

# TEMI D'ATTUALITÀ

---

**ANGELA TIBULLO**

## **Salute e Carcere**

Lo scritto esamina inizialmente il diritto alla salute, il quale viene definito come uno dei beni primari dell'uomo, quella condizione cioè indispensabile ed imprescindibile affinché ogni individuo possa esprimere liberamente la propria personalità. Successivamente l'attenzione viene spostata sulla detenzione, in maniera specifica, si ripercorrono la dinamiche di nascita ed evolutive dell'art. 41-bis ord. pent., fino ad arrivare al disegno di legge Orlando. Conclusivamente si esamina il rapporto intercorrente tra salute e detenzione.

*The script will first look the right to health is defined as a man's primary asset, that condition that is necessary and indispensable so that each individual can freely express their own personality. Then the focus is spostata on detention, specifically, we retrace the dynamics of birth and evolution of the art. 41-bis ord. pent., until you get the Bill. And finally you examine the relationship between health and detention.*

**SOMMARIO:** 1.Introduzione. - 2. Brevi cenni sulla nascita del 41-bis. - 3. I detenuti ex 41-bis. - 4. Riflessioni Disegno di legge presentato dalla Ministro Orlando approvato dalla Camera dei deputati il 23 Settembre 2015 ed approvato in un testo unificato dal Senato il 15 Marzo 2017 sulla riforma della Giustizia. - 5. Salute e detenzione. - 6. Considerazioni conclusive.

### **1.Introduzione**

La salute è uno dei beni primari dell'uomo, la condizione indispensabile ed imprescindibile affinché ogni individuo possa esprimere liberamente la propria personalità.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità “*la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate*”.

La Costituzione Italiana pone la salute come “*fondamentale diritto dell'individuo*” e giudica che tendere ad essa è “*interesse della collettività*”, evidenziando in tal modo l'importanza rilevante che riveste nella vita di tutti gli individui.

Il diritto alla salute è un valore costituzionale supremo, perché si ricollega intrinsecamente all'integrità psico-fisica della persona.

Essendo un diritto di tutta la popolazione nella sua interezza, non possono ovviamente essere escluse categorie di persone, quali i detenuti, che si trovano in posizione di più difficile accessibilità ai servizi rispetto ai liberi. Questa

loro posizione peculiare determina specificità e difficoltà nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sulle quali faremo in questo breve articolo alcune considerazioni.

La detenzione è una restrizione della naturale condizione di libertà dell'uomo; sebbene la stessa non consenta l'ordinario utilizzo dei servizi di cui fruiscono tutti i cittadini, l'intervento dello stato deve essere finalizzato a garantire tutte quelle attività che consentano ai detenuti di fruire del diritto alla salute e, nei casi consentiti, anche dell'istruzione e del lavoro.

È noto, infatti, che scopo fondamentale della detenzione e della pena comminata dal magistrato è il recupero, la risocializzazione ed il reintegro del reo - a fine pena - in un contesto sociale il più possibile sano e produttivo. Non può esservi un vero reintegro del reo nella società se questi non può reinserirsi dopo la scarcerazione nel tessuto produttivo di appartenenza e se non viene riaccolto nella rete sociale sana del paese. In questo percorso di recupero del detenuto, il mantenimento di uno stato di benessere psicofisico appare fondamentale, sebbene difficilmente raggiungibile, stante le peculiarità dell'ambiente carcerario, non sempre pronto a dare le migliori risposte terapeutiche possibili e - sotto il profilo psicologico e morale - fonte per sua natura di una sofferenza aggiuntiva che non aiuta certamente nel difficile processo di rimodulazione e di riprogrammazione della propria esistenza.

Al di là delle caratteristiche inevitabilmente difficili dell'ambiente detentivo, va aggiunto che i diritti del detenuto vengono anche messi in discussione dalle attuali complesse condizioni degli istituti carcerari italiani che versano in condizioni critiche, a causa in particolare del sovraffollamento delle carceri che, come vedremo, contribuisce a rendere estremamente difficoltoso ed a volte impossibile assicurare anche i più semplici servizi sanitari di base.

Eppure, l'ordinamento penitenziario si deve adeguare all'art. 27 della Costituzione Italiana che testualmente recita: *“le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”*; inoltre il trattamento penitenziario *“deve essere conforme ad umanità ed assicurare il rispetto della dignità della persona”*.

## **2. Brevi cenni sulla nascita del 41-bis**

Prima dell'entrata in vigore dell'art. 41-bis l'ordinamento penitenziario, quando si verificavano situazioni particolari quali quelle provocate da associazioni criminali di tipo mafioso e terroristiche, era regolato dall'art. 90 O.P. il quale prevedeva che *“quando ricorrono gravi ed eccezionali motivi di ordine e sicurezza, il Ministro per la grazia e la giustizia ha la facoltà di sospendere in tutto o in parte, l'applicazione in uno o più stabilimenti penitenziari, per un*

*periodo determinato, strettamente necessario, delle regole di trattamento e degli istituti previsti dalla presente legge che possano porsi in concreto in contrasto con le esigenze di ordine e sicurezza.”*

Tale articolo era stato introdotto sia per garantire maggiore sicurezza agli istituti penitenziari che ad impedire che detenuti particolarmente pericolosi potessero assumere comportamenti violenti o criminosi nei confronti di altri detenuti; questo, tralasciando ciò che il sistema penitenziario richiedeva ovvero che il fine della pena dovesse essere rieducativo e applicato dal Ministro di Giustizia come anche quello di sospendere il regime qualora ricorressero gravi ed eccezionali motivi che giustificassero tali restrizioni.

Tale regime poneva alcune regole quali:

- Il divieto di partecipazione alle rappresentanze dei detenuti preposte al controllo del vitto o della biblioteca;
- il divieto di organizzare attività culturali, ricreative e sportive;
- Il limite di un'ora nei colloqui;
- l'impossibilità di conversare con i familiari in visita, se non attraverso una lastra di vetro;
- il divieto di fare telefonate;
- il divieto di corrispondere con altri detenuti;
- il controllo della corrispondenza in entrata e in uscita, che doveva ottenere il visto del direttore;
- la riduzione della durata dell'ora d'aria, ovvero la permanenza all'aperto fuori dalla cella.

Con la Legge Gozzini, emanata il 10 Ottobre del 1986 n. 663, è stato introdotto l'articolo 41-Bis nella legge sull'ordinamento penitenziario italiano. Tale articolo ha apportato una sensibile riforma dell'intero ordinamento.

In realtà la norma non modificò in modo significativo la disposizione abrogata dell'art. 90 O.P., ma mirava più che altro a chiarire in maniera più puntuale i presupposti necessari e legittimanti il potere di sospensione delle normali regole di trattamento del Ministro di Giustizia.

