

VITULIA IVONE

I FRAGILI CONTORNI DEL DIRITTO ALLA SALUTE DELLE PERSONE PRIVATE DELLA LIBERTÀ PERSONALE

SOMMARIO: 1. Premessa. 2. Le fonti: anatomia di un sistema legislativo complesso. 2.1. La CEDU e la tutela indiretta del diritto alla salute. 3. Il diritto alla salute del detenuto durante la pandemia da Covid-19. 4. La Relazione annuale al Parlamento del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale. 5. Gli esiti della Commissione Ruotolo. 6. Qualche considerazione conclusiva.

1. La cura della salute dei detenuti in carcere evoca il tema della dignità umana e non oblitera – né affievolisce – la consistenza dei diritti essenziali della persona, benché in regime di detenzione.

Il dibattito intorno al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria nelle sue varie forme, alla corretta dislocazione dei servizi sul territorio, all'incremento della qualità dell'intervento diagnostico e di cura e all'evoluzione del rapporto fiduciario medico-paziente, dovrebbe essere appannaggio della società civile libera come dei luoghi di detenzione.

Tuttavia, la circostanza che vede il detenuto come persona costretta a vivere, per un periodo della sua vita, in un ambiente di comunità collettiva chiusa in cui le sue necessità quotidiane legate alla salute passano attraverso il filtro, obbligato e condizionato, degli operatori penitenziari di vario profilo – in particolare della polizia penitenziaria – inevitabilmente contribuisce a «conformare» la vita di queste persone in modo particolare e diverso rispetto alle persone libere.

Nell'attuale ordinamento penitenziario convivono, con inevitabili frizioni interne, l'istanza rieducativa e di risocializzazione con quella di sicurezza sociale, che fin dai primi anni Novanta si è sovrapposta alla prima, piegando alcuni istituti alla funzione di incentivazione della collaborazione con l'Autorità giudiziaria ed escludendone altri dal trattamento rieducativo proprio in ragione di un incremento dell'efficacia meramente punitiva dell'esecuzione penale.

Diverse sono le carenze riscontrate in sede di applicazione della legislazione vigente, nonché le lacune normative che meritano di essere colmate

anche per esigenze di adeguamento agli standard internazionali in materia di cura del disagio psichico nei confronti di condannati a pena detentiva e di soggetti sottoposti a misure di sicurezza personali, tenendo anche conto delle indicazioni desumibili dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo e dai rapporti del Comitato europeo per la prevenzione della tortura.

La comprensione di questo universo dai confini fisici definiti, ma dalla identità complessa¹, necessita una analisi degli interventi del legislatore, che certamente ha risentito – nelle sue scelte – dell'assenza di una cultura penitenziaria identificabile e non frutto delle contingenze politiche e sociali che l'Italia ha vissuto nella storia repubblicana².

2. Il tema della salute dei detenuti non trova specifica menzione nell'art. 32 della Carta costituzionale che qualifica un diritto inalienabile di ogni persona, indipendentemente dalla condizione di libertà a o detenzione.

La vasta ermeneusi della norma – caratterizzata da una complessità difficile da ricondurre a semplicistica unitarietà – coagula, all'interno del generale diritto alla salute, posizioni giuridiche soggettive diverse per struttura e per contenuto, riottose ad una piena sovrapponibilità³.

- 1 Si veda D. GONIN, *Il Corpo incarcerato*, Torino, 1994, che paragona il carcere nei suoi percorsi ad un enorme tubo digerente che ingloba le persone.
- 2 I riferimenti possono essere molteplici e prendono spunto da momenti della storia della Repubblica italiana in cui le scelte legislative in materia penitenziaria sono state la scaturigine di eventi precisi: si pensi ai cc.dd. «anni di piombo», quando le istanze securitarie non sono state armonizzate con un ragionamento calibrato su quello che l'istituzione penitenziaria si era sforzata di essere nei decenni precedenti.
- 3 S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. Calamandrei, A. Levi, (a cura di), *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Firenze, 1950, 336 ss.; F. PERGOLESI, *Tutela costituzionale della salute*, in *Corriere amministrativo*, 1961; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Riv. infortuni e malattie professionali*, I, 1961, 1, ora in *Raccolta di scritti*, Milano, 1972, 433 ss.; L. CARLASSARE, *L'art. 32 cost. e il suo significato*, in R. Alessi (a cura di), *L'amministrazione sanitaria italiana*, Atti del congresso celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione, Vicenza, 1967; S. MERLINI, *Libertà personale e tutela della salute mentale: profili costituzionali*, in *Dem. Dir.*, 1970, 78 ss.; M. BESSONE, E. ROPPO, *Diritto soggettivo alla salute, applicabilità diretta dell'art. 32 Cost. ed evoluzione della giurisprudenza*, in *Pol. dir.*, 1974; M. BESSONE, E. ROPPO, *Garanzia costituzionale del diritto alla salute e orientamenti della giurisprudenza di merito*, in *Giur. it.*, IV, 1975; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32*, in G. Branca (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Bologna, 1976; S. PANUNZIO, *Trattamenti sanitari obbligatori e Costituzione*, in *Dir. Soc.*, 1979; M.

Una volta superata l'opinione che vedeva nell'art. 32 Cost. una disposizione meramente programmatica e priva di carattere precettivo, il diritto alla salute, grazie ad un'evoluzione interpretativo-giurisprudenziale, ha incontrato il riconoscimento di una sfera di tutela così ampia ed effettiva da poterlo annoverare fra i «nuovi diritti», in considerazione della sua «emersione nella considerazione giuridico-sociale come diritto effettivamente tutelato»⁴.

