

## **La salute mentale in carcere: profili di criticità della riforma dell'ordinamento penitenziario in ambito psichiatrico.**

di *Marco Bastianello*

**Sommario.** 1. Introduzione. – 2. Modifica dell'art. 11 ord. penit.: parità sanitaria tra liberi e detenuti, e profili psichiatrici. – 3. Supporto psichiatrico nelle carceri, differenze tra normativa e fattualità. – 4. La sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile 2019.

### **1. Introduzione.**

La triste notizia dell'aumento del numero di suicidi in carcere, per l'anno 2018, offre uno spunto di riflessione interessante sulle condizioni nelle quali versano i detenuti nostrani.

I numeri sono impietosi: vi è una crescita in termini assoluti e percentuali; mentre nel 2015 si è suicidato un detenuto ogni 1.200 reclusi, nel 2018 se ne è suicidato uno ogni 50. Ci sono stati 67 suicidi nel 2018, ed è il massimo storico dal 2010, ben al di sopra dei dati offerti dalle annate precedenti<sup>1</sup>. Le cause di questo accrescimento sono molteplici, e vanno ravvisate nei pessimi *standard* qualitativi del regime di carcerazione.

Negli intenti del legislatore e nei limiti delle possibilità offerte da ogni singolo penitenziario, la vita negli istituti dovrebbe rispecchiare il più possibile quella all'esterno, ma tale intento viene tradito, costantemente, dalla realtà dei fatti. Fattori come la salute, l'affettività ed il supporto psicologico sono spesso trascurati e relegati ad un approccio superficiale. Non è d'altronde attraverso pratiche più severe che il problema della sofferenza dei carcerati può cessare: controlli più serrati e ricorrenti sui detenuti non sono idonei a prevenire la fonte dell'istinto suicida, che, in effetti, rappresenta il sintomo da debellare; risulta, infatti, chiarissimo che va prevenuta la voglia di togliersi la vita, più che il corrispondente atto materiale in sé. L'adempimento dell'obbligazione *de qua*, peraltro, deve avvenire compatibilmente con i diritti e le libertà individuali del detenuto: al di là di misure e precauzioni generali idonee a ridurre le possibilità di atti autolesivi senza incidere sull'autonomia personale, la necessità di misure più stringenti e la loro ragionevole applicabilità devono valutarsi alla stregua delle circostanze del singolo caso<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> I dati sono stati elaborati nell'ambito di una ricerca pubblicata sulla rivista *Ristretti*; si tratta dell'analisi numerica dei suicidi compiuti tra le mura del carcere (<http://www.ristretti.it/areestudio/disagio/ricerca/index.htm>).

<sup>2</sup> F. CECCHINI, *La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della corte europea dei diritti dell'uomo* in A. MASSARO (a cura di), *La tutela della salute nei "luoghi di detenzione". Un'indagine di diritto penale intorno a carcere*, Roma, 2017, p. 32.

Proprio per questo andrebbero studiate soluzioni *ad hoc* per i profili d'interesse psichiatrico, lasciati sempre alla valutazione estemporanea del caso e, quindi, ad un giudizio semplicemente incidentale, rispetto a criticità ormai resesi manifeste. Si tratta di profili che rientrerebbero, ad oggi, nella casistica dell'art. 148 c.p., che parla di infermità psichica sopravvenuta, la quale non prevede, però, un collegamento con l'art. 47 ter ord. penit., con grave pregiudizio dei prigionieri.

Il presente lavoro parte da queste considerazioni per andare, poi, ad esplorare le novità che sono state apportate attraverso la recente modifica dell'art. 11 ord. penit., soprattutto alla luce della parificazione sanitaria tra liberi e detenuti. Tale emenda non è esente da profili di criticità, essendo intercorso un mutamento ancora incompleto e frammentario rispetto a quanto prospettato dal progetto Pelissero. Esistono, infatti, delle importanti mancanze sotto il profilo della valutazione psichiatrica, quasi del tutto ignorata dal legislatore.

