensione che veniva privilegiata era quella custodiale, pertanto la subordinazione del personale sanitario al direttore dell'istituto era funzionale al sistema penitenziario e i sanitari si sentivano in qualche modo rassicurati dalla parziale deresponsabilizzazione che naturalmente da ciò discendeva. Con la riforma e la nuova cultura legislativa nazionale e sovranazionale la sanità ha acquisito piena dignità di azione, anche se in un momento storico ove la riduzione delle risorse umane ed economiche di fatto limitava fortemente la reale completa presa in carico e cura dei pazienti detenuti. Tale realtà ha determinato e determina una costante ricerca di equilibri tra le due amministrazioni, non sempre facili da trovare. Si pensi, ad esempio, alla criticità relativa all'aumento degli invii in ospedale per visite urgenti che fa pensare alla pratica della "medicina difensiva", o alla sempre più difficile da dirimere questione della condivisione dei dati sanitari, dati necessari per la migliore gestione ed organizzazione della vita dei detenuti , del loro spostamento negli istituti, della loro effettiva presa in carico globale.

Cap 50139, Firenze – Via Bolognese n. 84 – Tel 055460761 - ⊠ pr.firenze@giustizia.it – CodFisc 80025830482



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

PROVVEDITORATO REGIONALE TOSCANA E UMBRIA

UFFICIO III - DETENUTI E TRATTAMENTO

Queste criticità potrebbero trovare risoluzione nello scambio interistituzionale che dovrebbe avvenire costantemente a livello locale nell'ambito dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria regionale; poichè può incidere sull'eliminazione dei nodi criticidel territorio e sul rafforzamento delle buone prassi, rassicurando entrambe le compagini e divenendo un punto di riferimento qualificato e qualificante. Le due organizzazioni dovranno trovare necessariamente una interazione che permetta la crescita e lo sviluppo di una consolidata ed affidabile rete di gestione della persona detenuta

- 2) La chiusura degli OPG, scelta di grande civiltà per il nostro Paese, ha di fatto determinato l'aumento della presenza di detenuti con problematiche di natura psichiatrica all'interno delle strutture penitenziarie. Il fenomeno può spiegarsi per la assenza sul territorio di strutture adeguate alla cura e al contenimento dei c.d. "folli rei". L'espressione "folli rei" è stata utilizzata dal Codice penale sardo del 1859, all'art. 94, per rappresentare gli agiti e le circostanze che escludevano la configurazione del reato, in ossequio al principio nullumcrimen sine culpa. Quindi, se in linea di principio, non può che condividersi appieno la necessità di superare gli ospedali psichiatrici giudiziari che vedevano la sottoposizione dei malati psichiatrici autori di reato alla detenzione, la chiusura avvenuta senza approntarecomunità chiuse specializzate per la cura di soggetti pericolosi socialmente(REMS), strutture aperte con livelli di sicurezza "medio" e servizi di psichiatria territoriale adeguati a prendere in carico la totalità degli internati, ha di fatto prodotto l'ingresso di tali soggetti negli ordinari circuiti detentivi, creando notevoli difficoltà nello loro gestione (che non può che essere prevalentemente custodiale!) impedendo agli stessi una adeguata presa in carico e cura all'esterno del penitenziario. Tale situazione viene a determinarsi quando, in sede peritale, non viene riconosciuta la incompatibilità della patologia con il regime detentivo. Il futuro della persona considerata socialmente pericolosa, e pertantonecessitante di cure psichiatriche, diventa il carcere, anziché una adeguata struttura sanitaria.
- 3) La riforma sanitaria ha avuto, come era ovvio prevedere, riflessi positivi e negativi sull'assistenza in carcere. Certamente positivo è stato il nuovo approccio al detenuto paziente che ha visto la valorizzazione degli interventi di prevenzione e di cura riconosciuti alla pari dei cittadini liberi. In pratica si è visto il riconoscimento formale dei cosiddetti LEA (livelli essenziali di assistenza) a tutti i detenuti ed internati in modo da garantire, in tutte le realtà penitenziarie, una assistenza di base e specialistica paritaria, senza discriminazioni con l'esterno. Si è proceduto, spesso ad effettuare screening partendo dall'analisi della popolazione ristretta nel singolo istituto, tenendo conto dell'età media, dell'appartenenza geografica, delle patologie che le evidenze scientifiche attribuiscono a tali indicatori. Di contro, i sanitari hanno oggi la necessità di raggiungere gli obiettivi, di valutare le prestazioni, insomma devono rispondere ai criteri di efficacia ed efficienza introdotti dalle Aziende. Ciò ha determinato una mancanza di tempo per quel delicato e difficile compito del quale era investita la vecchia figura del "medico del carcere", il quale curava la persona anche solo ponendosi in termini di ascolto. I detenuti, anche i più riottosi e

Cap 50139, Firenze - Via Bolognese n. 84 - Tel 055460761 - 🖂 pr.firenze@giustizia.it - CodFisc 80025830482



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

PROVVEDITORATO REGIONALE TOSCANA E UMBRIA

UFFICIO III - DETENUTI E TRATTAMENTO

Queste criticità potrebbero trovare risoluzione nello scambio interistituzionale che dovrebbe avvenire costantemente a livello locale nell'ambito dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria regionale; poichè può incidere sull'eliminazione dei nodi criticidel territorio e sul rafforzamento delle buone prassi, rassicurando entrambe le compagini e divenendo un punto di riferimento qualificato e qualificante. Le due organizzazioni dovranno trovare necessariamente una interazione che permetta la crescita e lo sviluppo di una consolidata ed affidabile rete di gestione della persona detenuta