Le modifiche che sono state fatte con l'inserimento dell'art. 41-bis, che fa riferimento a “*casi eccezionali di rivolta o ad altre gravi situazioni di emergenza*”, al fine di sottolineare l'imprevedibilità e l'eccezionalità di tali situazioni, circoscrivendo solo ad esse l'operatività della norma, a differenza dell'art. 90 ord. pen. che parlava genericamente di “*gravi ed eccezionali motivi di ordine e sicurezza*” attribuendo in questo modo all'amministrazione penitenziaria un margine più ampio di discrezionalità nell'applicazione dell'istituto.

L'art 90 ord. pen. appariva infatti come una norma di chiusura, dal momento che era stato collocato tra le disposizioni finali e transitorie della legge. Men-

tre l'art. 41-*bis* è stato collocato all'interno del corpo della normativa facendo sì che esso assumesse il ruolo di sanzione di comportamenti collettivi non altrimenti neutralizzabili<sup>1</sup>.

A seguito della strage di Capaci del 1992 venne introdotto il decreto legge 8 giugno 1992 n. 306 (cosiddetto "Decreto antimafia Martelli-Scotti"), convertito nella legge 7 agosto 1992, n. 356<sup>2</sup>.

Con esso si consentiva al Ministro della Giustizia di sospendere, per gravi motivi di ordine e sicurezza pubblica, le regole di trattamento e gli istituti dell'ordinamento penitenziario nei confronti dei detenuti facenti parte di organizzazioni criminali mafiose. La norma venne prorogata fino al 31 dicembre 2002.

In relazione alla legge sul 41-*bis*, nel 1995, il Comitato Europeo per la prevenzione dei trattamenti inumani o degradanti delegava dei rappresentanti per verificare le condizioni di detenzione dei soggetti sottoposti al suddetto regime nelle carceri italiane.

La visita della delegazione evidenziava nelle restrizioni gli estremi per definire i trattamenti come inumani e degradanti<sup>3</sup>.

Inoltre la delegazione riportava che i detenuti erano privati di tutti i programmi di attività e si trovavano, essenzialmente, tagliati fuori dal mondo esterno e che le dure restrizioni provocavano effetti dannosi sulle interazioni sociali e sulla salute mentale, portando i detenuti ad una lenta morte.

La finalità del regime del 41-*bis* ai detenuti era quello di ostacolare le comunicazioni degli stessi con le organizzazioni criminali operanti all'esterno, i contatti tra appartenenti alla stessa organizzazione criminale all'interno del carcere ed i contrasti tra gli appartenenti a diverse organizzazioni criminali, così da ridurre il rischio di ingerenza dei detenuti nei futuri delitti commessi dalle organizzazioni criminali e favorire in tal modo la sicurezza e l'ordine pubblico nel Paese.

Con la legge 279/2002 vennero specificate le limitazioni previste dal regime del "carcere duro": la riduzione dei colloqui con i familiari (che avvengono attraverso un vetro blindato e sono videoregistrati), l'esclusione dei colloqui con gli estranei, un tetto massimo di tre colloqui a settimana con i legali, non-

---

<sup>1</sup> DELLA BELLA, *Il "Carcere Duro" tra esigenze di prevenzione e tutela dei diritti fondamentali*, a cura di Milano, Giuffrè Editore 2016.

<sup>2</sup> BARBACETTO, *Cosa nostra, la trattativa*, in *Diario*, 2002.

<sup>3</sup> Cfr. NICOSIA, *Il c.d. 41-bis è una forma di tortura o trattamento crudele, inumano o degradante?*, in *Riv.it. dir. proc. pen.*, 2009, p.1240.

ché la restrizione del periodo di durata di permanenza all'aperto (massimo due ore d'aria al giorno e con non più di quattro persone)<sup>4</sup>.

Con la legge n. 94 del 15 luglio 2009, cambiando i limiti temporali, al provvedimento veniva posta una durata di quattro anni con le proroghe di due anni ciascuna<sup>5</sup>.

### 3.I detenuti ex 41-bis

Il co. 2 dell'art. 41-bis della L. 354 del 1975 definisce la possibilità da parte del Ministero di Giustizia di sospendere in particolari condizioni gran parte dei diritti riservati agli altri detenuti: *“Quando ricorrano gravi motivi di ordine e di sicurezza pubblica, anche a richiesta del Ministro dell'interno, il Ministro della giustizia ha altresì la facoltà di sospendere, in tutto o in parte, nei confronti dei detenuti o internati per taluno dei delitti di cui al primo periodo del comma 1 dell'articolo 4-bis, o comunque per un delitto che sia stato commesso avvalendosi delle condizioni o al fine di agevolare l'associazione di tipo mafioso, in relazione ai quali vi siano elementi tali da far ritenere la sussistenza di collegamenti con un'associazione criminale, terroristica o eversiva, l'applicazione delle regole di trattamento e degli istituti previsti dalla presente legge che possano porsi in concreto contrasto con le esigenze di ordine e di sicurezza. La sospensione comporta le restrizioni necessarie per il soddisfacimento delle predette esigenze e per impedire i collegamenti con l'associazione di cui al periodo precedente. In caso di unificazione di pene concorrenti o di concorrenza di più titoli di custodia cautelare, la sospensione può essere disposta anche quando sia stata espiata la parte di pena o di misura cautelare relativa ai delitti indicati nell'articolo 4-bis”*.

Il co. 2-quater descrive le modalità con cui viene eseguito il 41-bis: *“I detenuti sottoposti al regime speciale di detenzione devono essere ristretti all'interno di istituti a loro esclusivamente dedicati, collocati preferibilmente in aree insulari, ovvero comunque all'interno di sezioni speciali e logisticamente separate dal resto dell'istituto e custoditi da reparti specializzati della polizia penitenziaria. La sospensione delle regole di trattamento e degli istituti di cui al comma 2 prevede:*

*a) l'adozione di misure di elevata sicurezza interna ed esterna, con riguardo principalmente alla necessità di prevenire contatti con l'organizzazione criminale di appartenenza o di attuale riferimento, contrasti con elementi di orga-*

---

<sup>4</sup> ARDITA, *La riforma del 41-bis ord. penit. alla prova dei fatti*, in *Cass.pen.*, 2004, 2297ss.

<sup>5</sup> ARDITA, *Il nuovo regime dell'41-bis dell'ordinamento penitenziario*, *Cass. pen.*, 2003., 4 ss.