La speculare ampiezza dell'operato della giurisprudenza sul tema – che spazia dalla Corte costituzionale, alla Corte di Cassazione e alle sentenze di merito, passando per la giurisprudenza sovranazionale – delinea le tappe principali dell'affermazione della salute come diritto fondamentale, sia in relazione ai diversi aspetti tutelati (benessere fisico, salute mentale,

LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. Soc.*, 1980, 769 ss.; R. D'ALESSIO, *I limiti costituzionali dei trattamenti "sanitari"*, in *Dir. Soc.*, 1981, 536 ss.; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. Soc.*, 1983, 25; B. CARAVITA DI TORITTO, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. Soc.*, 1984; V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. Soc.*, 1984; A. PISANESCHI, *La Corte costituzionale e il danno alla salute: considerazioni in merito all'operatività dell'art. 32 Cost. nell'attuale sistema di responsabilità civile*, in *Giur. cost.*, 1987, 1073; C. BOTTARI, *Principi costituzionali e assistenza sanitaria*, Milano, 1991; SANTILLI, GIUSTI, *Tutela della salute (dir. civ.)*, in *Enc. Giur.*, XXVII, Roma, 1991, 5; F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella Giurisprudenza Costituzionale*, Torino, 1995, 40 ss.; I. TERESI, *La tutela della salute nelle decisioni della Corte costituzionale*, in *Rass. Dir. Civ.*, 1, 1998, 114 ss.; M. COCCONI, *Il diritto alla tutela della salute*, Padova, 1998; A. SANTOSUOSSO, *Libertà di cura e libertà di terapia*, Roma, 1998; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in P. Ridola, R. Nania (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino, 2001; C. D'ARRIGO, *Salute (diritto alla)*, agg., in *Enc. dir.*, Milano, 1009 ss., 2001; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002; R. BALDUZZI, G. DI GASPARRE, *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio*, Torino, 2003, 128; R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. Cassese, *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 5393, 2006; P. VERONESI, *Il corpo e la Costituzione*, Milano, 2007; S. ROSSI, *La salute mentale tra libertà e dignità. Un dialogo costituzionale*, Milano, 2015; L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018; L. CHIEFFI, *Diritto all'autodeterminazione terapeutica*, Torino, 2019; G. DI FEDERICO, S. NEGRI, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Padova, 2019; F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità*, Napoli, 2020; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, Torino, 2021, 91; C. PICIOCCHI, *Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'adempimento di una promessa difficile*, in *Estudios constitucionales*, 2021-2022.

4 F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, cit., 40.

riproduttiva, ecc.), sia in relazione al contesto in cui essa è considerata: l'ambiente di lavoro, la scuola, il carcere, ecc.

Le tappe di questo percorso sono intuibili se lette in relazione agli interventi legislativi che hanno eretto il complesso edificio che nel tempo presente esprime la cura della salute delle persone.

Le prime norme in tema di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari avvengono nel 1975, con la legge n. 354⁵, secondo cui detti servizi dovevano necessariamente corrispondere alle effettive esigenze sanitarie della popolazione detenuta: il decimo comma dell'art. 11 attribuiva all'Amministrazione Penitenziaria la facoltà di avvalersi della collaborazione dei servizi sanitari intra ed extra ospedalieri, ponendo così l'accento sulla possibilità che la sanità pubblica potesse giungere fino a ricomprendere anche la popolazione carceraria⁶.

Nonostante l'articolata disciplina prevista, l'equiparazione nella tutela del diritto alla salute dei detenuti rispetto a quella dei cittadini liberi è frutto di un lungo percorso in quanto la materia, anche dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale⁷, è rimasta di appannaggio del Ministero della Giustizia, ritenendosi che sussistesse, a causa delle esigenze di sicurezza, una specialità legittima dell'assistenza sanitaria in carcere.

Il cambio di passo avviene nel 1998, allorché un progetto riformatore – ispirato al principio che i detenuti e gli internati hanno diritto al pari dei cittadini in stato di libertà all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione – ha previsto il trasferimento dal Ministero della Giustizia al SSN di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, e delle attrezzature e beni strumentali riguardanti la sanità penitenziaria⁸.

5 Legge n. 354 del 1975, *Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*, in *Gazzetta Ufficiale* 9 agosto 1975, n. 212.

6 L'art. 11 menziona il Servizio sanitario, declinandone struttura e funzioni.

7 Legge n. 833 del 1978, «Istituzione del servizio sanitario nazionale, in *Gazzetta Ufficiale*» n. 360 del 28 dicembre 1978. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 23 e ss. Tale legge – dopo una lunga fase iniziale di irrilevanza del diritto alla salute – segna la rilevanza delle posizioni giuridiche soggettive comprese in esso.

8 Il riferimento è alla legge n. 419 del 1998, recante «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. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 286 del 7 dicembre 1998. L'art. 5 della suddetta

Con il decreto legislativo n. 230 del 1999, sono transitate al SSN le funzioni relative alla tossicodipendenza, mentre all'amministrazione penitenziaria è rimasto l'obbligo di tutelare la salute di ogni persona ad essa affidata in quanto privata della libertà, nonché funzioni organizzative e di garanzia della qualità del servizio sanitario⁹.

Per la piena realizzazione di tali previsioni, si dovrà attendere l'emanazione del decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 che definitivamente ha sancito l'accorpamento della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, stabilendo il trasferimento dal dicastero della Giustizia a quello della Salute di tutte le risorse umane e materiali: residuava – per l'amministrazione penitenziaria – un ampio

legge introduce – all'art. 5 – il «Riordino della medicina penitenziaria», per cui si afferma che sia compito del Governo «emanare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi di riordino della medicina penitenziaria, con l'osservanza dei seguenti principi e criteri direttivi: a) prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria; b) assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria; c) prevedere l'organizzazione di una attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti a fini di giustizia; d) prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle aziende unità sanitarie locali; e) prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, al Fondo sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero di grazia e giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione».

- 9 Il d.P.M.C. 1° aprile 2008 reca «Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria». Si segnalano, altresì, il parere del Consiglio di Stato, n. 305 del 1987, che si è espresso confermando la esclusiva competenza della Amministrazione Penitenziaria in materia di diritto alla salute della popolazione detenuta, confermando la tesi favorevole sulla conservazione dell'assistenza sanitaria «tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario».

compito organizzativo e di raccordo, a tutela della qualità del servizio reso dall'amministrazione sanitaria¹⁰.