Non solo: si proseguirà, compiendo una comparazione tra la teoria delle norme e dei progetti e la realtà fattuale impressa nelle pronunce *in subiecta materia*: si tratta di fattori estremamente distanti fra loro, soprattutto per quanto riguarda il supporto psicologico e psichiatrico in ambito carcerario. Si pongono a supporto della predetta riflessione i dati dalle strutture penitenziarie venete, che riflettono perfettamente l'impietoso canovaccio nazionale. Risulta di fondamentale importanza riuscire a cogliere l'estrema differenza tra il contesto normativo e quello della prassi: difformità che si ripercuote direttamente sullo *status* del detenuto. In ultima istanza si analizzerà la sentenza n. 99 del 2019 della Corte Costituzionale, la quale interviene, finalmente, in un quadro ancora troppo complesso e deficitario, offrendo nuove soluzioni per il supporto dei carcerati in situazioni di salute instabili o compromesse in ambito psicopatologico.

## **2. Modifica dell'art. 11 ord. penit.: parità sanitaria tra liberi e detenuti, e profili psichiatrici.**

Nel corso degli anni si sono succedute varie proposte di riforma dell'ordinamento penitenziario, spesso finite nel dimenticatoio a causa di un *iter* legislativo troppo farraginoso e concluse, poi, con riforme talora insoddisfacenti. La pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei tre decreti legislativi nn. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018 ha posto fine al grave immobilismo al quale il sistema sembrava condannato. Ai fini del presente lavoro appare necessario esaminare le profonde – seppure parziali – modifiche preposte all'art. 11 ord. penit., da sempre terreno fertile di controversie.

Il nuovo art. 11 ord. penit. si apre con la seguente disposizione: «il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria».

Fin dalla prima frase si può denotare l'assimilazione delle categorie già coniate dal d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, il cui punto focale era il principio della parità tra detenuti e soggetti liberi, soprattutto nella tutela del diritto alla salute e, quindi, del diritto a godere di prestazioni sanitarie celeri ed efficienti, in ottemperanza al problema medico che si presenta nel caso concreto. Pur potendo apparire ovvia,

questa specificazione serve a contrastare deviazioni della prassi, al fine di evitare pratiche mediche del tutto discutibili, come, per esempio, nella cd. medicalizzazione impropria, ovvero la strumentalizzazione, a fini non ortodossi, della pratica medica, sia da parte dei detenuti che dall'amministrazione penitenziaria: i primi, utilizzando il fattore salute (malattie vere o simulate, atti di autolesionismo) per conseguire benefici intramurari o conquistare spazi di libertà, la seconda, piegando l'intervento medico e farmacologico alle necessità di disciplina e di sicurezza dell'istituto<sup>3</sup>. La suddetta parificazione è, dunque, di fondamentale importanza e, infatti, va salutata come un progresso nella tutela delle istanze fondamentali del recluso.

Molto meno apprezzabile è, invece, il mancato sforzo compiuto nel rafforzamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari. All'interno della nuova riforma non compare, in alcun modo, un riconoscimento della mancanza di tutela del problema psichiatrico in ambito detentivo. Questo pur trattandosi di una tematica di fondamentale importanza nel contrasto agli istinti suicidi dei detenuti, spunto sul quale si basa questo studio.

Pertinente a tale ambito è la proposta di legge della cd. Commissione Pelissero, la quale si prefiggeva la modifica dell'art. 147 c.p. – e la susseguente abrogazione dell'art. 148 c.p.<sup>4</sup> – ritoccando il testo come segue: *«l'esecuzione di una pena può essere differita se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica o psichica»*. Il mutamento nella forma sarebbe stato minimo, ma nella sostanza la modifica sarebbe stata più che rilevante, venendo finalmente equiparata la grave infermità fisica a quella psichica.