- 2) La chiusura degli OPG, scelta di grande civiltà per il nostro Paese, ha di fatto determinato l'aumento della presenza di detenuti con problematiche di natura psichiatrica all'interno delle strutture penitenziarie. Il fenomeno può spiegarsi per la assenza sul territorio di strutture adeguate alla cura e al contenimento dei c.d. "folli rei". L'espressione "folli rei" è stata utilizzata dal Codice penale sardo del 1859, all'art. 94, per rappresentare gli agiti e le circostanze che escludevano la configurazione del reato, in ossequio al principio nullumcrimen sine culpa. Quindi, se in linea di principio, non può che condividersi appieno la necessità di superare gli ospedali psichiatrici giudiziari che vedevano la sottoposizione dei malati psichiatrici autori di reato alla detenzione, la chiusura avvenuta senza approntarecomunità chiuse specializzate per la cura di soggetti pericolosi socialmente(REMS), strutture aperte con livelli di sicurezza "medio" e servizi di psichiatria territoriale adeguati a prendere in carico la totalità degli internati, ha di fatto prodotto l'ingresso di tali soggetti negli ordinari circuiti detentivi, creando notevoli difficoltà nello loro gestione (che non può che essere prevalentemente custodiale!) impedendo agli stessi una adeguata presa in carico e cura all'esterno del penitenziario. Tale situazione viene a determinarsi quando, in sede peritale, non viene riconosciuta la incompatibilità della patologia con il regime detentivo. Il futuro della persona considerata socialmente pericolosa, e pertantonecessitante di cure psichiatriche, diventa il carcere, anziché una adeguata struttura sanitaria.
- 3) La riforma sanitaria ha avuto, come era ovvio prevedere, riflessi positivi e negativi sull'assistenza in carcere. Certamente positivo è stato il nuovo approccio al detenuto paziente che ha visto la valorizzazione degli interventi di prevenzione e di cura riconosciuti alla pari dei cittadini liberi. In pratica si è visto il riconoscimento formale dei cosiddetti LEA (livelli essenziali di assistenza) a tutti i detenuti ed internati in modo da garantire, in tutte le realtà penitenziarie, una assistenza di base e specialistica paritaria, senza discriminazioni con l'esterno. Si è proceduto, spesso ad effettuare screening partendo dall'analisi della popolazione ristretta nel singolo istituto, tenendo conto dell'età media, dell'appartenenza geografica, delle patologie che le evidenze scientifiche attribuiscono a tali indicatori. Di contro, i sanitari hanno oggi la necessità di raggiungere gli obiettivi, di valutare le prestazioni, insomma devono rispondere ai criteri di efficacia ed efficienza introdotti dalle Aziende. Ciò ha determinato una mancanza di tempo per quel delicato e difficile compito del quale era investita la vecchia figura del "medico del carcere", il quale curava la persona anche solo ponendosi in termini di ascolto. I detenuti, anche i più riottosi e

Cap 50139, Firenze - Via Bolognese n. 84 - Tel 055460761 - 🖂 pr.firenze@giustizia.it - CodFisc 80025830482



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

PROVVEDITORATO REGIONALE TOSCANA E UMBRIA

UFFICIO III - DETENUTI E TRATTAMENTO

recalcitranti alla detenzione, vivevano il "dottore" come un rifugio, come la persona alla quale confidare anche le difficoltà sanitarie più intime, le paure all'approssimarsi delle uscite in permesso, insomma viveva il "medico incaricato" come il proprio medico curante. Oggi, la organizzazione sanitaria spesso non permette più tale aspetto "umano" del servizio, i medici, frequentemente, hanno contratti a tempo determinato, non hanno mai lavorato prima negli istituti di pena e non riescono a comprendere le necessità determinate dall'ordine e dalla sicurezza interna, vivono l'esperienza detentiva, appunto come esperienza e non si "fidelizzano", preferendoaltri incarichi appena possibile. Ovviamente non è sempre così e di professionisti seri e appassionati del lavoro "dietro le sbarre" ve ne sono e ad essi va il riconoscimento e l'apprezzamento per la capacità di mantenere un sano equilibrio fra le esigenze aziendali e le esigenze penitenziarie.

4) L'ordinamento giuridico italiano non annovera fra i reati la fattispecie del suicidio ma incrimina, in particolari circostanze, chi non lo impedisce (art.593 c.p.), inoltre prevedere la applicabilità dell'esimente della legittima difesa ex art.52 c.p., per chiunque, nello scongiurare tale evenienza, ne commetta alcuno (ad es. violenza privata, violazione di domicilio, ecc...) e non prescrive alcuna pena nel caso del tentativo.

La norma quindi tutela la vita umana e la considera diritto inalienabile del cittadino ed ogni minaccia nei suoi confronti raffigura una manifestazione di violenza contro le regole che lo Stato ha prescritto.

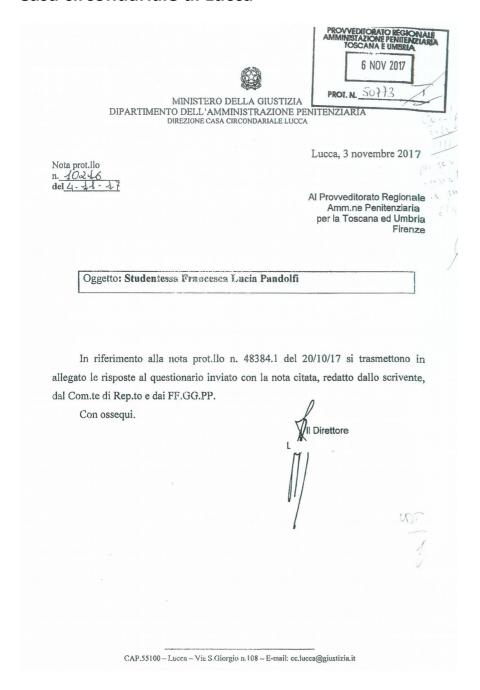
Lo Stato, quindi, è chiamato ad adoperarsi per porre in essere azioni di cura adeguate per prevenire tali agiti e avviare una idonea profilassi per garantire un totale recupero a coloro che un tale gesto lo hanno solamente tentato.

L'ordinamento penitenziario all'art. 1 sancisce che "...il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona....è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti." (L. 26/7/1975 n. 354)

L'amministrazione penitenziaria ha dimostrato un impegno costante negli anni nello studio di direttive da impartire allo scopo di prevenire il verificarsi di suicidi e/o agiti autolesionistici da parte delle persone private della libertà personale. Le lettere circolari e le circolari più significative sono state emanate sin dal 1986: 7 aprile 1986 relativa alla tematica dei suicidi e degli atti di autolesionismo; 21 luglio 1986 "Tutela della vita e della salute delle persone detenute"; 30 dicembre 1987 "Tutela della vita e della incolumità fisica e psichica dei detenuti e degli internati: istituzione e organizzazione del servizio nuovi giunti", 17 giugno 1997 "Tutela della vita e della salute delle persone detenute. Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario"; 12 maggio 2000 "Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario: linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri"; 6 giugno 2007 "I detenuti provenienti dalla libertà: regole di accoglienza. Linee di indirizzo"; 25 gennaio 2010 "emergenza suicidi- istituzione unità di ascolto di polizia penitenziaria"; 19 giugno 2012 "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"; 21 dicembre 2015 " La conoscenza della persona attraverso i processi organizzativi: indicazioni per meglio prevenire le situazioni di criticità."; 4 febbraio

Cap 50139, Firenze – Via Bolognese n. 84 – Tel 055460761 - ⊠ pr.firenze@giustizia.it – CodFisc 80025830482

Direttore, Comandante del reparto, funzionario giuridico pedagogico della Casa circondariale di Lucca