*nizzazioni contrapposte, interazione con altri detenuti o internati appartenenti alla medesima organizzazione ovvero ad altre ad essa alleate;*

*b) la determinazione dei colloqui in numero di uno al mese da svolgersi ad intervalli di tempo regolari ed in locali attrezzati in modo da impedire il passaggio di oggetti. Sono vietati i colloqui con persone diverse dai familiari e conviventi, salvo casi eccezionali determinati volta per volta dal direttore dell'istituto ovvero, per gli imputati fino alla pronuncia della sentenza di primo grado, dall'autorità giudiziaria competente ai sensi di quanto stabilito nel secondo co. dell'art. 11. I colloqui vengono sottoposti a controllo auditivo ed a registrazione, previa motivata autorizzazione dell'autorità giudiziaria competente ai sensi del medesimo secondo co. dell'art. 11; solo per coloro che non effettuano colloqui può essere autorizzato, con provvedimento motivato del direttore dell'istituto ovvero, per gli imputati fino alla pronuncia della sentenza di primo grado, dall'autorità giudiziaria competente ai sensi di quanto stabilito nel secondo comma dell'art. 11, e solo dopo i primi sei mesi di applicazione, un colloquio telefonico mensile con i familiari e conviventi della durata massima di dieci minuti sottoposto, comunque, a registrazione. Le disposizioni della presente lettera non si applicano ai colloqui con i difensori, con i quali potrà effettuarsi, fino ad un massimo di tre volte alla settimana, una telefonata o un colloquio della stessa durata di quelli previsti con i familiari;*

*c) la limitazione delle somme, dei beni e degli oggetti che possono essere ricevuti dall'esterno;*

*d) l'esclusione dalle rappresentanze dei detenuti e degli internati;*

*e) la sottoposizione a visto di censura della corrispondenza, salvo quella con i membri del Parlamento o con autorità europee o nazionali aventi competenza in materia di giustizia;*

*f) la limitazione della permanenza all'aperto, che non può svolgersi in gruppi superiori a quattro persone, ad una durata non superiore a due ore al giorno fermo restando il limite minimo di cui al primo comma dell'articolo 10. Saranno inoltre adottate tutte le necessarie misure di sicurezza, anche attraverso accorgimenti di natura logistica sui locali di detenzione, volte a garantire che sia assicurata la assoluta impossibilità di comunicare tra detenuti appartenenti a diversi gruppi di socialità, scambiare oggetti e cuocere cibi”.*

Attualmente si trovano in regime di 41-bis (cosiddetto “carcere duro”) 729 detenuti, fra cui sette donne, dislocati in 13 penitenziari distribuiti al centro-nord Italia ed in Sardegna. Di essi, più di un quarto sono in attesa di sentenza definitiva, 161 sono detenuti da un periodo che va dai 10 ai 20 anni e 29, tra cui diversi ottantenni, sono al 41-bis da oltre 20 anni.

Secondo uno studio dell'Osservatorio Permanente sulle morti in carcere, il suicidio fra i detenuti al 41-*bis* è di 3,5 volte superiore rispetto alla popolazione carceraria "normale".

Il Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa (CPT), dopo aver svolto alcune visite nelle carceri italiane fra il 2003 ed il 2013, <sup>6</sup>ha affermato che il 41-*bis* è "*fortemente dannoso per i diritti fondamentali dei detenuti*" e "*non privo di effetti sullo stato delle condizioni somatiche e mentali di alcuni prigionieri*".<sup>7</sup>

La privazione a lungo termine dei contatti interpersonali e la grave limitazione delle informazioni e del contatto con l'esterno sono ovviamente importanti fattori patoplastici che favoriscono l'insorgenza di psicopatologie. Ma riguardo l'insorgenza di patologie nel 41-*bis* occorre ancora osservare che il regime di proroga che viene spesso applicato a lungo termine a criminali di elevata pericolosità sociale (come ad esempio i boss della mafia), determina di fatto un innalzamento dell'età della popolazione carceraria e di conseguenza una più elevata probabilità di sviluppo di malattie croniche dell'età involutiva. Non è infrequente, pertanto, osservare in detenuti al 41-*bis*, oltre che le tradizionali patologie tipiche della detenzione, anche malattie croniche e degenerative, quali stati dementigeni (come già accennato, vi sono al 41-*bis* anche detenuti con più di 80 anni), tumori, gravi cardiopatie.

Il 41-*bis*, va ricordato, non esclude a priori l'incompatibilità carceraria, sebbene questa è certamente di più difficile riscontro: è di tutta evidenza come il carcere duro viene (almeno in teoria) utilizzato con la finalità primaria di isolare il detenuto dalla rete criminale di appartenenza, e pertanto la necessità di questo isolamento diventa fondamentale per l'autorità giudiziaria nella gestione del detenuto.<sup>8</sup>

Numerosi sono i casi di detenuti in regime di 41-*bis* trattati dalla Corte dei Diritti dell'uomo con avere problemi di salute:

---

<sup>6</sup> FIORENTIN, *Regime speciale del "41-bis" e diritto di difesa: il bilanciamento tra diritti fondamentali, nota a corte cost., sent. 17 giugno 2013, n. 143*, in *Giur. cost.*, in corso di pubblicazione.

<sup>7</sup> Bruxelles, 19 nov. (Adnkronos/Ign) - Rivedere il regime di detenzione regolato dall'articolo 41-*bis*. Il Comitato per la Prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa chiede all'Italia di modificare il regime di carcere duro, allentando le misure più severe. Nel rapporto pubblicato oggi dopo la visita condotta dal Comitato nel maggio del 2012 nelle carceri italiane, si spiega che l'Italia dovrebbe garantire ai detenuti in 41-*bis* "un più ampio ventaglio di attività significative" e "almeno quattro ore al giorno fuoridalle loro celle assieme ad altri detenuti".

<sup>8</sup> DELLA BELLA, *Il "Carcere Duro" Tra esigenza di prevenzione e tutela dei diritti Fondamentali*, Milano, Giuffrè, 2016.

Nel Caso Enea v. Italia il detenuto, in 41-Bis dall'agosto 1994 al marzo 2005, a causa di una serie di patologie che lo costringevano su una sedia a rotelle, ha richiesto in più occasioni la sospensione dell'esecuzione della pena al Tribunale di Sorveglianza di Napoli il quale, però, ha sempre rigettato la richiesta del differimento della pena sostenendo che le cure effettuate dalla struttura sanitaria fossero adeguate allo stato di salute del ricorrente, pur essendo stato sottoposto a due severi interventi chirurgici in un ospedale civile con asportazione di un rene prima e poi di un meningioma, tra il 2007 e il 2008. Il Tribunale di Sorveglianza di Napoli, solo dopo l'ultimo intervento subito nel 2008, ha disposto la sospensione dell'esecuzione della pena, ritenendo che lo stato di salute del detenuto fosse diventato incompatibile con la detenzione carceraria, poiché la salute del ricorrente nel tempo era peggiorata ed il regime del 41-*bis* si è dimostrato una sorta di tortura per aver determinato un trattamento inumano o degradante.

Nel caso Alfano v. Italia 141, il detenuto in 41-*bis* da febbraio 1999 ad ottobre 2007 è stato affetto da sindrome depressiva, cirrosi epatica da virus C e deficit motorio.

Il detenuto era seguito regolarmente da un infettivologo, un neurologo ed uno psichiatra, gli sono state somministrate cure antipsicotiche e per l'epatite C, in particolare, è stato sottoposto a continui controlli periodici e ha goduto di una dieta alimentare personalizzata. Nell'agosto del 2000, date le gravi patologie psico-fisiche, il detenuto è stato trasferito presso il centro Clinico di Parma dove ha seguito dei cicli di fisioterapia per problemi di motricità.