La costruzione di questo doppio piano di competenze – riferito a due sistemi quali la sanità e la giustizia – ha consentito a due grandi amministrazioni di interfacciarsi e di condividere linguaggi, di analizzare i propri strumenti di riferimento e di rilevarne la congruità o la limitatezza, nel nome del diritto alla salute della persona detenuta.

Accanto al trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie, fino ad allora svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, nel provvedimento del 2008 emergono due elementi che – a tutt'oggi – rappresentano seri obiettivi di civiltà e di concreta evoluzione del concetto di salute: il riferimento è ai «principi di riferimento» e agli «obiettivi di salute-LEA», contenuti nell'allegato A del suddetto d.P.C.M.¹¹.

10 Veniva disposta, altresì, la presa in carico da parte delle Regioni degli Ospedali psichiatrici giudiziari e delle Case di cura e custodia (ora sostituiti dalle REMS, «residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza», in base al decreto legge n. 52 del 2014, convertito con modificazioni dalla legge n. 8 del 2014), secondo le modalità e i tempi previsti da apposite linee guida, ispirate ai principi di territorialità e di riabilitazione socio-sanitaria degli internali portatori di patologia psichiatrica.

11 L'elencazione – benché tassativa – favorisce la comprensione della portata di tale nuova impostazione in tema di diritto alla salute dei detenuti. Il d.P.C.M. contiene il riconoscimento della necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari, degli istituti di pena per minori, dei Centri di Prima Accoglienza, delle Comunità e dei Centri clinici. Il provvedimento considera gli interventi a tutela della salute come complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato. Gli Istituti penitenziari, gli istituti di pena per minori e i centri di Prima Accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali, ecc. Si sostiene la continuità terapeutica quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura, così come la promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà; la promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Nell'ambito delle riflessioni e delle proposte di interventi in materia penitenziaria, ha svolto un ruolo significativo il Comitato Nazionale di Bioetica, che ha fatto propri gli esiti della Commissione di studio istituita nell'agosto 2013 su «La salute dentro le mura».

Partendo dall'assunto che «la popolazione detenuta rappresenta un gruppo ad alta vulnerabilità bio-psico-sociale, il cui livello di salute, ancor prima dell'entrata in carcere, è mediamente inferiore a quello della popolazione generale», il report sottolinea come – per tutte le autorità competenti, ad iniziare da quelle sanitarie – emerga «un dovere di sorveglianza e verifica dell'effettivo rispetto del diritto alla salute dei detenuti». Nello specifico, la Commissione chiarisce che il diritto alla salute, anche e soprattutto in carcere, non si esaurisce «nell'offerta di prestazioni sanitarie adeguate: particolare attenzione deve essere prestata alle componenti ambientali, assicurando alle persone ristrette condizioni di vita e regimi carcerari accettabili, che permettano una vita dignitosa e pienamente umana»¹².

Con l'approvazione dei decreti legislativi nn. 123 e 124 del 2018, sono state introdotte – oltre alla semplificazione dei procedimenti per le decisioni di competenza del magistrato e del Tribunale di sorveglianza, nonché alle disposizioni in tema di vita penitenziaria e all'incremento delle opportunità di lavoro retribuito, sia intramurario che all'esterno – nuove disposizioni volte a modificare l'ordinamento penitenziario con particolare riferimento all'assistenza sanitaria nonché al miglioramento della vita carceraria attraverso la previsione di norme volte al rispetto della dignità umana dei carcerati.

L'attuazione di questo decreto andava a valorizzare il ruolo del Servizio sanitario nazionale all'interno degli istituti, potenziando l'assistenza all'interno delle carceri e garantendo ai detenuti prestazioni tempestive, visita medica del detenuto all'ingresso in istituto e continuità dei trattamenti sanitari in corso.

12 Il *report* sottolinea gli ambiti più problematici, quali «il sovraffollamento, l'inadeguatezza delle condizioni igieniche, la carenza di attività e di opportunità di lavoro e di studio, la permanenza per la gran parte della giornata in cella, la difficoltà a mantenere relazioni affettive e contatti col mondo esterno»: in particolare, la Commissione – prendendo spunto dalla condanna dell'Italia a causa del sovraffollamento carcerario da parte della Corte Europea di Strasburgo del gennaio 2013 – «ribadisce il valore della prevenzione, affinché sia assicurato ai detenuti e alle detenute un ambiente rispettoso dei diritti e dei principi di umanità. Infine, invita a sorvegliare affinché un settore come il carcere, che abbisogna di molti sforzi per raggiungere standard accettabili di vivibilità, non abbia al contrario a soffrire per la contrazione delle risorse».

Entrando nello specifico delle novità introdotte, in primo luogo va evidenziata l'importanza della disposizione posta in apertura dell'art. 11, ove si afferma che «il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria»: il richiamo al decreto legislativo 230 del 1999 deve intendersi come il richiamo al principio della parità tra detenuti (e internati) e soggetti liberi nella tutela del diritto alla salute e quindi al diritto a godere di prestazioni sanitarie efficaci, tempestive ed appropriate.

Sempre in ossequio a quanto previsto dal decreto legislativo n. 230 del 1999, il nuovo comma 3 dell'art. 11 o.p. prescrive l'adozione da parte dell'azienda sanitaria locale, nel cui ambito sia ubicato un istituto penitenziario, di una carta dei servizi, che deve essere messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità.

Desta invece un certo stupore la nuova formulazione del comma 2. Nel ribadire quanto già era previsto nella previgente formulazione circa la predisposizione all'interno degli istituti penitenziari di un servizio sanitario «rispondente alle esigenze della salute dei detenuti e degli internati», il nuovo comma 2 dell'art. 11 omette il riferimento al servizio psichiatrico: dunque, la nuova disposizione non solo non prevede il potenziamento di tale servizio (come richiesto nella legge delega e come previsto nel progetto Pelissero¹³), ma addirittura elimina la previsione, contenuta nel «vecchio» comma 1, secondo cui ogni istituto deve disporre «dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria»¹⁴.