- 1. Il diritto alla salute è pienamente garantito all'interno degli istituti penitenziari con un attenzione costante alle condizioni cliniche di chi si trova in carcere. Sono previste visite all'atto di ingresso, controlli periodici anche in caso di assenza di patologie, con la presenza di un servizio di continuità assistenziale (guardia medica) più o meno esteso durante le 24 h un servizio infermieristico e l'accesso degli specialisti per varie branche per le visite. Nel caso in cui non sia sufficiente si può ricorrere al trasferimento temporaneo in strutture penitenziarie che hanno veri e propri reparti ospedalieri interni con offerta di assistenza continuativa (c.d. SAI, Servizio Assistenza Intensiva) ovvero al ricovero in ospedale esterno, dove il detenuto viene piantonato dal personale di Polizia Penitenziaria per il tempo di permanenza.
- 2. Si può rispondere si al quesito, precisando che si tratta dei LEA (livelli essenziali di assistenza) assicurati nella stessa misura garantita ai cittadini residenti nel territorio ove insiste la struttura penitenziaria che ospita il detenuto. In tal senso, anche sotto l'aspetto amministrativo il soggetto ristretto viene registrato nell'anagrafe sanitaria dell'Asl dove appunto di trova la struttura detentiva. Diversa e più complessa è la questione nel caso ci si riferisca a livelli superiori di assistenza come ad esempio cure odontoiatriche protesiche o la fornitura di protesi avanzate per la mancanza di arti.
- 3. Il bilancio a quasi dieci anni dal passaggio definito dal DPCM del 2008 in Toscana è sicuramente positivo. L'attenzione e l'impegno della Regione sono stati sempre elevati. Esistono diverse delibere che hanno dato attuazione nel tempo alle linee guida emesse dalla Conferenza Stato Regioni nei diversi aspetti della garanzia della salute in carcere. E' chiaro che sono presenti anche delle ombre: la difficoltà di coordinare nella pratica l'agire di appartenenti a comparti diversi caratterizzati in modo molto particolare (fortemente gerarchizzato quello penitenziario, a competenza ramificata e diffusa quello sanitario) malgrado l'esistenza di protocolli, l'incremento dei servizi di invio all'esterno di detenuti in strutture ospedaliere esterne per servizi specialistici non presenti all'interno.
- 4. E' chiaro che l'ambiente detentivo costituisce sicuramente una condizione di ulteriore deficit nella possibilità di garantire benessere e salute ai ristretti. C'è chi parla molto esplicitamente del carcere come malattia in sé. La convivenza forzata, in ambiti spesso angusti, con persone sconosciute di diverse provenienze territoriali e culture, possono senza dubbio condurre ad un disagio ulteriore che eleva gli effetti di alcune patologie o quantomeno la percezione delle stesse.
- 5. La possibilità di intercettare i bisogni della salute mentale è una delle grandi questioni, forse anche la più attuale, nel complesso panorama della Salute all'interno degli istituti. L'opera è alquanto difficile perché il disagio psichico si presenta in forme sempre più mutevoli non sempre riconducibili alle malattie mentali della casistica classica (ad esempio schizofrenia, disturbi psicotici, nevrosi, sindromi borderline). Sono sempre più frequenti i casi di disturbi dell'umore, disturbi da uso di sostanze stupefacenti (anche queste sempre più nuove e diverse); doppie diagnosi (cioè patologie psichiatriche e correlate ad uso di sostanze), soggetti antisociali, la cui difficile gestione si acuisce con l'ingresso in carcere ed il rifiuto di qualsiasi terapia. Il raccordo con l'attività del Dipartimento Salute Mentale è costante. Regolato da un protocollo locale per la gestione del rischio suicidari e dei casi a rischio, prevede al presenza di uno specialista in istituto per almeno tre ore al giorno ed il raccordo con i servizi territoriali esterni con possibilità di ricorrere anche la ricovero in SPDC nei casi più gravi.
- 6. Uno degli effetti del superamento degli O.P.G. è senza dubbio l'assorbimento dei casi di possibile osservazione psichiatrica all'interno del sistema penitenziario. Alcuni problemi sono stati accennati al punto 5. Nei casi più gravi l'osservazione ex art. 112 Dpr 230/2000 è

- richiesta presso apposite sezioni (Sezioni Osservandi) presenti in alcuni istituti del distretto (Toscana ed Umbria). E' indubbio che la limitatezza dei posti a disposizione e quindi anche il lasso di tempo per l'effettiva disponibilità del posto ha di molto ridotto il ricorso a questa procedura.
- 7. Come detto al punto 5. esiste un protocollo operativo siglato nel 2012 che formalizza l'esistenza di uno Staff multidisciplinare (direttore, educatore, assistente sociale, medico, psichiatra, psicologo, Comandante del Reparto di Pol. Pen.). I vari operatori fanno colloqui con le persone che entrano in carcere già dalle prime ore e ne segnalano i segnali di eventuale rischio suicidario tramite un fascicolo condiviso. Da lì, se necessario si mettono in atto misure di precauzione vigilative e la presa in carico del soggetto. Sono previste riunioni collegiali quindicinali dello Staff e convocazione straordinarie per i casi di particolare acuzie.
- 8. In realtà non esistono particolari ricette in casi simili. Il rifiuto del vitto o della terapia è talvolta utilizzato quale messaggio di rottura, rivendicazione di pretese e richieste, anche verso la situazione processuale. Restando ferma la libertà di determinazione nell'adesione alla cure mediche, in carcere si cerca di attivare gli input presenti per convincere il soggetto a recedere dalle proprie intenzioni, mediante colloqui con psicologo, educatore, medici. Nei casi più estremi e pervicaci è necessario ricorrere all'iter del TSO, trattamento sanitario obbligatorio, se i rifiuti sostanziano pericolo di vita o di funzioni vitali ed esistono i presupposti per dichiarare una temporanea incapacità di agire dell'interessato.
- 9. Il pericolo di diffusione delle malattie infettive in carcere soggiace alle regole precauzionali tipiche di comunità che prevedono una convivenza con servizi igienici condivisi, effetti letterecci vicini, la preparazione dei pietanze cumulativa, quindi non diverse da caserme, ospedali, collegi. Va sfatato il mito negativo di pericoli incontrollati ed incontrollabili: il contagio di quasi tutte le malattie infettive avviene in maniera più complessa che con la semplice respirazione nello stesso ambiente; la permanenza negli stessi ambiti è disciplinata da regole ed è sorvegliata.
- 10. La condivisione dei dati sensibili (personali) e supersensibili (sanitari) avviene in modo regolato. Esiste un protocollo tra le due amministrazioni che disciplina le modalità di condivisione dei dati ed i soggetti rispettivamente incaricati, che comunque soggiacciono al segreto d'ufficio previsto dagli ordinamenti contrattuali applicabili. Lo stesso protocollo regola la trasmissione, conoscibilità ed utilizzo dei dati personali (sensibili) e giudiziari (supersensibili) dall'amministrazione penitenziaria a quella sanitaria per gli aspetti di interesse.
- 11. La riservatezza durante la visite mediche è garantita. E' previsto che il controllo visivo non sia esteso al momento di vera e propria effettuazione. E' però previsto in casi di particolare conformazione fisica della struttura ambulatoriale o quando particolare esigenze di sicurezza lo richiedano (per esempio detenuto particolarmente agitato con pregressi atti eclatanti) che il personale sanitario richieda espressamente la presenza anche in ambulatorio di unità di polizia per la vigilanza. Allo stesso modo ciò può essere praticato nel caso di somministrazione di particolare terapia (ad esempio metadone).