L'abrogazione dell'art. 148 c.p. e l'appena citata modifica dell'art. 147 c.p. porterebbero, quindi, alla corrispondente estensione del rinvio facoltativo della pena anche nei confronti di chi si trova in condizioni di grave infermità psichica, così applicandosi specularmente le possibilità di detenzione domiciliare. In dottrina si discute da tempo sui vuoti normativi creati dall'art. 147 c.p., soffermandosi – non poco, si precisa – sugli eventuali profili di illegittimità del predetto articolo, sia sulla mancata corrispondenza tra integrità psichica e fisica, sia sulle tematiche che riguardano il sovraffollamento carcerario<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> È un argomento da tempo trattato dagli studiosi che si occupano della materia: si veda, tra gli altri, C. SCIVOLETTO, *Guarire dal male? Cultura giuridica e sanità in carcere*, Milano, 2018, p. 49 e G. MAROTTA GIGLI, *L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari*, in *Rass. penit. e crim.*, 1984, p. 67.

<sup>4</sup> L'invito ad una modifica – o ad un'eventuale abrogazione – è stato affrontato più volte nel corso del tempo, già nella sentenza Corte Cost., sentenza n. 111, 28 marzo 1996, la Consulta si esprimeva così su di un ipotetico intervento legislativo. In tale arresto, posta di fronte al dubbio di legittimità costituzionale dell'art. 148 c.p. la Corte – pur condividendo il *«non soddisfacente trattamento riservato all'infermità psichica grave, sopravvenuta, specie quando è incompatibile con l'unico tipo di struttura custodiale oggi prevista»* ritenne di spettanza del legislatore l'individuazione di una *«equilibrata soluzione»* tale da garantire anche a quei condannati la cura della salute mentale senza che sia eluso il trattamento penale.

<sup>5</sup> Si veda, in questo senso, F. TRAPELLA, *Sovraffollamento carcerario: tante domande, nessuna risposta*, in *Processo penale e giustizia*, 2013, 5, p. 97. Il tema del sovraffollamento

In primo luogo, l'ordinamento si aprirebbe a soluzioni flessibili che permetterebbero di adeguare le modalità di esecuzione della pena alle esigenze di cura della persona. L'estensione dell'ambito di applicazione dell'art. 147 c.p. garantirebbe, infatti, la possibilità di applicare la detenzione domiciliare anche ai casi di grave infermità psichica, poiché l'art. 47 ter, comma 1 ter, ord. penit. dispone che, nei casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio<sup>6</sup> o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 c.p. – e, quindi, non nel caso stabilito dall'art. 148 c.p. –, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite previsto dall'art. 47 ter, comma 1, ord. penit., può disporre l'applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata per tale misura. La soluzione appena esposta permetterebbe di garantire alle persone con infermità psicopatologica di eseguire la pena nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, così da soddisfare le esigenze di supporto terapeutico in un contesto extracarcerario<sup>7</sup>. Lo stesso risultato potrebbe raggiungersi, comunque, con l'inclusione dell'art. 148 c.p. nel novero del dettato normativo a cui rimanda l'art. 47 ter ord. penit., ipotesi che, però, non è stata nemmeno sfiorata in sede legislativa. Di fondamentale importanza sarebbe, quindi, la previsione della detenzione

---

carcerario risulta fondamentale anche nella differenziazione tra infermità psichica e fisica, in quanto esso andrebbe ad incidere direttamente sullo sfollamento delle stesse REMS, in gran parte intasate dall'eccessivo flusso in entrata.