Si ricordi, in tema di tutela della salute delle persone con problemi di malattia mentale detenuti nelle carceri, l'apporto della Corte costituzionale che, con sentenza n. 99 del 2019 relativa alle persone detenute nelle quali sia sopravvenuta una grave infermità psichica, ha prodotto importanti conseguenze per i dipartimenti di salute mentale. Infatti, se il diritto alla salute non viene assicurato in carcere, nemmeno nelle apposite Articolazioni per

13 Con decreto del Ministro della Giustizia del 19 luglio 2017, è stata istituita la Commissione incaricata di redigere una proposta di riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione delle pene accessorie, al fine di predisporre gli schemi di decreto legislativo secondo le previsioni della legge n. 103 del 2017, recante «Modifiche al codice penale e al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario».

14 A. DELLA BELLA, *Riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario*, in *Diritto penale contemporaneo*, 7 novembre 2018.

la Salute Mentale, il Magistrato di Sorveglianza può disporre la detenzione domiciliare anche in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza¹⁵.

Tale pronuncia – che si pone in linea con un percorso di riforma iniziato nel 2011 e conclusosi, almeno nella sua parte più importante, nel 2014, quando con la legge n. 81 del 2014 il Parlamento decise la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) al 31 marzo 2015¹⁶ – opera nel senso di privilegiare l'applicazione della misura alternativa della detenzione domiciliare «umanitaria» o «in deroga» per quei soggetti colpiti da una grave malattia mentale.

Secondo la Corte costituzionale, la mancanza di qualsiasi alternativa al carcere per chi, durante la detenzione, sia colpito da una grave malattia mentale, anziché fisica, crea anzitutto un vuoto di tutela effettiva del diritto fondamentale alla salute e si sostanzia in un trattamento inumano e degradante quando provoca una sofferenza così grave che, cumulata con l'ordinaria afflittività della privazione della libertà, determina un sovrappiù di pena contrario al senso di umanità e tale da pregiudicare ulteriormente la salute del detenuto.

In tema di diritto alla salute e di funzione rieducativa della pena, si segnala altresì la sentenza della Cassazione¹⁷ per la quale non è necessario obbligo di notifica alla persona offesa in caso di sostituzione della misura detentiva per motivi legati alla salute del detenuto.

Tralasciando la ricostruzione della vicenda specifica, appare significativo il richiamo della Corte al fondamento dell'art. 32 Cost. individuato quale baluardo del trattamento rieducativo, in combinato disposto con gli artt. 27, comma 3 e 13, comma 4 Cost.

15 In altri termini, la Corte costituzionale, accogliendo la questione sollevata dalla Corte di Cassazione, ha dichiarato illegittimo l'art. 47-ter, comma 1-ter, ord. penit. «nella parte in cui non prevede che, nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il tribunale di sorveglianza possa disporre l'applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo art. 47-ter».

16 L'iter che ha condotto alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è iniziato nel 1999 con il decreto legislativo n. 230 del 1999 «Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419». A seguire una serie di atti normativi sino al 2013 con la legge n. 57 del 2013 di conversione del decreto legge n. 24 del 2013 che stabiliva il programma regionale in cui definire «tempi certi e impegni precisi per il superamento degli OPG». La svolta è avvenuta con la legge n. 81 del 2014 che ha apportato, in sede di conversione di un decreto legge, significative modifiche volte a sancire il superamento dell'ottica meramente repressiva che aveva contraddistinto la gestione degli O.P.G.

17 Corte Cass., n. 165 del 2020.

La Corte di Cassazione, a seguito della evoluzione giurisprudenziale, afferma la necessità di un bilanciamento dei diritti in gioco, «poiché se così non fosse l'esecuzione della pena verrebbe illegittimamente ad incidere sul diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto a tutti e si risolverebbe in un trattamento contrario al senso di umanità, cui la Costituzione deve ispirarsi».

2.1. Il riconoscimento, nell'ordinamento italiano, di posizioni soggettive in capo ai detenuti e, in particolare, del diritto alla salute in carcere, è avvenuto in modo graduale e non sempre coerente, risentendo, altresì, dell'impulso del legislatore sovranazionale che, da un lato, ha promosso l'umanizzazione della pena, vietando trattamenti lesivi della dignità umana e, dall'altro, ha elaborato *standard* specifici di trattamento del soggetto sottoposto a pena detentiva (o misura detentiva) a cui gli ordinamenti penitenziari degli Stati nazionali si sono dovuti conformare¹⁸.

In tema di specifiche politiche finalizzate al miglioramento delle condizioni negli istituti penitenziari, sia il Comitato per la prevenzione della tortura e dei trattamenti o delle pene inumane o degradanti (CPT), sia la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, hanno svolto un ruolo centrale per l'attuazione delle disposizioni sovrastatali di derivazione europea.

Il CPT ha una funzione preventiva, in quanto le sue attività sono finalizzate ad impedire le violazioni di cui all'art. 3 CEDU (tortura e trattamenti inumani e degradanti), attraverso varie attività¹⁹.

La Convenzione europea dei diritti dell'uomo non contiene alcuna disposizione espressamente e specificamente dedicata al diritto alla (tutela della) salute.

La «protezione della salute», anzi, figura nel testo della Convenzione e dei Protocolli addizionali unicamente per individuare una delle ragioni che, a certe condizioni, legittimano restrizioni a taluni dei diritti e libertà riconosciuti ovvero ingerenze delle pubbliche autorità nell'esercizio degli stessi²⁰.

18 M. RUOTOLO, *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Torino, 2002, 36.

19 Tra queste attività si annoverano la «visita periodica» nei luoghi di detenzione; la redazione di specifiche raccomandazioni; la predisposizione di rapporti annuali che fungono da linee-guida (o regole penitenziarie) e/o da «standard minimi» di assistenza sanitaria che lo Stato deve garantire al detenuto.