1. SULLA BASE DELLA SUA ESPERIENZA PROFESSIONALE, RITIENE CHE IL DIRITTO DELLA SALUTE DEI DETENUTI IN CARCERE SIA ASSICURATO.

Il diritto alla salute dei detenuti è pienamente tutelato all'interno delle strutture detentive avendo gli stessi a disposizione medici generici e specialisti che seguono il loro percorso interno in maniera attenta ed efficace.

Qualora i medici interni ritengano che le condizioni di salute del soggetto necessitino di approfondimenti, possono disporre l' invio presso il locale ospedale.

La distribuzione della terapia è , poi, assicurata giornalmente grazie alla presenza di un servizio infermieristico.

2. PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO DELL'ASUR CHE OPERA IN ISTITUTO: UNA COMPLICAZIONE O UNA RISORSA PER IL SUO LAVORO ? VI E' INTEGRAZIONE?

La presenza di professionalità diverse non può che essere una risorsa anche se in alcune particolari situazioni vi sono state delle problematiche relative al diverso approccio nei confronti del detenuto.

3. L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE E' DI FONDAMENTALE IMPORTANZA: HA AVUTO LA POSSIBILITA' DI FREQUENTARE CORSI DI AGGIORNAMENTO CONGIUNTO CON IL PERSONALE ASUR?

Si in passato

4. DA QUANTI ANNI LAVORA IN CARCERE E, NEGLI ANNI COME E' CAMBIATA LA TIPOLOGIA DELLA POPOLAZIONE DETENUTTA'

Lavoro in carcere da dieci anni e negli ultimi tempi ho potuto notare un aumento della popolazione detenuta con problemi di natura psichiatrica o comunque con disturbi dell'adattamento che rendono difficile l'approccio interno sia sotto il profilo della sicurezza che del trattamento

5. DISAGIO PSICHIATRICO, GESTI DI AUTOLESIONISMO, RISCHIO SUICIDARIO: IL RUOLO DELLA POL. PEN.

Nella quotidiana attività di osservazione e di partecipazione al trattamento rieducativo del detenuto fondamentale ed imprescindibile è il contributo della Polizia penitenziaria. L'operatore della Polizia penitenziaria è, difatti, costantemente presente all'interno delle sezioni detentive, osserva il comportamento del soggetto in ogni momento della giornata anche quando non crede di essere visto. Per questo motivo molto spesso è in grado di intercettare i segnali del disagio prima degli altri operatori e di agire al fine di evitare che eventuali gesti vengano portati a più gravi conseguenze

RISPOSTE QUESTIONARIO STUDENTESSA LUCIA PANDOLFI

Funzionario Giuridico Pedagogico (educatore)

1) Sulla base della sua esperienza professionale, ritiene che il diritto alla salute dei detenuti in carcere sia assicurato?

In linea di massima il diritto alla salute è assicurato. Permangono delle criticità legate all'organizzazione della ASL

2) Come sono i rapporti con il personale medico e infermieristico dell'AUSR che opera in istituto?

I rapporti sono caratterizzati da rispetto e collaborazione soprattutto con riferimento alle figure professionali più coinvolte nei processi trattamentali quali psichiatra e psicologo.

3) Nell'attività di osservazione e trattamento si tiene conto delle specifiche esigenze sanitarie e delle eventuali patologie psichiatriche in particolare?

Si ed è imprescindibile tenerne conto per l'elaborazione di un adeguato Programma di Trattamento Individualizzato.

4) Potenziamento delle attività trattamentali (es. lavoro colloqui e affettività) e degli spazi di ascolto, personalizzazione del trattamento, sono strumenti utili di intervento rispetto al disagio psichico, ai gesti di autolesionismo, al rischio suicidarlo?

Certamente, l'attenzione alle caratteristiche di personalità e alle problematiche psichiatri e/o psicologiche al fine di evitare o ridurre gli eventi critici (gesti di autolesionismo, tentativi di suicidio ecc.) devono essere coadiuvati da strumenti trattamentali efficaci e di diversa tipologia, al fine di adattare gli interventi alle singole individualità.

5) Utilizzate tecniche di peer support? È stata fatta una formazione di care giver?

Al momento no, tuttavia è in vai di definizione un progetto di formazione per peer support che coinvolgerà sia l'ara trattamentale che quella sanitaria, nella formazione di un gruppo di detenuti ritenuti idonei ad assolvere a questo compito.



Ministero della Giustizia
Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
Casa Reclusione Fossombrone
Area Trattamento
areatrattamento.cr.fossombrone@giustizia.it
tel. 0721714198

Alla Sig.ra Lucia Pandolfi

lemporary

Prot.n. 15938 /5.d

OGGETTO: questionario "La tutela della salute nei luoghi di detenzione".

Con riferimento alla richiesta in data 13/11/217 e a seguito dei contatti intercorsi con l'area trattamento di questa casa di reclusione, si trasmettono i questionari anonimi somministrati ad alcuni detenuti ed operatori e relativi alla tutela della salute nei luoghi di detenzione.

Al riguardo, si fa presente, che una copia dell'elaborato finale (anche in formato digitale) dovrà essere trasmesso al Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria di Bologna.

Si inviano cordiali saluti.

(1) DETENUTO CASA BELUSIONE FOSSOMERONE

Alla visita di primo incresso e' sitto visio se Auevo problemi di salvie, piu' che visite sono state dorunde-Sono sitto informatio cla altiri de ienvi; che se avevo bisogno di una visita clovevo farlo presenie la sera o al manino all'infermiere di iveno per poi essere chiamato clal sonore, ma in casi piu' delicaii si viene chiamati subito-2) Ho auvio necessita' di assisienza sanitaria

IN CARCERE PER UNA FRANCES ED E'SILIA ADRIVATA.

3) Non eré qui Sitio sleve coeso su répariche Suritable in toui l'Carceri Otre Sono Stato.

di Sunza con problemi psichici.

Cli too dato un sossection psichico ra forse di più ropale ceremdo d' marcinarlo come un francho facendo seni re a suo soio cercando di evinarcii quei cesi neclarivi che le persone con questi problemi fanno ra la cosa più importante che ri ha dato para soddi stazione

E' quelle di energli que abolire e obiere le Trenpir di psies Fernei curandolo col suo

Siesso cervello-

3) El Repporte con Gii opernori Smitari -lell'Editiono e' rectio cordinte e epperante.

3) Non to evolo necessite di Firmi visitare de on rection di Fidora e spero che non capiti rai a elerno il piu' jardi possibile.

1 DETENUTO C.R. FOSSOMBRODE

- 1) Nell Primo ingressio ovato sufficienti euro per la tutelo della mia rolute.
- 2) In carcere ovuto necessita di assistenza e stota edequata
- 3) Durointe la mia Detensione non overto la possibilità di non frequentare corsi temoliche sanitarie, dinenno genere.
- M) Derrointe la Detensione oruto dei compagni di sesione con disordi degresivi. E stato promibile starei vicino moralmente, molto in portionte in questi lucchi: !!
- 5) Il mio Rapporto con gli operatori sanitari e normale.
- 6) ito arreito la necessita di avere briro ono di un medies di fiducia, ma per malivi e conomici non e stoto prossibile, per molivi ortopedici.