Nel giugno 2002 è stato condannato a scontare, per un anno, la pena dell'isolamento diurno.

Solo su richiesta dello psichiatra che lo seguiva all'interno del penitenziario, nel 2006, per consentirgli il proseguo delle cure, gli venne sospeso l'isolamento anche se in seguito il detenuto non accettò le cure proposte dallo specialista.

Il ricorso alla Corte Europea dei diritti dell'uomo fu rigettato con la motivazione che il detenuto era stato seguito, sempre in maniera adeguata, da controlli medici e da specialisti, con uno specifico riferimento al trasferimento dello stesso preso il Centro Clinico di Parma nell'agosto 2000 ed alla sospensione dell'isolamento.

La Corte inoltre aveva sottolineato il fatto che l'Italia aveva preso in carico la salute del sig. Alfano agendo sempre nell'interesse del suo diritto alla cura. (141 Alfano v. Italia, quarta Sez., decisione di irricevibilità, 1 settembre 2015 (il ricorso risale al 2003).

Nel caso *Stolder c. Italia*, sottoposto a *41-bis* dopo la condanna all'ergastolo per gravi delitti, il detenuto era affetto da gravi patologie quali diabete, cardiopatia, epilessia oltre ad avere un deficit motorio agli arti inferiori che lo obbligava all'uso delle stampelle, e problemi psichici. Proprio a sostegno della patologia psicopatologica all'interno del diario clinico venivano riportati dagli specialisti episodi di automutilazione oltre ad un profondo stato di depressione trattato farmacologicamente.

Anche se la situazione clinica del detenuto appariva grave, la Corte sosteneva che le cure prestate dal carcere erano adeguate concludendo che non ci fosse stata alcuna violazione dell'art.3 CEDU.<sup>9</sup>

Nel caso *Campisi v. Italia* 149, nel luglio 2001 al detenuto è stato applicato il regime *41-bis* presso il carcere di Cuneo; lo stesso in quel periodo si trovava ricoverato in ospedale a Milano perché aveva appena subito un'operazione chirurgica alla tibia.

A causa delle sue condizioni di salute i medici del carcere comunicarono che lo stesso aveva bisogno di un Centro clinico, ed il magistrato di sorveglianza dispose il suo trasferimento in un ospedale per detenuti con problemi locomotori individuato nel centro clinico di Parma.

Durante questa permanenza il sig. Campisi chiese la sospensione dell'esecuzione della pena ma, nel marzo 2002 la stessa gli venne rigettata dal Tribunale di Sorveglianza di Bologna con la motivazione che presso il Centro Clinico di Parma avrebbe avuto la possibilità di avere tutte le cure necessarie al suo caso.

In realtà durante la permanenza nel centro clinico gli fu prescritta una visita neurochirurgica che, dopo un anno, ancora non era stata effettuata.

Anche in questo caso la Corte ha dichiarato che non c'è stata alcuna violazione dell'articolo 3, perché in favore del detenuto sono state attivate tutte le cure necessarie compreso un ricovero in ospedale dove è stato effettuato un piano terapeutico di riabilitazione e rieducazione alla deambulazione.

Dalla lettura delle numerose sentenze dalla Corte Eur. Dir. Uomo emerge una certa inadeguatezza nella tutela dei detenuti in regime di carcere duro ed una scarsa disponibilità della Corte a dare rilevanza alle condizioni soggettive dei detenuti in regime di *41-bis*, nonostante in qualche caso si potessero legittimamente riscontrare casi di trattamenti inumani e degradanti (Art. 3 Cedu).

---

<sup>9</sup> Corte E.D.U., *Stolderc Italia*, 1 Dicembre 2009.

In tutti i casi riportati, infatti, La Corte, pur accertando l'inadeguatezza delle cure, non ha ritenuto raggiunta la soglia di gravità del trattamento tale da potersi integrare la violazione dell'art.3.

È probabile, che - a nostro avviso - la Corte Eur. Dir. Uomo cerchi sostanzialmente di evitare la pronuncia di responsabilità nei confronti dei Paesi interessati dal procedimento, e l'effettivo diritto alla salute del detenuto viene in qualche misura sottovalutato e, nei diversi gradi di giudizio, si sostiene sostanzialmente su valutazioni personali e prive di un criterio univoco.

Il caso di Provenzano deceduto il 13 luglio 2013 nel carcere di Milano ne è un esempio.

Il soggetto negli ultimi anni di vita appariva praticamente in stato vegetativo, non riusciva a formulare frasi di senso compiuto e presentava contusioni diffuse, indici di instabilità motoria e cadute. La Sez. I della Cassazione in data 24 settembre 2015, pur accertandosi delle gravi condizioni di salute del detenuto, ha certificato che lo stesso era compatibile con il carcere e che veniva seguito bene dall'interno dall'equipe di specialisti in servizio.<sup>10</sup>

Per ultimo, molto discusso non solo nei Tribunali ma anche dai media, è stato il caso di Toto Riina, 86 anni ed affetto da diverse gravi patologie tra le quali una duplice neoplasia renale con una situazione neurologica altamente compromessa. Il Tribunale di Bologna ha sostenuto che le condizioni di salute di Riina non erano incompatibili con il regime carcerario del 41-bis, visto che per le sue patologie veniva monitorato costantemente e quando necessario veniva ricoverato presso l'Ospedale di Parma.

La Suprema Corte, invero, emetteva un'ordinanza che si discostava da quella del Tribunale di Bologna e sottolineava come il giudice avrebbe dovuto verificare e motivare *"se lo stato di detenzione carceraria comporti o meno una sofferenza ed un'afflizione di tale intensità"* da andare oltre la *"legittima esecuzione di una pena"*. La sentenza della Cassazione ha innescato una serie di reazioni in diversi ambiti (politici, giudiziari, sociali) tuttora in corso.

Ora non ci rimane che aspettare che il Tribunale di Sorveglianza di Bologna decida se Riina possa avere "una morte dignitosa" al di fuori delle mura carcerarie o meno.

Le varie discussioni, come si è visto, vertono sul *"diritto a morire o meno dignitosamente"*.

Vi sono, però, limitatissimi casi in cui anche in questo regime speciale la Corte di Cassazione ha riconosciuto la prevalenza del diritto alla salute del dete-

---

<sup>10</sup> Archivio Penale, Cass., Sez. I, 24 Settembre 2015, Provenzano,

nuto rispetto alle esigenze di sicurezza: nel caso del boss F.M di 81 anni, la I° Sez. della Suprema Corte, ha accolto l'istanza di applicazione di misure alternative alla carcerazione per la presenza di gravi patologie cardiache, artrosiche, discali e neurologiche. La Suprema Corte ha sottolineato che *“le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità”* e che anche quando si è in presenza di esponenti di spicco della criminalità, è necessario equilibrare *“le esigenze di giustizia e quelle di tutela sociale con i diritti individuali riconosciuti dalla Costituzione”*<sup>11</sup>.