<sup>6</sup> Sul tema del differimento obbligatorio ex art. 146 c.p., va obbligatoriamente citata Corte Cost., sent. n. 70, 21 febbraio 1994: *«in punto di prevalenza della esigenza di tutela del bene primario della salute, ove gravemente minacciato, rispetto alla tutela di esigenze di contenimento della pericolosità : [...] Se, infatti, a fondamento della nuova ipotesi di differimento della esecuzione della pena sta, come si è detto, l'esigenza di assicurare il diritto alla salute nel particolare consorzio carcerario, la liberazione del condannato non può allora ritenersi frutto di una scelta arbitraria, così come neppure può dirsi che la liberazione stessa integri, sempre e comunque, un fattore di compromissione delle contrapposte esigenze di tutela collettiva: non è la pena differita in quanto tale, infatti, a determinare una situazione di pericolo, ma, semmai, la carenza di adeguati strumenti preventivi volti ad impedire che il condannato, posto in libertà, commetta nuovi reati. Tuttavia, se a colmare una simile carenza può provvedere, ed è auspicabile che provveda, soltanto il legislatore, deve escludersi che la eventuale lacunosità dei presidi di sicurezza possa costituire, in sé e per sé, ragione sufficiente per incrinare, sull'opposto versante, la tutela dei valori primari che la norma impugnata ha inteso salvaguardare, giacché, ove così fosse, nel quadro del bilanciamento tra le esigenze contrapposte, solo una prevarrebbe a tutto scapito dell'altra.*

*D'altra parte, occorre anche osservare che qualora la norma in esame fosse ritenuta non conforme ai principi costituzionali per il sol fatto che dalla sua applicazione possono in concreto scaturire situazioni di pericolosità per la sicurezza collettiva, ne conseguirebbe che alla esecuzione della pena verrebbe assegnata, in via esclusiva, una funzione di prevenzione generale e di difesa sociale, obliterandosi in tal modo quella eminente finalità rieducativa che questa Corte ha invece inteso riaffermare anche di recente (v. Corte Cost., sent. n. 313 del 1990), e che certo informa anche l'istituto del rinvio che viene qui in discorso».*

<sup>7</sup> Passo tratto dalla relazione della Commissione per la 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 del sistema delle pene accessorie, D.M. 19.7.2017, a cura di M. PELISSERO e riscontrabile in <https://www.penalecontemporaneo.it/upload/3629-assistenzasanitariapeneaccessoriecommissione-pelissero.pdf>

domiciliare anche in tema di psicopatologie comprovate, visto che anche il collocamento nel reparto psichiatrico del carcere può dar luogo alla violazione dell'art. 3 CEDU, quando non siano assicurate cure mediche adeguate e tale detenzione si prolunghi per un periodo di tempo significativo, senza realistiche prospettive di cambiamento<sup>8</sup>. Nello specifico, la Corte EDU ha in più occasioni affermato la necessità di fornire adeguata tutela a soggetti reclusi portatori di accentuata vulnerabilità, affermando che anche l'allocazione in reparto psichiatrico carcerario può dar luogo a trattamento degradante quando le terapie non risultino appropriate e la detenzione si prolunghi per un periodo di tempo significativo<sup>9</sup>.

A parere di chi scrive, la mancanza di tale previsione contempla dei chiari profili di incostituzionalità e, soprattutto, si scontra con le normative europee sui diritti fondamentali. Il principio di parità – qui citato ormai a più riprese – tra detenuti e soggetti liberi in ambito sanitario e riguardante il diritto a godere di prestazioni assistenziali celeri ed efficienti, non può essere considerato completo senza la parificazione tra infermità fisica e psichiatrica. A supporto di tale affermazione si è pronunciata la Corte di Cassazione, che ha sollevato una questione di legittimità dinanzi alla Consulta, con riferimento agli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 Cost., dell'art. 47 ter ord. penit. nella parte in cui non consente di applicarsi la detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena<sup>10</sup>. Appare evidente – anche di fronte all'ordinanza della Suprema Corte – la totale irragionevolezza di un sistema improntato sulla distinzione tra infermità fisica e psichica. I due tipi di disturbo andrebbero, quindi, trattati come un *unicum*, adeguando, di conseguenza, l'offerta trattamentale disposta in ambito carcerario ed extracarcerario. A seguito del sollevamento della questione di legittimità si è

<sup>8</sup> *Ex plurimis* Corte EDU, sentenza 10 gennaio 2013, n. 43418/09, *Claes v. Belgium* e Corte EDU, sentenza 17 novembre 2015, n. 47687/13 *Bamouhammad v. Belgium*.