1) Non ho Avoto intermazioni dal medico Rigurado La Tutela della salut Sono STATO intermato x quanto Rigurada All'Assistenza sanitaria è Specialistica -

2) HO AYUTO NECESSITA di ASSISTENZA SANITARIA - E IN MODO

AdEQUATO-

3) NON TO FREQUENTATO IN CARCERE CORSI SUTEMATICHE SANITARIE

- 4) DURANTE LE CARCERAZIONI NO AVUTO COMPAGNI di STAN 20 CON PROBLEMATICHE SANITARIE di ALTRA NATURA, E SICURAMENTE LE NO dATO UN SUSTEGNO MORALE E ANCHE UN SUPPORTO NEL MODO DELLE MIE MINIME CONOSCENZE SANITARIE -
- 5) UN oTTIMO RAPPORTO SERIO ENESTE EdUCATO
- 6) Non ho mai avulo modo di Parmi visiTare da un Medico di Piducia Ho avulo visiTe specialistiche E interventi chiauroici in ospedali durante La deTenzione E viste mediche all'interno desli istituti di reclusione-

- 1) Nella visita medica di ingresso presso questo istituto non ho avuto nessuna indicazione dal medico per la tutela della mia salute; anzi, quando gli ho spiegato di avere un serio problema di salute, quello mi ha risposto minimizzando e affermando che non si trattava di niente di grave. Per quello stesso problema la situazione è attualmente peggiorata e ne sto portando le conseguenze. Non sono stato assolutamente informato sulle modalità di accesso all'assistenza sanitaria e specialistica; anzi, per loro è preferibile mantenerti nell'ignoranza così ti possono infinocchiare quello che pare e piace.
- 2) Purtroppo, ho avuto necessità di assistenza sanitaria in carcere e non dico che non è stata adeguata, dico che è una cosa indecente e vergognosa e che un veterinario serio presta agli animali un assistenza sanitaria migliore di quella che tanti medici carcerari prestano alle persone detenute.
- 3) Durante la detenzione non ho avuto la possibilità di frequentare corsi su tematiche sanitarie di nessun tipo e parlando di corretta alimentazione mi sembra un poco ridicolo dato che, nella maggioranza degli istituti penitanziari italiani, soprattutto in quelli ad alta capienza, il vitto che viene passato ai detenuti è un qualcosa di veramente scadente e vomitevole; e detenuti che sono costretti a mangiare quella roba, col tempo, rischiano seriamente di ammalarsi. Detto ciò, poi volete che parlaiamo di assistenza sanitaria?
- 4) Durante la detenzione non solo ho avuto compagni di stanza con disagio psichico e con malattie infettive di vario tipo (epatite c e via discorrendo), per le quali nemmeno ti avvisano, giusto per farvi capire quanto sono accorti dal punto di vista sanitario, ma i disagi psichici li hanno fatti venire pure a me, altro che sostegno o supporto!! Quì dentro si è abbandonati a se stessi e non gliene frega niente a nessuno nè della tua salute, nè dei tuoi problemi psichici o di quale altra natura possano essere. Tutti questi suicidi, episodi di violenza o autolesionismo che ci sono nelle carceri, secondo voi a cosa possono essere dovuti?
- 5) Il rapporto con gli operatori sanitari dell'istituto è buono finchè stai bene, nel senso che gli chiedi al massimo la pastiglia per il mal di testa, o sciocchezze del genere; ma se hai problemi seri poi capisci veramente con chi hai a che fare. Per loro, che sono abituati a "curare tutto" con le solite due o tre pillole, diventi una scocciatura e vedi come cambiano di atteggiamento nei tuoi confronti. Ho sentito addirittura un'infermiera, che si sente probabilmente dirigente sanitaria, o magari assistente penitenziaria, affermare che qui a Fossombrone loro le persone le mandano a curare solo in caso di pericolo di vita!! Ecco, questa è la mentalità dell'area sanitaria; se non sei praticamente in pericolo di vita, per queste persone te ne puoi rimanere praticamente infermo nel letto a farti la carcerazione. É proprio una cosa educativa a livello umano e sanitario!
- 6) Durante al carcerazione sono stato obbligato a farmi visitare da più di un medico di fiducia a pagamento, perchè nelle mani della maggior parte dei medici penitenziari sei fottuto!! Sono abituati infatti, a minimizzare, omettere, mentire, e in pratica a fare tutto, tranne che curare dignitosamente le persone detenute. Questa è la verità nuda e cruda, che può piacere o meno, ma è così che funziona.

- PARTE DEI MEDICO D'INGRESSO

 ST, SUNO STATO INFORMATO SULLE MODALITÀ DI
 A CCESSO ALL'ASSISTENZA SANITARIA E VISITE SPECIALISTI
- 2) ST, HO AUUTO BISOFNO DI ASSISTENZA SANITARIA IN EAREERE (MI SOMO ANCHE OPERATO) ED É STATA DISERETAMEN ADECUATA-
- 3) NO, MAI!
- 4) SI, DURANTE LA DETENZIONE HO AUUTO COMPAUNION
 FORTI E GRAVI DISABISI, HO DATO SOSTEUNO MORALE E MATERIALE, E HO ANCH
 SALVATO LA VITA (IO E UN ABENTE) A UN DETENUTO CHÈ
 TENTO LIMPI CEA CIONE E LA NOTITA FURIPORTATA SUI
 BIORNALI-COMPRESO IL NOME-
- 5) IL RAPIORTO CON QUI OPERATORI SANITARI (INFERNERISTICO É E CELLENTE ! MENTRE PER IL PARI DENTE SANITAR E UN 70 BIRBANTELLO - - MA E UN BRAV'VOMO ED E PROFESSIONALE -
- MEDIED DI PARTE PER UNA PERIZIA DI PARTE.

 ANCHE IN QUESTO ISTITUTO.