Contrariamente a quanto sempre sostenuto dalla Corte per il regime di 41-Bis ma soprattutto le diverse valutazioni si vedano i casi *Mouisel v. Francia* (prima sezione, sentenza, 14 novembre 2002) e *Hénaf v. Francia* (prima sezione, sentenza, 27 novembre 2003).

In questi casi la Corte ha condannato la Francia nel primo caso perché ha ammanettato il detenuto durante la chemioterapia, nel secondo caso per aver legato il detenuto al letto con una catena: tali comportamenti hanno costituito secondo la Corte un trattamento inumano e degradante.

Riflessioni sul Disegno di Legge presentato dalla Ministro Orlando approvato dalla Camera dei deputati il 23 Settembre 2015 ed approvato in un testo unificato dal Senato il 15 Marzo 2017 sulla riforma della Giustizia.

I Giudici di Strasburgo si sono più volte occupati della compatibilità dell'art. 41-*bis* con le norme convenzionali e gli standard di tutela dei diritti umani sanciti dalla CEDU, facendo particolare riferimento agli artt. 3, 8,13 della Convenzione.

A seguito delle prime applicazioni del 41-*bis* sono state registrate presunte violazioni dei diritti fondamentali dei detenuti denunciati alla Corte EDU e che, come anche la giurisprudenza Costituzionale che quella internazionale hanno precisato, tale norma, pur rappresentando una limitazione di alcuni diritti fondamentali dei detenuti, non viola le norme Costituzionali, Comunitarie e internazionali e bisogna valutare la situazione caso per caso in relazione alla durata del trattamento, le sue ricadute sull'integrità fisica e psichica dei detenuti e le caratteristiche personali dello stesso, fra cui in particolare il sesso, l'età e lo stato di salute reale; inoltre, la presenza di un trattamento inumano e degradante non è implicito, ma deve essere provato.

---

<sup>11</sup> Cass., Sez. I, Archivio Penale, Cass., Sez. I, 24 Settembre 2015, Provenzano.

Con il Disegno di legge presentato dal Ministro Orlando approvato dalla Camera dei deputati il 23 Settembre 2015 ed approvato in un testo unificato dal Senato il 15 Marzo 2017 sulla riforma della Giustizia, sono state apportate delle modifiche al codice penale ed al codice di procedura penale con l'intento di rafforzare le garanzie difensive e la durata ragionevole dei processi, nonché incidere sulla riforma dell'ordinamento penitenziario per consentire l'effettività rieducativa della pena.<sup>12</sup>

Le modifiche apportate all'interno del disegno di Legge sono regolate dall'art.1 del Maxi-emendamento composto da 95 co.. Il co. 85, che è quello di nostro interesse recita: *“Fermo restando quanto previsto dall'articolo 41-bis della legge 26 Luglio 1975 n. 354, e successive modificazioni, nell'esercizio della delega di cui al comma 82, i decreti legislativi recanti modifiche all'ordinamento penitenziario per i profili di seguito indicati, sono adottati nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi”*

Alla lettera E del detto comma viene riportato: *“eliminazione di automatismi e di preclusioni che impediscono ovvero ritardano, sia per i recidivi sia per gli autori di determinate categorie di reati, l'individualizzazione del trattamento rieducativo e la differenziazione dei percorsi penitenziari in relazione alla tipologia dei reati commessi e alle caratteristiche personali del condannato, nonché revisione della disciplina di preclusione dei benefici penitenziari per i condannati alla pena dell'ergastolo, salvo che per i casi di eccezionale gravità e pericolosità specificatamente individuati e comunque per le condanne per i delitti di mafia e terrorismo anche internazionale”*.

Quanto delineato dal ministro Orlando nella Legge-delega contrasta sia con la normativa Italiana all'art. 27, co. 3 Cost, sia con l'art. 3 e 8 Cedu, nonché con gli articoli 7 e 10 del patto ONU sui diritti civili e politici del 1966.

Tutti gli articoli sopra citati hanno come unico scopo il diritto al rispetto della vita del detenuto, che non deve subire trattamenti inumani e degradanti, ma ha diritto ad una pena che deve avere uno scopo rieducativo e non punitivo.

Orbene, ancora oggi da parte delle Istituzioni non ci sono stati passi importanti per far sì che la pena abbia effettivamente un contenuto riabilitativo, come dimostrato dalla proposta di Legge del Ministro Orlando che esclude categoricamente i detenuti del 41-*bis* da ogni beneficio, sul presupposto che un'eventuale intervento sul 41-*bis* avrebbe provocato inevitabilmente un allungamento delle tempistiche di approvazione del d.d.l.

---

<sup>12</sup>Camera di deputati Proposte di legge approvato alla camera dei deputati il 23 Settembre 2015.

Tale atteggiamento lesivo dei diritti della persona, ancorchè sottoposta a misure di sicurezza straordinarie, determina – fra le altre cose – la perdita del diritto alla vita familiare, mancanza già da tempo oggetto di numerose critiche da parte della dottrina e della giurisprudenza.

Ebbene, tale clausola che recita “*salvo che per i casi di eccezionale gravità e pericolosità specificatamente individuati e comunque per le condanne per i delitti di mafia e terrorismo anche internazionale*” ci fa pensare che è mancato il coraggio di compiere scelte facilmente strumentalizzabili in chiave di confronto politico.

#### **4. Salute e detenzione**

L’OMS ha più volte segnalato come la salute nelle carceri sia troppo spesso trascurata, sebbene sia un tema di assoluta priorità in quanto si coniuga con uno dei fondamentali diritti della persona.

Seguendo le indicazioni dell’OMS in tema di responsabilità degli stati sovrani sulla salute negli istituti di pena, anche in Italia il legislatore con un complesso percorso di riforma avviato già dal 1998/99 ha completato il passaggio da una sanità gestita dal Ministero di Giustizia ad una di competenza degli organi e delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il passaggio dei servizi sanitari penitenziari al SSN nelle articolazioni delle singole Regioni con il DPCM 1.4.2008 ha reso pienamente operativi i contenuti sia del D. Lgs 230/1999 che del successivo “Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario” (Decreto 21 aprile 2000, Ministero della Sanità, in G.U. Serie Generale n. 120 del 25 maggio 2000), rendendo finalmente possibile quella integrazione dei servizi già prevista dal Legislatore ormai oltre un decennio or sono.<sup>13</sup>

La separazione dei ruoli e delle competenze, infatti, è risultata il modo più efficiente e più efficace per garantire elevati standard di sicurezza e salute nei contesti penitenziari.

Successivamente al percorso di integrazione carcere-territorio-SSN, alcune specialità, quali la psichiatria, si sono giovate di ulteriori tasselli legislativi che hanno consentito un’evoluzione migliorativa della condizione dei detenuti affetti da patologie mentali attraverso la L.n. 9/2012 e la successiva L. 81/2014 con le quali si è determinata – non senza qualche squilibrio – la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l’apertura delle Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), con l’obiettivo di passare da

---

<sup>13</sup>Cfr. NICOSIA; *Il c.d. 41-bis è una forma di tortura o trattamento crudele, inumano o degradante?*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 2009, 1940.

un'assistenza psichiatrica prevalentemente custodiale ad una diversa assistenza con maggiori contenuti terapeutico-riabilitativi.