20 F. CECCHINI, *La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2017, 1. Si veda anche B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Milano, 2001, 157-158, secondo cui la CEDU ripropone «sul piano internazionale, una visione in qualche modo arcaica dei diritti fondamentali, quale quella [...] riduzionista ed ideologicamente liberista del

Questa tutela «indiretta» del diritto alla salute ha visto la Corte di Strasburgo impegnata per proteggere quelle situazioni nelle quali il pregiudizio alla salute si riflette nella lesione o messa in pericolo di altri diritti garantiti dalla Convenzione. Questa tecnica di tutela, se da un lato ha consentito al Giudice europeo di estendere il proprio sindacato anche a istituti e pratiche non direttamente rientranti nel campo di applicazione della Convenzione, così colmando alcune lacune della stessa – ad esempio, in tema di condizioni di detenzione e misure nei confronti degli stranieri – dall'altro lato, tuttavia, gli ha impedito di tutelare il diritto in sé e per sé, così come di individuare un «nucleo irriducibile del diritto alla salute» al quale assicurare una garanzia incondizionata²¹.

Pertanto, il diritto alla salute viene ricondotto quale corollario del diritto alla vita (art. 2 CEDU), del divieto di pene e trattamenti inumani o degradanti (art. 3 CEDU) e del diritto della vita privata e familiare (art. 8 CEDU)²².

Relativamente al diritto alla vita, così come formulato nell'art. 2, la Corte ha inteso qualificare in esso la presenza di un duplice obbligo: negativo, nel senso che gli Stati non devono causare la morte dei singoli, e positivo, nel senso che sono altresì tenuti ad assumere misure adeguate ad assicurare la protezione della vita²³.

costituzionalismo delle origini, che contrappone al nocciolo duro dei diritti di prima generazione il corpus separato dei diritti di seconda generazione». Proprio l'esclusione dei diritti sociali dalla CEDU sarebbe fra le ragioni del consenso che ne ha accompagnato la stesura.

- 21 A. GUAZZAROTTI, *Giurisprudenza CEDU e giurisprudenza costituzionale sui diritti sociali a confronto*, in *La Rivista Gruppo di Pisa*, maggio 2012, 2; D. RANALLI, *Nuovi interventi della Corte europea dei diritti dell'uomo in materia di trattamento carcerario*, in *Rass. penit. crim.*, 2, 2013, 157-158.
- 22 P. ACCONCI, *Tutela della salute e diritto internazionale*, Padova, 2011, 67; A. GUAZZAROTTI, *I diritti sociali nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 2013, 13; A. DI PASCALE, *I diritti sociali nella giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione europea: diritti fondamentali?*, in *Riv. dir. intern.*, 2014, 1148 ss.; F. VIGANÒ, *L'impatto della Cedu e dei suoi protocolli sul sistema penale italiano*, in G. Ubertis, F. Viganò (a cura di), *Corte di Strasburgo e giustizia penale*, Torino, 2016, 31-33; S. NEGRI, *Salute pubblica, sicurezza e diritti umani nel diritto internazionale*, Torino, 2018, 62.
- 23 Nonostante la cautela con cui si è proceduto all'ampliamento di questo secondo profilo, proprio per il timore di trasformare l'art. 2 CEDU in un diritto sociale, non sono mancate decisioni che hanno ricompreso, tra gli obblighi discendenti dal diritto alla vita, l'obbligo per lo Stato di coprire i costi di terapie mediche o medicinali essenziali per salvare la vita dei malati, così come l'adozione di una regolamentazione che imponga alle strutture sanitarie di predisporre misure e procedure idonee ad assicurare la protezione della vita dei pazienti. I riferimenti sono a Commissione EDU, 12 luglio 1978, «Association of Parents v. the United Kingdom», ric. n. 7154/75; Commissione EDU, 10 ottobre 1986,

Il diritto alla salute in carcere è stato esaminato dai Giudici di Strasburgo, soprattutto, in relazione, all'art. 3 della Convenzione, ritenendo che la lesione psico-fisica del detenuto possa integrare una violazione della Convenzione qualora sia superata la cd soglia minima di gravità, sulla base di criteri oggettivi e soggettivi, da valutare caso per caso²⁴.

E come per l'ermeneusi operata per l'art. 2, anche per l'art. 3 CEDU la giurisprudenza europea ha elaborato uno dei principi fondamentali da cui sono derivati obblighi, a carico dei singoli Stati, sia di carattere negativo (astensione da condotte riconducibili alle fattispecie di tortura o qualificabili come disumani e/o degradanti), sia di carattere positivo, tra cui quello di garantire al detenuto un adeguato standard di benessere psico-fisico, al fine di evitare che la pena comporti un aumento ingiustificato di mortificazione e sofferenza.

Più specificamente, nella lettura estensiva del concetto di condotta «umana e degradante», la Corte ha, talvolta, ricompreso il sovraffollamento delle carceri, inteso quale mancato rispetto dello spazio minimo personale riservato al detenuto²⁵.

In tal senso, esemplare appare quella pronuncia²⁶ che ha indicato, per la prima volta e in maniera assai circostanziata, lo spazio minimo che deve essere riconosciuto al detenuto – ovvero 3 metri – al di sotto dei quali si configura una automatica violazione dell'art. 3 CEDU, residuando le va-

«Naddaf v. the Federal Republic of Germany», ric. n. 11604/85; Corte EDU, 15 dicembre 2009, «Maiorano and Others v. Italy», ric. n. 28634/06, che ha affermato l'obbligo degli Stati di garantire una protezione generale della società, contro comportamenti criminosi di individui condannati per delitti violenti.

- 24 Corte EDU, 18 gennaio 1978, «Ireland v. the United Kingdom», ric. n. 5310/71, § 162; Corte EDU (Grande Camera), 1° giugno 2010, «Gäfgen v. Germany», ric. n. 22978/05, § 107; Corte EDU (Grande Camera), 21 gennaio 2011, «M.S.S. v. Belgium and Greece», ric. n. 30696/09, § 216.

Si segnala, Corte EDU, 9 settembre 2010 n. 1033, «Xiros c. Grecia», con cui la Corte ha chiarito che il diritto alla salute si specifica in «tre obligations particulières: verificare che il detenuto sia in condizioni di salute tali da poter scontare la pena, somministrargli le cure mediche necessarie e adattare le condizioni generali di detenzione al suo particolare stato di salute».