DETENDTO C.R. FOSSOMBRODE

Eventi critici negli istituti penitenziari - Autolesionismo e decessi Serie storica degli anni: 1992 - 2016

nismo	ogni 10.000 uti detenuti in ente custodia nel corso dell'anno	993,6 340,5	0	929,5	944,1 341,2	954,9 344,4	57,3 419,5	1.279,7 467,6	1.279,8 481,7	72,6 509,6	1.151,1 482,0	61,1 438,8	34,9 422,2	59,3 435,1	931,9 375,5	826,3 284,6	826,9 284,8	899,5 348,3	941,7 406,4	840,9 381,6	836,6 389,0	01,1 563,2	50,7 551,8	1.213,5 613,6	1.327,1 706,8	
Autolesionismo	ogni 10.000 detenuti o mediamente presenti	4.385	-	4.893	4.763	.634	5.706 1.157,	6.342 1.2	.536 1.2	6.788 1.272,	6.353 1.1	1.061,	1.034,	5.939 1.059,	5.481 9:	4.276 82	3.687 82	928 88	941 94	5.703 84	5.639 83	7.317 1.101,	.902 1.060,	6.919	7.029	8 586 1 590 5
	valore		-		2	7		80	9	0		5	2					4	6.5	1 5.7	2 5.6	7 7.3	9.9	7 6.9		
	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno	41,2	46,	43,0	62,	52,	56,8	68	67,8	,79	9'99	57,3	49,	52,2	51,4	42,6	1,74	48,3	64	76,	(69)	100,	85,3	82,7	, 96	99.1
Tentati suicidi	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	120,3	131,6	121,4	172,1	146,1	156,8	188,3	180,1	167,2	159,1	138,6	120,5	127,2	127,5	123,7	136,8	124,7	149,6	167,6	148,8	196,8	164,0	163,6	180,5	187,3
	valore assoluto	531	029	639	868	602	773	933	920	892	878	782	929	713	750	640	610	683	944	1.137	1.003	1.308	1.067	933	926	1.011
	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno	6'9	7,6	5,8	5,7	8'9	4,9	5,8	6,1	7,8	8,2	7,9	7,3	7,6	7,9	5,4	6'9	8,9	8'9	7,2	7,0	7,5	8,9	4,3	6,9	6,3
Decessi per cause naturali	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	20,2	21,8	16,3	15,7	16,1	13,6	15,7	16,3	19,5	19,6	19,1	17,8	18,6	19,6	15,7	17,0	17,5	15,9	15,9	15,1	14,6	17,1	8,4	13,0	11.9
	valore	68	111	98	79	78	29	78	83	104	108	108	100	104	115	81	76	96	100	108	102	16	111	48	69	64
	ogni 10.000 detenuti in custodia nel corso dell'anno	3,6	4,2	3,4	3,6	3,3	4,0	3,8	3,9	4,2	5,2	3,8	4,1	3,8	3,9	3,3	3,5	3,3	4,0	3,7	4,3	4,3	3,4	3,8	3,9	3,8
Suicidi	ogni 10.000 detenuti mediamente presenti	10,6	12,0	9'6	6'6	6'8	11,2	10,3	10,4	10,5	12,5	9,2	10,2	6,9	2'6	2'6	10,1	8,4	9,2	8,1	6,3	8,4	6,5	7,5	7,4	7,2
	valore assoluto	47	61	909	909	45	55	51	53	56	69	52	25	52	22	909	45	46	58	99	63	99	42	43	39	39
Detenuti in	Presenza dell'amno (presenti ari genani + ar	128.797	145.435	148.593	139.580	134.557	136.014	135.629	135.673	133.211	131.814	136.460	137.460	136.512	145.955	150.237	129.446	141.493	146.193	149.432	144.943	129.917	125.091	112.753	99.446	101.995
	Presenza media detenuti (*)	44.134	50.903	52.641	50.448	48.528	49.306	49.559	51.072	53.338	55.193	56.431	56.081	56.064	58.817	51.748	44.587	54.789	63.087	67.820	67.405	66.449	65.070	57.019	52.966	53.984
	Anni	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016

(*) media aritmetica dei detenuti presenti a fine mese

(**) il flusso degli entrati dalla libertà può includere più volte lo stesso individuo Fonte: DAP - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato - Sezione Statistica

		20	2	22	51	63	5	29	19	73	7	5	38	48	35	46	53	10	12		29	292
	Tentati suicidi					3	_	5		4			2	1	2	2					_	22
Autolesionismo e Decessi Riepilogo per Regione	Suicidi																					
per Regione	Decessi per cause naturali	3		61	12	3	_	∞		3			3	3	_	2	2					43
Riepilogo	Atti di Autolesionismo	102		96	435	159	43	371	061	607	39	59	320	246	122	569	370	28	123	29	661	4.310 43 22
	Regione	ABRUZZO	BASILICATA	CALABRIA	CAMPANIA	EMILIA ROMAGNA	FRIULI VENEZIA GIULIA	LAZIO	LIGURIA	LOMBARDIA	MARCHE	MOLISE	PIEMONTE	PUGLIA	SARDEGNA	SICILIA	TOSCANA	TRENTINO ALTO ADIGE	UMBRIA	VALLE D'AOSTA	VENETO	Totale complessivo

Data attuazione alla riforma della sanità penitenziaria con l'Accordo in seno alla Conferenza Unificata del 22.1.2015 ed entrate in funzione le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), quali i risultati raggiunti in tema di tutela della salute di detenuti ed internati?

Ripercorsa l'evoluzione normativa ed organizzativa dell'assetto relativo alla tutela del diritto in esame, il presente studio si è posto quale obiettivo quello di tentare una risposta a questo quesito, anche grazie al prezioso contributo delle figure professionali che, a vario titolo, operano nel settore.

Sull'opportunità del trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale deve darsi, in via di principio, risposta positiva. Infatti, tale innovazione ha una rilevante valenza simbolica nel senso della (ri)affermazione del diritto alla salute come patrimonio comune tanto ai cittadini liberi che a quelli in stato di detenzione, in doverosa coerenza con il dettato costituzionale.

La condizione detentiva, del resto, lascia inalterato il nucleo essenziale dei diritti fondamentali delle persone ristrette e dunque il superamento di un regime "separato" nell'erogazione di un servizio essenziale come quello sanitario è da considerarsi con favore.

Si può inoltre ragionevolmente ritenere che la cessazione di ogni rapporto tra il personale sanitario e l'Amministrazione penitenziaria abbia accentuato l'autonomia della figura del medico, ponendola al di fuori di ogni considerazione circa esigenze di sicurezza, demandate all'esclusiva valutazione e responsabilità degli Organi penitenziari.

Tale mutamento induce, verosimilmente, la persona ristretta a non vedere nel medico una espressione dell'Istituzione che lo "contiene", ma a considerarlo un soggetto terzo con cui poter instaurare un rapporto di fiducia.

Quanto alle ricadute sulla efficacia della erogazione del servizio la valutazione è più incerta. Tra gli elementi acquisiti emergono in prevalenza giudizi moderatamente positivi, riferiti perlopiù alla medicina c.d. di base. Non mancano tuttavia posizioni contrarie. In particolare, la gestione regionalizzata del servizio può dar luogo ad un concreto rischio di disomogeneità nel livello delle prestazioni, fermo restando il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Mentre in precedenza la sanità penitenziaria faceva capo esclusivamente al Ministero della Giustizia, che lo erogava secondo modalità uniformi, oggi la prestazione risente anche delle diverse disponibilità economiche delle Regioni. E' emerso altresì il timore che le Regioni stesse, non vivendo quotidianamente la realtà ed i problemi degli istituti penitenziari, possano non coglierne adeguatamente le necessità. Si pensi al turnover dei medici, ritenuto eccessivo e causa di difficoltà nei rapporti medico-paziente. E' stata evidenziata, infine, una problematicità di dialogo fra le due Amministrazioni coinvolte (Giustizia-Sanità), in considerazione della diversità di prospettiva che le caratterizza e che si manifesta, in particolare, nella gestione dei dati sensibili. Tale criticità tende tuttavia al graduale superamento grazie agli sforzi compiuti in una prospettiva di "integrazione interistituzionale".