Molte regioni si sono date a tal proposito linee-guida per meglio identificare e definire i percorsi di integrazione fra gli Istituti penitenziari ed i DSM, percorsi che restano però ancora pieni di ostacoli per il rapido esaurimento dei posti letto istituiti nelle REMS sul territorio nazionale, per la inadeguata applicazione di uno dei principi fondamentali della normativa che prevedeva che ogni internato in REMS dovesse restare nella regione di appartenenza (condizione ovviamente non realizzatasi per la mancanza ancora di numerosi posti letto in alcune regioni rispetto al fabbisogno), per la non competenza delle REMS per i detenuti non definitivi, con conseguente immutata difficoltà di gestione di detenuti provvisori con caratteristiche di elevata pericolosità sociale, che non possono essere curati in carcere, ma non possono neanche essere ospitati in REMS.

Ma torniamo al discorso più generale. La privazione della libertà personale è una condizione costringente che per la sua stessa natura genera una vasta gamma di disturbi di natura fisica (da problemi cardiovascolari e metabolici sino a malattie infettive) e psicologici, patologie che con una certa frequenza esordiscono in carcere e ne rappresentano un esito anche dopo la scarcerazione. Evidenti fattori di rischio sono la sedentarietà, l'affollamento e la promiscuità, la limitazione degli spazi vitali con correlate condizioni di vita grandemente afflittive e tendenzialmente orientate all'isolamento relazionale del detenuto.

La popolazione giornalmente detenuta in Italia nei 193 Istituti di Pena esistenti (dati al 31.3.2016) è pari a 53.495 soggetti, di cui 2.198 donne e 17.920 stranieri (di questi, oltre il 46% provengono dal Nord Africa, soprattutto dal Marocco e dalla Tunisia, ed il 41% è europeo).

Se facciamo riferimento ai dati ISTAT del 2013, vediamo che la popolazione carceraria è in leggera flessione, ma resta comunque sempre al di sopra della massima capacità ricettiva delle carceri italiane, fissata a 47.709 posti.

Al 31 dicembre 2013 risultavano detenute nelle carceri italiane 62.536 persone, il 4,8% in meno rispetto al 2012 (-8% sul 2010). Il tasso di detenzione per 100.000 abitanti è pari a 103,8 in Italia, a 128,9 in Europa, a 145 nel mondo.

Anche il tasso di sovraffollamento è in costante diminuzione grazie ad alcuni recenti provvedimenti normativi ed è pari a 131,1 detenuti su 100 posti disponibili per il 2013 ed a 110,4 a novembre 2014 (era a 151 nel 2010).

Sempre al 31.12.2013 il 61,5% dei detenuti aveva una condanna definitiva, il 36,6% era in attesa di un giudizio definitivo e l'1,9% era sottoposto a misure di sicurezza.

Le persone che entrano in carcere ogni anno sono diminuite del 30% rispetto agli anni 2000. La maggior parte dei detenuti entrati nelle carceri (59.330 nel 2013) è in attesa di giudizio (85%), mentre il 14,3% ha una condanna definitiva. Il 15,9% dei reclusi che entra in carcere dallo stato della libertà esce dalla struttura nel giro di una settimana.

Oltre ai condannati detenuti (38.471), sono 29.741 nel 2013 i condannati che hanno fruito di misura penale esterna al carcere, con un aumento del 70% rispetto al 2000. Per il 74,4% si trattava di misure alternative (affidamento in prova ai servizi, detenzione domiciliare e semilibertà), il 14,8% dei soggetti era coinvolto nei lavori di pubblica utilità e il 10,8% in altre misure come la libertà vigilata, la libertà controllata, la semidetenzione.

L'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana nel 2014 ha condotto un'interessante indagine nella popolazione carceraria in sei Regioni (Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria, Campania, ASL Salerno), finanziata dal Ministero della Salute

In tutto sono stati presi in esame 15.751 detenuti, per il 96,5% uomini e per il 60% appartenente alla fascia di età compresa tra i 30 e i 49 anni (l'età media è 39,6 anni). La nazionalità straniera costituisce il 46,3% del campione (i nordafricani sono il gruppo etnico più rappresentato seguito dagli est europei).

La prevalenza del fumo di tabacco tra i detenuti è superiore al 70% (contro il 23% della media della popolazione generale) e il numero medio di sigarette fumate al giorno è di circa 18. Il 49,7% dei detenuti è normopeso, ma un'alta quota è in sovrappeso (35,2%) e un ulteriore 13,1% è obeso. Sottopeso è risultato solo l'1,9%. Ben il 67,5% dei detenuti in esame è risultato affetto da almeno una condizione patologica, anche non grave. Dalla ricerca emerge, in particolare, l'importanza che ricoprono, nella popolazione detenuta, i disturbi psichici, le malattie infettive e quelle dell'apparato digerente. Oltre alle diagnosi di malattia, è stata condotta un'analisi anche sui farmaci prescritti all'interno delle carceri. In questo caso, i dati mostrano che il 52,7% dei detenuti arruolati nello studio ha assunto almeno un farmaco durante il periodo di rilevazione, percentuale che sale al 78% se si considerano le persone affette da almeno una condizione patologica.

Oltre il 40% dei detenuti arruolati è risultato essere affetto da almeno una patologia psichiatrica. Fra i disturbi psichici prevalgono i disturbi da dipendenza da sostanze diagnosticati nel 24% di tutto il campione, i disturbi nevrotici ed i disturbi dell'adattamento.

Nel 2016 la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSP) insieme alla Società Italiana di Psichiatria (SIP) ed alla Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze (SIPD), con il supporto di Otsuka, ha condotto il

progetto *“Insieme - La salute mentale in carcere”*, con l’obiettivo di introdurre un approccio integrato nella gestione dei disturbi mentali in tutti gli istituti penitenziari italiani, e di assicurare una continuità terapeutico-assistenziale anche dopo la scarcerazione.

Nel progetto, sono stati presi in considerazione gli oltre 54.000 detenuti nelle carceri italiane, di cui più del 77% (oltre 432.000) convivono con un disagio mentale.

Complessivamente, tutte le psicopatologie sono mediamente più rappresentate in carcere piuttosto che nella popolazione normale. Si riscontra, ad esempio, una percentuale del 4% di psicosi, contro il 1% della popolazione normale, mentre la depressione è presente nel 10% dei detenuti, contro il 2%-4% al di fuori delle carceri; più frequenti sono i disturbi di personalità, che arrivano a percentuali elevatissime, dell’ordine del 65%, contro il 5%-10% della popolazione normale.

L’abuso di sostanze ha anche una significativa ricorrenza, attorno a 2 volte la popolazione normale (48% contro 4%).