<sup>9</sup> Corte EDU, sentenza 6 settembre 2016, n. 73548/13, *W.D. c. Belgium*: «[...] la Corte segnala che l'obbligazione derivante dalla Convenzione non si limita a proteggere la società contro i potenziali pericoli posti in essere da criminali affetti da disturbi psichici, ma esigeva altresì di fornire un trattamento idoneo a tali criminali per aiutarli al fine della loro reintegrazione all'interno della società nel modo migliore. Si affermava perciò che le autorità nazionali non si erano sufficientemente prese cura della salute di W.D. per garantirgli che non fosse posto in situazione tale da violare l'articolo 3 della Convenzione. Il fatto che questi fosse stato posto in un'ala di un carcere psichiatrico per un periodo significativo di tempo, senza reale speranza di cambiamento e senza appropriati controlli medici, ha assoggettato lo stesso a difficoltà particolarmente gravi, causando gli afflizioni di intensità eccedente l'inevitabile livello di sofferenza intrinseco alla detenzione. La Corte considerava che qualsiasi ostacolo potesse aver creato W.D. col suo comportamento, questo non liberava lo Stato dalle sue obbligazioni nei suoi confronti. Si ripeteva che la posizione di inferiorità e di incapacità che erano tipiche di pazienti ristretti in ospedali psichiatrici esigevano un aumento di controllo nell'esaminare la conformità con la Convenzione; che erano ancora maggiori i casi dove persone che soffrivano di disturbi della personalità erano detenuti in un ambiente carcerario. La Corte perciò concludeva affermando che vi era stato trattamento degradante a causa dell'ininterrotta detenzione di W.D. per più di nove anni in ambiente carcerario senza 15 Corte di Cassazione - copia non ufficiale idoneo trattamento per la sua patologia mentale né prospettiva di reintegrazione sociale con violazione dell'articolo 3 della Convenzione».

<sup>10</sup> Cass., sez. I, ord. 23 novembre 2017, n. 13382.

pronunciata la Corte Costituzionale con la sentenza n. 99 del 19 aprile 2019, che verrà esaminata nel dettaglio nel §4 del presente lavoro.

A concludere questa serie di omissioni giunge la nuova formulazione dell'art 11, comma 2, ord. penit., dove viene palesemente omesso il riferimento al servizio psichiatrico<sup>11</sup>. La vecchia normativa prevedeva che ogni istituto si avvallesse dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria: disposizione totalmente assente nella nuova formulazione. Il dettato normativo in ambito penitenziario si contraddistingue, nuovamente, per le sue previsioni sin troppo generiche e, per l'appunto, incomplete<sup>12</sup>. Il tutto si risolve – ancora una volta – in una feroce violazione dei diritti fondamentali del detenuto, completamente lasciato in balia di se stesso, e nella mancanza di una tutela completa ed efficace in ambito psichiatrico. Andrebbe, allora, rapidamente progettata una novella, capace di ovviare alle anzidette mancanze, proprio allo scopo di equiparare malattie fisiche e psichiatriche, onde individualizzare il trattamento del detenuto, così da garantirgli le cure migliori possibili, calibrate in base alle sue personali esigenze.

### **3. Supporto psichiatrico nelle carceri, differenze tra normativa e fattualità.**

Come accennato nel precedente paragrafo la legislazione *ante riforma* prevedeva l'obbligo di avere all'interno del penitenziario almeno uno specialista in psichiatria. Tale previsione era stata concepita per riuscire a trattare efficacemente le psicopatologie sia di chi accedeva al carcere già malato, sia di chi le ha sviluppate nel corso della pena. Di fatto, il supporto psichiatrico nelle carceri italiane è sempre stato deficitario e pochissime strutture si attrezzavano per raggiungere uno standard minimo di cure psichiatriche. Ad oggi la situazione non è cambiata e, anzi, è stata praticamente legittimata attraverso le lacune della nuova riforma dell'Ordinamento Penitenziario esposte nei precedenti paragrafi.