- 25 La posizione della Corte non è stata sempre univoca: a fronte di alcune pronunce nelle quali il sovraffollamento integrava violazione dell'art.3 soltanto a fronte della presenza di altri fattori negativi riguardanti le condizioni del detenuto («Moiseiev c. Russia», n. 62936/00, 9 ottobre 2008; «Vlassov c. Russia», n. 78146/01, § 84, 12 giugno 2008; «Babouchkine c. Russia», n. 67253/01, § 44, 18 ottobre 2007), ve ne sono altre («Aleksandr Makarov c. Russia», n. 15217/07, § 93, 12 marzo 2009; Lind c. Russia, n. 25664/05, § 59, 6 dicembre 2007) nelle quali la mancanza di spazio personale del detenuto era stata giudicata così evidente da essere, da sola, qualificabile come trattamento inumano e degradante.

- 26 Corte EDU, 16 luglio 2009, «Sulejmanovic v. Italy», ric. n. 22635/03.

lutazioni degli altri fattori ambientali solamente ai casi in cui il detenuto è costretto in ambienti compresi tra i 3 e 4 mq.

La portata di questa pronuncia risulta evidente se si considera il contestuale varo del c.d. piano carceri²⁷, conseguenza della presa di coscienza dell'allora governo in carica circa lo stato di emergenza carceraria conseguente all'eccessivo affollamento degli istituti penitenziari.

Tuttavia, un vero piano di azione²⁸ – che non fosse soltanto una dichiarazione di stile – viene predisposto soltanto dopo la sentenza Torreggiani nella quale la Corte ha rilevato il sistematico sovraffollamento delle carceri italiane, obbligando l'Italia a prendere immediati provvedimenti in forza dell'art. 46 CEDU: ci si riferisce ad una serie di interventi volti a favorire, da un lato, l'adozione di politiche finalizzate a ridurre il flusso carcerario ed il numero degli ospiti negli istituti penitenziari e, dall'altro, la predisposizione di misure organizzative all'interno delle carceri, prevedendo forme di ricorso di tipo preventivo e rimedi risarcitori per i detenuti che subiscono trattamenti in violazione dell'art. 3 CEDU²⁹.

Gli interventi post-Torreggiani, come si vedrà, non sono riusciti a risolvere il problema del sovraffollamento, che permane quale emergenza umanitaria ancora oggi.

3. Alla luce della evoluzione della giurisprudenza europea, ci si domanda se, in caso di pandemia, il sovraffollamento degli istituti penitenziari possa integrare, *ex se*, una violazione dell'art. 3 CEDU in relazione non solamente allo «spazio vitale» garantito al detenuto, ma all'aumento del fattore di rischio di eventuali contagi, ovvero se l'ingiusta esposizione del detenuto al rischio di malattie dovute a ragioni di assembramento, siano qualificabili come condizioni inumane o degradanti.

Il diritto alla salute del detenuto ha certamente vissuto una prova molto difficile con l'avvento della pandemia da Covid-19.

27 Il c.d. piano carceri prevedeva, da un lato, l'ampliamento ed il potenziamento degli istituti penitenziari e, dall'altro, la possibilità, per i reati meno gravi, di espiare, nel proprio domicilio, le pene detentive non superiori a dodici mesi (anche come pena residua): Tale limite, fu poi aumentato a diciotto mesi con il decreto legge n. 211 del 2011.

28 Action report (29/11/2013) «Communication from Italy concerning the case of Torreggiani and others against Italy (Application No. 43517/09)», *www.coe.int*.

29 Decreto legge n. 78 del 2013, convertito in legge n. 94 del 2013; decreto legge n. 146 del 2013, convertito in n. 10 del 2014; legge n. 67 del 2014; decreto legge n. 92 del 2014.

L'endemica inadeguatezza degli attuali istituti penitenziari ad una effettiva e rispettosa tutela della dignità e della salute dei detenuti, ha registrato un netto peggioramento con la diffusione della pandemia da Covid-19 che ha trovato, tanto gli uomini liberi quanto – a maggior ragione – coloro che erano privi di libertà, del tutto impreparati alla gestione di un fenomeno tanto invasivo quanto sconosciuto.

Uno dei primi provvedimenti tesi a prevedere specifiche misure carcerarie come risposta del Governo alla pandemia, non ha saputo cogliere la straordinarietà dell'evento e produrre un effettivo cambiamento³⁰.

A seguito delle polemiche seguite alla concessione di misure alternative al carcere nei confronti di detenuti per gravi reati in relazione a condizioni di salute incompatibili con la restrizione in carcere e con riferimento a situazioni ritenute a rischio per effetto dell'emergenza sanitaria, il legislatore italiano ha provveduto ad emanare una legge sulle misure urgenti in materia di detenzione domiciliare o di differimento della pena e di sostituzione della custodia cautelare in carcere con la misura degli arresti domiciliari per motivi connessi all'emergenza sanitaria da Covid-19, anche in relazione agli istituti penitenziari e agli istituti penali per i minorenni³¹.

È stato previsto, ulteriormente, che al fine di valutare le condizioni di salute dell'imputato il giudice potesse disporre una perizia entro quindici giorni.

La dottrina – sollecitata anche dagli esiti dei lavori dell'European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) che aveva esortato gli Stati membri sia a trovare soluzioni alternative alla misura carceraria, sia a garantire che le misure adottate non esponessero i reclusi a trattamenti inumani e degradanti – non

30 Decreto legge n. 18 del 2020. Lo stesso è avvenuto per il successivo provvedimento (Decreto legge n. 137 del 2020), che ha ricalcato le stesse soluzioni adottate in precedenza, ovvero il potenziamento dei permessi-premio e la concessione della misura domiciliare per pene inferiori a 18 mesi.

31 Si tratta della legge n. 70 del 2020, derivante dal decreto legge n. 28 del 2020 e, con un emendamento, è stato recepito il contenuto del decreto legge n. 29 del 2020.

ha mancato di evidenziare i *deficit* di tutela difensiva della procedura avviata³², giungendo a discorrere di «compilatori allo sbando»³³.