È facilmente intuibile che gli incrementi delle psicopatologie dentro gli istituti penitenziari ha ragioni diverse in relazione al gruppo diagnostico considerato: mentre è ragionevole pensare che il regime di privazione della libertà sia un induttore degli stati depressivi ed in misura minore degli stati psicotici, per quanto riguarda i disturbi di personalità e le condotte di abuso vale invece il ragionamento opposto: è la patologia in sé che favorisce le condotte antisociali ed è quindi più presente fra le persone con un maggiore disagio sociale, mentre in questo caso il carcere non sembrerebbe svolgere un ruolo psicopatogeno.

In generale, però, una percentuale di malattie mentali complessivamente superiore di 13 volte rispetto alla popolazione non detenuta, non può non indurre a riflettere sulla necessità che questi dati ricevano l’attenzione che meritano, soprattutto al fine di migliorare quegli aspetti della vita del detenuto che risultino particolarmente aggressivi e segreganti e che costituiscono alla lunga fattori psicopatogenetici significativi.

Alla psicopatologia si ricollegano i gesti autolesionistici ed anticonservativi.

Su 13.781 detenuti di cui vi era riscontro in cartella clinica, 666 hanno messo in atto almeno un gesto autolesivo nel corso dell’ultimo anno di detenzione, con un valore medio di 4,5 atti ogni 100 detenuti. Spesso inoltre l’atto autolesivo è reiterato: mediamente infatti ogni detenuto ha compiuto questo gesto circa 2 volte. Secondo quanto rilevato dallo studio della SIMSP il numero di detenuti che nel corso dell’ultimo anno di detenzione hanno tentato almeno una volta il suicidio è di 143 (l’1% del totale).

I dati reali sul suicidio, invece, lo rileviamo dai dati presenti nel dossier realizzato dall'osservatorio *“Morire in carcere”*.

Di seguito si riporta la tabella con l'andamento delle morti totali in carcere a partire dal 2000 ed aggiornate al 4 marzo 2017 (dati riportati nel dossier realizzato dall'osservatorio *“Morire in carcere”*):

<b>Anno</b>	<b>Totale Morti</b>	<b>Suicidi</b>	<b>% Suicidi</b>
<b>2000</b>	<b>165</b>	<b>61</b>	<b>36,97</b>
<b>2001</b>	<b>177</b>	<b>69</b>	<b>38,98</b>
<b>2002</b>	<b>160</b>	<b>52</b>	<b>32,50</b>
<b>2003</b>	<b>157</b>	<b>56</b>	<b>35,67</b>
<b>2004</b>	<b>156</b>	<b>52</b>	<b>33,33</b>
<b>2005</b>	<b>172</b>	<b>57</b>	<b>33,14</b>
<b>2006</b>	<b>134</b>	<b>50</b>	<b>37,31</b>
<b>2007</b>	<b>123</b>	<b>45</b>	<b>36,59</b>
<b>2008</b>	<b>142</b>	<b>46</b>	<b>32,39</b>
<b>2009</b>	<b>177</b>	<b>72</b>	<b>40,68</b>
<b>2010</b>	<b>185</b>	<b>66</b>	<b>35,68</b>
<b>2011</b>	<b>186</b>	<b>66</b>	<b>35,48</b>
<b>2012</b>	<b>154</b>	<b>60</b>	<b>38,96</b>
<b>2013</b>	<b>153</b>	<b>49</b>	<b>32,03</b>
<b>2014</b>	<b>132</b>	<b>44</b>	<b>33,33</b>
<b>2015</b>	<b>123</b>	<b>43</b>	<b>34,96</b>
<b>2016</b>	<b>115</b>	<b>45</b>	<b>39,13</b>
<b>2017</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>47,83</b>

Come si vede, a fronte di una media di suicidi sul totale dei decessi del 36,39% nei 18 anni considerati, nel 2016 e nel 2017 si è avuto un incremento significativo dei suicidi, che sono saliti al 39,13% nel 2016 e nei primi due mesi del 2017 sono già al 47,83%.

Ma non basta. Per dare un'idea delle dimensioni del fenomeno, nel solo 2014 (dati dal progetto *“Insieme-La salute mentale in carcere”*) si sono registrati 44 suicidi portati a termine, 900 tentativi di suicidio e 7000 atti di autolesionismo.

Negli ultimi 20 anni gli agenti di polizia penitenziaria, in tutta Italia, hanno sventato oltre 21mila tentativi di suicidio nelle carceri ed impedito anche qua-

si 168 mila casi di autolesionismo, che avrebbero potuto portare a conseguenze gravi.

Orbene, è evidente che i fattori che hanno determinato questo incremento dei suicidi in carcere negli ultimi due anni sono diversi e sicuramente articolati, ma non vi è dubbio che si accompagnano anche ad un incremento dei disturbi di tipo depressivo, mentre non sembra che siano statisticamente correlati al sovraffollamento, se è vero che con la riduzione negli ultimi anni del numero complessivo di detenuti la percentuale relativa di suicidi è rimasta stabile se non addirittura aumentata.

Ritornando allo studio dell'ARS Toscana del 2014, le malattie dell'apparato gastrointestinale si collocano al secondo posto, dopo le patologie psichiatriche, per numero di diagnosi riscontrate. Ne è interessato il 14,5% di tutti i detenuti presi in esame. Circa il 40% dei disturbi di questo grande gruppo di malattie è costituito dalle patologie dei denti e del cavo orale, storicamente estremamente diffuse all'interno delle strutture penitenziarie a causa della scarsa attenzione rivolta all'igiene orale da parte dei detenuti e a stili di vita non corretti (assunzione di sostanze stupefacenti e abitudine a fumo e alcol); il 37,5% è rappresentato da esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali, spesso legate allo stress, ad una dieta non equilibrata, al fumo, all'alcol e anche all'utilizzo eccessivo di alcuni farmaci, come gli anti-infiammatori non steroidei.

Le malattie infettive e parassitarie colpiscono l'11,5% di tutti i detenuti sottoposti a visita, confermando di essere un gruppo di patologie ad alta prevalenza nella popolazione detenuta. In particolare, l'epatite C costituisce la malattia infettiva più diffusa, con una prevalenza del 7,4%, seguita da epatite B e AIDS che colpiscono, entrambe, il 2% degli arruolati. L'epatite C è probabilmente legata alla tossicodipendenza.

Tubercolosi e sifilide affliggono rispettivamente lo 0,6% e lo 0,5% della popolazione carceraria presa in esame.

Un posto significativo è riservato nella statistica sulle patologie più rilevanti per l'amministrazione della giustizia per l'impegno diagnostico e terapeutico che comportano, alle neoplasie.

I ricercatori canadesi del St. Michael's Hospital e della McMaster University coordinati da Fiona Kouyoumdjian hanno preso in esame quasi 50.000 detenuti negli istituti penitenziari della regione dell'Ontario tra il 2000 ed il 2012, verificando l'incidenza nella popolazione carceraria di patologie oncologiche e gli eventuali decessi per questa causa. È emerso che nei 12 anni presi in esame il 2,6% dei detenuti uomini e il 2,8 delle detenute donne hanno ricevuto una diagnosi di tumore.