In questo quadro variegato appare ragionevole ritenere che, fermo restando la determinante rilevanza dell'affermazione di principio a base della riforma, le modalità di erogazione delle prestazioni non hanno registrato un sostanziale salto di qualità, né sono venute meno le pregresse criticità. Ne discende un giudizio che si potrebbe definire di "neutralità", nel senso che nelle realtà ove il servizio appariva apprezzabile lo è tutt'ora, mentre le lacune più ricorrenti vengono ancora lamentate. Infatti, si riscontra anche oggi la carenza di apparecchiature diagnostiche, circostanza che rende frequente il ricorso a strutture esterne, con la conseguente lungaggine dei tempi di attesa per le visite specialistiche ed i connessi problemi di sicurezza e di organizzazione delle scorte. La problematica riguarda certamente anche i cittadini comuni, per questi ultimi vi è però la possibilità di spostarsi liberamente e scegliere la struttura, opzione non consentita alle persone detenute.

A questo proposito trova conferma la necessità di creare canali riservati per attenuare il fenomeno, di ampliare il ricorso a forme di telemedicina e di accrescere la dotazione di apparecchiature diagnostiche per esami all'interno.

Da un punto di vista dell'adeguamento dei supporti tecnologici, altra criticità persistente è costituita dalla mancata attuazione in via generalizzata di una cartella clinica informatizzata. Solo un fascicolo sanitario informatico, che segua il detenuto nei suoi trasferimenti, garantirebbe la continuità terapeutica e consentirebbe forme di telemedicina diagnostica e specialistica per il monitoraggio e il consulto a distanza.

L'investimento in tali innovazioni darebbe luogo a maggiore efficienza, massima tempestività, spesso vitale e a riduzione di costi, una volta che sia giunto a regime il sistema.

Il quadro è sicuramente ancor più problematico per quanto riguarda l'area della salute mentale, che presenta la più alta percentuale di disturbi di cui soffrono le persone ristrette. Va certamente dato atto della notevole rilevanza che ha avuto la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, da considerare una conquista di civiltà per l'eliminazione di una situazione di insopportabile degrado che li caratterizzava.

Va anche dato atto dello sforzo notevole che le Istituzioni hanno posto in essere per realizzare sul territorio nazionale le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, anche se alcune con sistemazioni non ancora definitive. Esse costituiscono ormai una realtà avviata ed appare positivo, ad un primo bilancio, il loro operato in termini di funzionalità terapeutica. L'estraneità al circuito carcerario ed un maggior raccordo con i servizi psichiatrici del territorio fanno ritenere più concreta la prospettiva di un possibile reinserimento, anche in considerazione del sostanziale rispetto del criterio della territorialità che assicura una continuità con il retroterra affettivo e familiare. Condivisibile è la loro configurazione come destinazione residuale e temporanea per i soli soggetti prosciolti per infermità di mente. Questi profili attribuiscono alla struttura il carattere di piccole comunità, che agevola il rapporto operatore-paziente ed appare coerente con la finalità di cura e riabilitazione, prevalente sulla dimensione custodiale.

Le valutazioni di autorevoli figure come quella del Garante Nazionale dei Detenuti, del Commissario Unico per il superamento degli OPG e dei diretti Responsabili delle strutture, confermano l'idoneità della soluzione adottata.

La nuova realtà non è tuttavia esente da profili critici. Emerge, in particolare, il dato delle lunghe "liste d'attesa" relative alle misure di sicurezza, molte delle quali provvisorie, in numero superiore ai posti disponibili e pertanto ancora da porre in esecuzione. E' presente una notevole "pressione" sulle "Residenze", con il rischio di sovraffollamento e di una attenuazione del carattere residuale e di *extrema ratio* della misura. Ingenerando l'interrogativo se siano state sempre esplorate soluzioni alternative o se non siano a volte prevalse valutazioni eccessivamente prudenziali.

Sussiste, inoltre, il timore, già evidenziato, che, in attuazione della delega per la modifica delle misure di sicurezza, contenuta nella legge 103/2017, l'assetto originario possa essere snaturato. La legge medesima prevede che alle REMS vengano destinati non solo soggetti prosciolti per infermità di mente sottoposti a misure di sicurezza(c.d. folli rei), ma anche persone detenute affette da patologie psichiatriche sopravvenute o in osservazione psichiatrica. La prospettiva paventata è che le "Residenze" possano conseguentemente divenire l'inevitabile contenitore ultimo per categorie eterogenee di soggetti, riproponendo le criticità già riscontrate negli OPG.

La preoccupazione è rafforzata dallo stato attuale della rete delle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM), previste nel numero di una almeno per Regione, che avrebbero dovuto assicurare, appunto, l'assistenza a soggetti per cui non sia previsto il ricovero presso le nuove strutture.

Vi è concordanza nel ritenere che, allo stato, tale rete non sia ancora attuata con adeguata distribuzione sul territorio nazionale, né utilizzata in modo uniforme, in mancanza di un protocollo comune che ne disciplini modalità e finalità. A ciò si aggiunga che la struttura carceraria costituisce un luogo, per sua natura, poco idoneo per la cura di soggetti affetti da disagio mentale.

Può affermarsi, pertanto, che una efficace tutela della salute mentale intramuraria, che preveda percorsi riabilitativi individualizzati ed assicuri una sistematica interazione con i servizi psichiatrici del territorio, al momento non è assicurata in forme e misura adeguate, salvo eccezioni. Ne discende l'ulteriore pericolo che, attutita la discriminazione fra cittadini liberi e detenuti venga a crearsi una iniqua diversità di trattamento sanitario fra soggetti folli rei (destinati alle REMS) e soggetti rei folli (destinati a permanere, sia pure in apposite sezioni, nel circuito carcerario), entrambi parimenti bisognevoli di cure.

La situazione emersa induce ad auspicare una sensibile accelerazione nell'adeguamento della rete di ATSM. Appare anche auspicabile che possa trovare accoglimento la proposta, emersa in esito ai lavori degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale, di abrogazione dell'art. 148 c.p. e di modifica dell'art 147 c.p. nel senso di includere, fra le cause di rinvio dell'esecuzione della pena, anche l'infermità mentale sopravvenuta.

In definitiva, pur senza minimizzare gli sforzi degli operatori cui si unisce quello meritorio del volontariato, il tema della tutela della salute di persone ristrette esige ulteriori significativi sviluppi in un quadro irto di difficoltà.

Problemi vecchi e nuovi si propongono o ripropongono ciclicamente, costituendo sfide che le Istituzioni non possono non raccogliere.