Pertanto, la pandemia da Covid-19 ha lasciato emergere la pericolosa fragilità del sistema carcerario, del tutto inadatto a realizzare il corretto bilanciamento tra il dovere dello Stato di garantire l'effettività della misura privativa della libertà e quello di assicurare, al detenuto, il concreto godimento del diritto alla salute.

4. La lettura della drammatica Relazione annuale al Parlamento del Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale dovrebbe essere replicata in ogni sede nella quale si discute di diritti, di libertà e di dignità.

La Relazione pone in evidenza gli elementi positivi e le persistenti criticità che delineano oggi la complessiva area della privazione della libertà personale: «la delineano lungo gli assi della assoluta tutela del diritto al riconoscimento della propria dignità e dell'altrettanto assoluta tutela della integrità fisica e psichica di ogni persona che, per una varietà di ragioni, sia nella condizione di non poter decidere del proprio spazio, del proprio muoversi, del proprio tempo»³⁴.

Attesa la necessità di non confondere funzione terapeutica e funzione custodiale, il Garante nazionale chiede che si avvii con urgenza una discussione sugli interventi da realizzare per rispondere alla criticità delle situazioni specifiche, «ritenendo essenziali sia l'allineamento nel codice delle previsioni per l'infermità fisica e per l'infermità psichica, sia la rivalutazione della congruità numerica, logistica e funzionale delle attuali 33

32 D. CIMADOMO, *La sospensione dei termini di durata delle misure cautelari personali per emergenza epidemiologica da Covid-19. A proposito di virus...*, in *Dir. pen. e processo*, 7, 2020, 915; G. DARAJO, *Emergenza epidemiologica da Covid-19 e sistema penitenziario*, in *Dir. pen. e processo*, 7, 2020, 933. Inizio modulo; G. FLORA, «Covid regit actum». *Emergenza sanitaria, norme eccezionali e deroghe ("ragionevoli") ai principi costituzionali*, in www.penaledp.it, 2020; V. MANCA, *Covid-19 e carceri: un'emergenza al quadrato, umana e sanitaria*, in *Il Penalista*, 16 marzo 2020; A. MARANDOLA, *Giustizia penale e Covid nella Legge n. 70 del 2020*, in *Studium Iuris*, 10, 1170; L. STORTONI, *L'imputato ai tempi del COVID-19*, in www.penaledp.it, 2020. Fine modulo

33 A. SCALFATI, *La custodia cautelare durante l'emergenza sanitaria: leggi confuse e illiberali*, in www.archiviopenale.it, 6 maggio 2020.

34 <https://ristretti.org/la-relazione-al-parlamento-del-garante-nazionale-delle-persone-private-della-liberta>.

“Articolazioni per la tutela della salute mentale” (di cui cinque per donne) che ospitano 256 persone detenute (di cui 15 donne)».

La Relazione punta l’attenzione sulle «Residenze per le misure di sicurezza» di natura psichiatrica, contenitori pensati – erroneamente – come mere strutture di sostituzione dei dismessi Ospedali psichiatrici giudiziari e non come misura estrema all’interno di un progetto complessivo di presa in carico della persona autore di reato e dichiarata non penalmente responsabile.

E sottolinea come anche la giurisprudenza italiana più recente – unitamente al legislatore³⁵ – non abbia proceduto ad una corretta qualificazione di queste strutture³⁶, confermando l’incompletezza del percorso normativo attuato finora.

Infine, in uno studio del Garante nazionale sui suicidi in carcere, è emerso che, dal 2012 si sono uccise 583 persone, 79 nel 2022: quasi la metà erano persone con fragilità personali o sociali.

35 La Relazione analizza con spietatezza anche la legge n. 227 del 2021, di «Delega al Governo in materia di disabilità»: trattasi di un provvedimento che conferisce poteri di revisione e riordino della materia per adeguarla alle disposizioni della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 e alla Risoluzione del Parlamento europeo del 7 ottobre 2021 sulla protezione delle persone con disabilità. L’obiettivo di questa legge è duplice: da un lato favorire la deistituzionalizzazione di persone con disabilità, garantendo la possibilità di progetti terapeutici-riabilitativi individualizzati, dall’altro promuovere «le due dimensioni della libertà strettamente interrelate [...] quella della libertà personale e quella della libertà di scelta».

36 Il riferimento è a Corte cost., sent. n. 22 del 2022 con cui la Corte si è definitivamente pronunciata sulle questioni di legittimità degli artt. 206 e 222 c.p. e dell’art. 3-ter, decreto legge n. 211 del 2011 – sollevate, in riferimento agli artt. 2, 3, 25, 27, 32, e 110 Cost., dal giudice per le indagini preliminari di Tivoli.

Le censure attingevano la disciplina in materia di REMS, per profili concernenti la mancata previsione in capo al Ministero della Giustizia di poteri relativi all’organizzazione e al funzionamento delle strutture in questione.

Con ordinanza n. 131 del 2021, la Corte aveva disposto una apposita istruttoria, ai sensi dell’art. 12 delle norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, finalizzata ad acquisire specifiche informazioni ritenute indispensabili ai fini della decisione.

Con la decisione, la Corte, all’esito dell’istruttoria, ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità, il cui accoglimento avrebbe creato intollerabili vuoti di tutela, con un forte monito al legislatore perché provveda a una complessiva riforma di sistema, di cui sono indicati tratti e finalità essenziali per rimuovere gli attuali punti di frizione con i principi costituzionali.

Il 12 gennaio 2023 è stato adottato il Piano Triennale 2023-2025 della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale.

5. Con decreto ministeriale del 13 settembre 2021, l'allora ministra della Giustizia Cartabia ha dato vita ad una *Commissione per l'innovazione del sistema penitenziario*, allo scopo di proporre soluzioni in grado di migliorare la qualità della vita nell'esecuzione penale, attraverso interventi puntuali sia sul piano normativo sia in forma di direttive per l'esercizio dell'azione amministrativa, fornendo anche linee utili alla rimodulazione dei programmi di formazione iniziale e in itinere relative alle professionalità dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione della giustizia minorile e di comunità.