I più diffusi sono risultati quelli del polmone, della prostata, del colon-retto e testa-collo nei maschi, mentre tra le donne i più diagnosticati sono stati i tumori della mammella, del polmone e della cervice dell'utero.

Sempre tra il 2000 ed il 2012 l'1,1% dei detenuti maschi e lo 0,9% delle detenute femmine sono morti a causa di un tumore. Il tasso di mortalità per tumore si è rivelato quindi più elevato 1,6 volte per gli uomini e 1,4 volte per le donne rispetto alla popolazione generale.

Analizzando i singoli tumori, è emerso che in carcere la probabilità per gli uomini di morire per un tumore testa-collo o del fegato è tre volte superiore alla media, mentre per le donne è la probabilità di morire per un tumore della cervice uterina ad essere 3 volte superiore alla media.

L'incremento della mortalità per tumori rispetto alla popolazione generale può correlarsi alla condizione di stress cronico cui è sottoposto il detenuto e che riduce le difese immunitarie favorendo l'attacco delle neoplasie ai rispettivi organi bersaglio, ma anche alle maggiori difficoltà diagnostiche determinate da procedure non sempre rapide ed efficaci e - non certamente in subordine - alla sottovalutazione dei sintomi da parte dei sanitari in soggetti tradizionalmente oggetto di pregiudizi per la loro supposta tendenza ad ingigantire i disturbi per sfruttarne eventuali vantaggi legali e giudiziali.

Un accenno merita anche lo stato dei detenuti minorenni. Lo studio ne ha presi in esame 86 (65% ragazzi e 35% ragazze, età media 17 anni), ospitati in 6 strutture detentive per minori. Il gruppo etnico più rappresentato è quello proveniente dall'Europa dell'Est (45% circa, con una percentuale che sfiora l'80% per quanto riguarda le femmine), il livello scolastico è risultato essere molto basso, con il 20% dei ragazzi che non ha conseguito alcun titolo di studio. Circa il 40% del totale dei minori arruolati ha manifestato almeno una malattia, in particolar modo sono risultate essere maggiormente frequenti le patologie psichiatriche, coinvolgendo il 18,6% dei minorenni detenuti. Registrati, in questo gruppo di persone, 10 gesti autolesivi e 2 tentati suicidi.

## **6. Considerazioni conclusive**

Quanto sopra illustrato consente di articolare alcune considerazioni conclusive.

Non vi sono dubbi che il passaggio dell'assistenza sanitaria dal Ministero di Giustizia alle Regioni ha portato nelle carceri molte luci e qualche ombra.

Da un lato, vengono assicurate al detenuto prestazioni specialistiche di maggiore qualità, per l'utilizzo di professionisti con maggiore esperienza - operando contestualmente nelle ASL con un bacino di utenza molto più vasto - e potendosi disporre oggi della stessa tecnologia avanzata disponibile per tutta

la popolazione del territorio. Dall'altra parte, però, gli stessi professionisti appaiono maggiormente sovraccarichi di lavoro, le tecnologie disponibili presso le ASL devono fare i conti con a volte tempi di attesa troppo lunghi, i processi autorizzativi per le visite extramurarie sono a volte lenti ed intempestivi.

Si assiste pertanto ad un'assistenza sanitaria a favore della popolazione carceraria a "macchia di leopardo", con realtà dove la stessa funziona meglio ed altri contesti dove vi sono problemi cronici e di difficile superamento.

Non vi è dubbio che la popolazione detenuta presenta maggiori necessità sanitarie rispetto alla popolazione normale, perché il modello stesso carcerario è di per sé causa di disagio sia psichico che fisico e che questi disagi possono essere parimenti determinanti per l'insorgenza di patologie sia in soggetti predisposti sia in persone del tutto normali. Ma queste maggiori esigenze sanitarie, non si accompagnano purtroppo ad una maggiore puntuale capacità del SSN di dare risposte più pronte ed efficaci.

Carenze si riscontrano ad esempio nell'assistenza psicologica, laddove il ricorso a frequenti colloqui psicoterapici potrebbe essere un valido presidio per ridurre l'elevata frequenza dei disturbi dell'adattamento ed il rischio suicidario, che purtroppo in Italia si mantiene ancora elevato.

Fattori come il sovraffollamento e la mancata regionalizzazione della detenzione (molti detenuti vengono assegnati a carceri eccessivamente distanti dalla propria sede di residenza e rendono in tal modo difficili i contatti periodici con i familiari), contribuiscono sicuramente a peggiorare le condizioni di vita degli stessi, ma non vi è prova che incidano in maniera significativa sul rischio suicidario, tant'è che negli ultimi 3-4 anni a fronte di una riduzione della popolazione carceraria complessiva, il numero dei suicidi è relativamente aumentato.

A fronte dell'innegabile effetto negativo della detenzione sulla salute del detenuto, si osserva come l'Italia è ultima, tra i grandi paesi europei, nel ricorso alle pene alternative al carcere; in realtà il legislatore ha tentato negli ultimi anni di incentivare ed estendere l'uso delle misure alternative al carcere, ad esempio con la L. 199 del 2010 (che ha dato la possibilità di passare alla detenzione domiciliare per coloro che hanno una pena residua inferiore ai 18 mesi) e con la L. 67 del 2014 (lavori di pubblica utilità al posto del carcere).

Queste norme hanno avuto un impatto significativo sul sistema penitenziario italiano, ma non sono ancora riusciti a colmare il gap con i sistemi penitenziari degli altri paesi europei più avanzati.

Ad esempio, in Italia si è registrata dal 2011 al 2016 una crescita del 29% dell'affidamento in prova al servizio sociale; analogo incremento si è re-

gistrato per i lavoro socialmente utili, che sono passati dal numero di 239 persone ad essi assegnati nel 2011 ai 6.507 nel 2016. Anche la misura della detenzione domiciliare (+20% in cinque anni) e la libertà vigilata (+26%) sono cresciuti negli ultimi anni.

Nonostante una crescita importante, però, l'Italia resta però ultima tra i grandi paesi europei per utilizzo delle misure alternative: in Italia la maggioranza dei condannati finisce in carcere (55%), in Germania sono solo il 28%, in Francia il 30%, in Inghilterra e Galles il 36% ed in Spagna il 48%.

Discorso particolare merita ancora il 41-*bis*, a volte utilizzato in modo improprio dall'autorità giudiziaria, al solo scopo di ottenere informazioni piuttosto che per impedire le esigenze di comunicazione all'interno delle organizzazioni criminali. Anche alla luce di recenti note problematiche venute alla luce per detenuti in regime di carcere duro, è forse arrivato il momento di mettere in discussione questo istituto ed adeguarlo alle mutate necessità dell'attuale momento storico e di renderlo umanamente più tollerabile, restituendo all'istituto carcerario quei compiti di rieducazione e riabilitazione cui nel caso del 41-*bis* lo stato ha sostanzialmente abdicato.