Il percorso nell'universo penitenziario pone certamente di fronte ad aspetti di grande crudezza e di difficile governabilità, con il rischio di far vacillare la fiducia anche di quanti sono impegnati con determinazione e convinzione in tale ambito.

Tuttavia, anche in questo microcosmo segregante non di rado si manifestano lungo il cammino inaspettate tracce di umana solidarietà. Dai numerosi contributi che mi sono pervenuti desidero trarre testimonianza di tale affermazione da una nota di un detenuto della Casa di Reclusione di Fossombrone, che per la sua disarmante semplicità credo sia in grado di riaccendere la speranza nella possibilità di intravedere un segno di sensibilità anche nelle pieghe più oscure dell'animo umano.

L'anonimo detenuto, forse straniero, stando all'approssimativo italiano usato, rispondendo al quesito se avesse avuto occasione di aiutare un compagno di detenzione in difficoltà per problemi psichici, ha scritto con grafia assai incerta: "Durante la detenzione ho avuto compagni di sezione con disagi depressivi. E'stato possibile star loro vicino moralmente: a volte un sorriso, un abbraccio e qualche parola dolce è molto importante in questi luoghi". ¹⁶⁹

¹⁶⁹ Il testo completo della testimonianza è inserito in appendice.

BIBLIOGRAFIA

ANTOLISEI F. "Manuale di diritto penale-parte generale", a cura di L.Conti, Ed. Giuffrè, Milano, 1975

ANDREOLI V. (a cura di) "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani", Ufficio Studi Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, 2002.

ARDITA S. DEGLI INNOCENTI L. FALDI F. "Diritto Penitenziario", Ed. Laurus Robuffo, Roma, 2016

BALDUZZI R. CARPANI G. (a cura di) "Manuale di diritto sanitario", Ed. il Mulino, Bologna, 2013

BOBBIO.N "L'età dei diritti", Ed. Einaudi, Torino, 2014

CAPUTI A. DE DONATIS V. (coordinatori) "Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute", Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia Romagna, 2013

CELLA G. (a cura di) "Presa in carico dei soggetti devianti (detenuti, internati, persone sottoposte a misure alternative) e terzo settore" ricerca condotta dall'Università di Bologna edita dalla Regione Emilia Romagna-Assemblea legislativa, 2014

CONSO G. GREVI V. BARGIS M. "Compendio di Procedura Penale", Ed. CEDAM, Padova, 2016.

CORDERO F. "Procedura penale", Ed. Giuffrè, Milano, 1979

COSMACINI.G "Storia della Medicina e della Sanità in Italia", Ed. Laterza, Bari, 2016

DELLA CASA F. - GIOSTRA G. (a cura di), "Ordinamento Penitenziario – Commento", Ed. CEDAM, Padova, 2015

DI RONZA P. "Manuale di diritto dell'Esecuzione penale", Ed. CEDAM, Padova, 1994

FIANDACA G. MUSCO E. "Diritto Penale-parte generale", Ed.Zanichelli, Bologna, 1995

FIORIO C. "Libertà personale e diritto alla salute", Ed. CEDAM, Padova, 2002

GIOSTRA G e BRONZO P. (a cura di) "Proposte per l'attuazione della delega penitenziaria", Sapienza Università Editrice, Roma, 2017

GRASSI G. e BOMBARDIERI C. "Il Policlinico della violenza-Storia degli Ospedali psichiatrici giudiziari italiani", Ed.Franco Angeli, Milano, 2016

MASSARO A. (a cura di) "La tutela della salute nei luoghi di detenzione", RomaTrE-Press, 2017

MORANA D. "La salute come diritto costituzionale", Ed. G.Giappichelli, Torino, 2015

NEPPI MODONA G. "Vecchio e nuovo nella riforma dell'Ordinamento Penitenziario" in "Carcere e Società", Marsilio Editore, 1976

RAMACCI F. "Corso di Diritto Penale", a cura di R.Guerrini, Ed G.Giappichelli, Torino, 2013.

RICCI S.- MIGLINO A. "Medicina e Società dalla tutela della integrità fisica al diritto alla salute", Società Editrice Universo, Roma, 2005

RICCI S. -MIGLINO A. "Il danno alla persona: tutela risarcitoria", Società Editrice Universo, Roma, 2012

RICCI S. "La medicina sociale tra scienze e Biogiuridica" in Panminerva Medica vol.56, Edizioni Minerva Medica, Roma, Marzo 2014

RUOTOLO M. e TALINI S. (a cura di) "I diritti dei detenuti nel sistema costituzionale", Editoriale Scientifica, Napoli, 2017

RUOTOLO M. "Diritti dei detenuti e Costituzione", Ed. G.Giappichelli, Torino 2002

DOCUMENTAZIONE

LA SALUTE DEI DETENUTI IN ITALIA: I RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO, Documenti Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, 2015

LA SALUTE DENTRO LE MURA, Parere del Comitato Nazionale di Bioetica, 2013

PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE NEL SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI (Accordo Conferenza Unificata del 27.7.2017)

PIANO NAZIONALE EDILIZIA PENITENZIARIA PER IL QUINQUENNIO 2015/2020 in Relazione del Ministero della Giustizia (Documento Senato CXVI n.4)

RELAZIONI 2016-2017 SULL'ATTIVITA'SVOLTA DAL COMMISSARIO UNICO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ON. F.CORLEONE

RELAZIONE AL PARLAMENTO 2017 DEL GARANTE NAZIONALE DEI DIRITTI DELLE PERSONE DETENUTE O PRIVATE DELLA LIBERTA' PERSONALE

STATI GENERALI DELL'ESECUZIONE PENALE - Documento finale del 16.4.2016

Ringraziamenti

Un vivissimo ringraziamento per il prezioso contributo i decisivi chiarimenti e gli stimolanti spunti cortesemente offerti, va:

- al Magistrato di Sorveglianza di Spoleto
- al Garante Regionale dei Detenuti dell'Emilia Romagna,
- al Garante Regionale dei Detenuti per le Marche;
- ai Direttori degli Uffici Detenuti e Trattamento presso i Provveditorati Regionali per l'Emilia-Romagna e Marche, per la Toscana e Umbria e per la Campania;
- ai Direttori, ai Comandanti dei Reparti di Polizia Penitenziaria, ai Funzionari giuridico-pedagogici degli Istituti penitenziari di Ancona "Barcaglione", Ascoli Piceno, Bologna, Eboli, Ferrara, Forlì, Fossombrone, Lucca, Napoli-Secondigliano, Perugia, Piacenza, Reggio Emilia, Siena, Spoleto, Terni
- al Dirigente medico responsabile della REMS di Bologna.
- alla Psichiatra responsabile dell'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale degli Istituti Penali di Reggio Emilia;
- ai Dirigenti sanitari degli Istituti di Ancona "Barcaglione", Ascoli Piceno, Ferrara, Fossombrone, Piacenza, Reggio Emilia, Spoleto;
- ai Medici e Psicologi della Casa Circondariale di Piacenza.