L'iniziativa si inquadra in un contesto più ampio, teso a creare un sistema processuale e sanzionatorio efficiente in cui una sanzione carceraria – tuttora dominante nel catalogo delle pene principali – risulti anch'essa efficiente, ovverossia capace di perseguire quegli obiettivi di *umanità* e *solidarismo* posti dalla Costituzione sul campo punitivo³⁷.

Nello specifico tema della salute, la Commissione ha affrontato alcune problematiche, condividendo le proposte elaborate dal Tavolo 10 (Salute e disagio psichico) degli Stati generali sull'esecuzione penale con riguardo alle esigenze dell'implementazione della telemedicina (con adeguamento delle risorse strumentali, mediante device di ultima generazione che consentano accertamenti a distanza; di sicuro interesse, al riguardo, è, ad esempio, la sperimentazione compiuta presso i quattro istituti di Rebibbia a Roma) e della completa realizzazione del fascicolo sanitario del detenuto (con una piena digitalizzazione delle cartelle cliniche). Gli aspetti oggetto di proposte di intervento normativo, specie riguardanti il regolamento, interessano, essenzialmente, i seguenti punti: adeguamento alla disciplina di riforma della sanità penitenziaria dell'organizzazione del DAP; centralità del rispetto del principio di territorialità (da rendere obbligatoria nei casi di persone con patologie croniche, in particolare psichiatriche o da dipendenza, pena l'impossibilità di garantire il diritto alla salute); necessità di investire sulla costante, adeguata, uniforme e sollecita definizione di programmi trattamentali (anche adeguando gli investimenti sulle specifiche risorse professionali); riattivazione dell'attenzione sugli interventi per la riduzione

37 M. VENTUROLI, *Le conclusioni della Commissione Ruotolo: una luce nella direzione del carcere dei diritti*, in *Dir. pen. e processo*, 6, 2022, 797.

del rischio suicidario in carcere (tutti strettamente condizionati dagli interventi dei punti precedenti) previsti dai piani nazionali vigenti (2017). La Commissione ha elaborato articolate proposte di modifica, che interessano non solo la legge penitenziaria e il regolamento di esecuzione, ma anche disposizioni del codice penale e del codice di procedura penale, peraltro condividendo, con riguardo al tema delle misure di sicurezza per infermità mentale le elaborazioni emergenti dai lavori della Commissione Pelissero³⁸.

6. Il tema della salute nelle carceri intercetta ed enfatizza l'attenzione del legislatore nei confronti della fragilità umana, la dignità riconosciuta ai deboli e il perimetro dei loro diritti³⁹.

Senza intaccare il sacrosanto ambito della sicurezza e della certezza della pena, non si può discorrere di dignità del condannato senza scrivere e ricalcare la qualità dei diritti compatibili con lo stato detentivo, primo fra tutti la sua salute, che è il piano dal quale muoversi per avere una vita dignitosa *in vinculis*.

Lo sguardo – doverosamente aperto verso tutta la popolazione carceraria – non può che restringersi per volgere l'attenzione verso i detenuti vulnerabili, già socialmente emarginati, ai quali l'impatto con la realtà carceraria non può che aumentare le già gravi difficoltà personali e relazionali e rendere più impervio il cammino risocializzativo.

Senza mai dimenticare le loro responsabilità nei confronti della collettività si tratta, allora, di individuare specifici percorsi normativi, di predisporre provvidenze organizzative e materiali, di offrire specifici approcci relazionali in modo da accompagnare queste persone verso il superamento di quelle condizioni di minorità.

Nell'incompiuto processo di riforma della medicina penitenziaria, sono visibili le criticità mai sanate relative al passaggio di competenze riguardanti l'assistenza sanitaria in favore dei soggetti detenuti, che sono sicuramente soggetti più vulnerabili sotto il profilo della salute e dell'aspettativa di vita: dalle carenze nell'offerta di alcuni servizi socio-sanitari all'esigenza di promuovere l'ammodernamento delle procedure seguite, dalla disomogeneità delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione all'inefficiente programmazione della spesa per la garanzia di un'offerta sanitaria adeguata.

38 https://www.giustizia.it/cmsresources/cms/documents/commissione_RUOTOLO_sintesi_relazione_finale_17dic21.pdf

39 J. BUTLER, *Vite precarie*, trad. it., Roma, 2004, 11; E. LEVINAS, *Quaderni di prigionia e altri inediti*, trad. it., Milano, 2011, 5.

Il riferimento non è soltanto alla salute fisica dei detenuti, ma anche a quella psichica: il gran numero di persone detenute portatrici di problematiche psichiatriche è un elemento di criticità nella gestione della vita detentiva, di stress per il personale, di disagio per il resto della popolazione carceraria, di angoscia per i familiari che vivono all'esterno.

Le strutture dovrebbero prevedere personale altamente specializzato sia dal punto di vista medico che strettamente psicologico.

Ciò perché, la tutela del benessere psico-fisico di ciascuna persona ristretta è parte del complessivo compito di tutela della salute che incombe su chi è responsabile dei luoghi di privazione della libertà e che deve non soltanto farsi carico delle malattie presenti, ma anche prevenire quelle future, attuando una adeguata e capillare prevenzione ed educazione alla salute.

Da ciò l'importanza che lo «spazio della pena» sia adeguato, che l'ambiente carcerario sia umanizzato, proprio al fine di consentire quella rieducazione del reo, quella funzione rieducativa della pena, che trova il suo riconoscimento nel comma 3 dell'articolo 27 della Costituzione, il quale sancisce che «Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato».

All'idoneità dei luoghi fa eco la predisposizione di un sistema informatico omogeneo che raccolga i diari clinici dei pazienti detenuti in formato digitale, al fine di assicurare sia il diritto alla continuità terapeutica sia una maggiore efficienza del sistema (evitando ripetizioni di esami clinici e garantendo rapidità di consultazione e di aggiornamento), nonché modalità elettroniche di registrazione e di conservazione delle informazioni sanitarie dei detenuti alle quali va garantita la piena riservatezza.