Se si compie un'indagine sulle strutture messe a disposizione dalle carceri italiane si riscontrano numeri impressionanti. Si prenda ad esempio il campione delle carceri

---

<sup>11</sup> Segue una comparazione tra le due versioni dell'art. 11 ord. penit. così come modificato dall' art. 1, comma 1, d.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123: «*Garantisce a ogni istituto un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati*»; *ante riforma*, invece, il testo era il seguente: «*ogni istituto è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati, dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria*» Ciò che distingue la più recente versione è la mancanza della previsione di uno specialista in psichiatria per ogni istituto detentivo. La nuova formulazione quindi non solo non prevede il potenziamento del servizio psichiatrico – come già auspicato sia in dottrina che in sede di proposizione legislativa – ma addirittura elimina la previsione, contenuta nel 'vecchio' co. 1, contravvenendo per intero ai precetti costituzionali e convenzionali in ambito di diritto alla salute dei detenuti.

<sup>12</sup> Una grossa critica alle previsioni normative del sistema legale carcerario, con riguardo alla genericità delle stesse, può essere riscontrata su A. BERNASCONI, Art. 11, in V. GREVI, G. GIOSTRA, F. DELLA CASA (a cura di), *Ordinamento penitenziario commentato*, Padova, 2011, p.143; nello stesso senso si vedano anche le critiche, più risalenti, di A. TERRANOVA, *La tutela della salute in carcere*, in *Quaderni CSM*, 1983, p.43.

venete, riguardante quindi i centri di Padova, Venezia, Verona, Vicenza, Belluno e Rovigo. In tutti i centri appena citati non è presente un reparto che svolga efficacemente un servizio di cura psichiatrico: la maggioranza degli istituti offre, nella migliore delle ipotesi, un servizio di visita psicologica/psichiatrica solamente per un paio di giorni a settimana<sup>13</sup>.

Si osservi, nello specifico, la situazione del penitenziario di Padova: i professionisti che svolgono attività psichiatrica sono solamente 3, tra l'altro per un massimo di dieci ore al mese: un numero totalmente inadatto allo svolgimento di una terapia comportamentale efficace. È inoltre totalmente assente una articolazione per la salute mentale o un reparto per detenuti con infermità psichica<sup>14</sup>.

Nell'anno 2018, la casa circondariale di Verona ha visto la morte di 3 detenuti – affetti da problemi psichiatrici – per suicidio: uno dei dati più alti d'Italia; altrettanto grave è il dato relativo ai 154 eventi autolesionisti e ai 145 scioperi della fame, chiari segni di un elevato discontento all'interno dell'istituto.

I dati di Padova, nonostante le morti siano state inferiori, sono ancora più allarmanti. Per quanto riguarda la condizione di salute psico-fisica dei detenuti, risultano frequenti sindromi psichiatriche, non adeguatamente gestite<sup>15</sup>. Attraverso le indagini statistiche compiute nel carcere per l'anno 2018, si è constatato che si è verificato un atto di autolesionismo ogni 15 giorni, escludendo dal computo i 246 scioperi della fame organizzati dai detenuti. I reclusi in terapia psichiatrica sono 100 su 581: quindi il 17 % dei prigionieri avrebbe bisogno di una terapia psichiatrica continuativa – che non vuol dire necessariamente farmacologica – e può goderne solamente per un limitatissimo periodo di tempo<sup>16</sup>.

Se si espande la ricerca nell'intero panorama nazionale, ci si accorge come solo una minima parte degli istituti prevede la presenza di una articolazione psichiatrica, nonostante ciò, la situazione non è dissimile da quella rappresentata poc'anzi dalle carceri venete<sup>17</sup>. Chiamando in causa, ancora una volta, l'esempio di Padova, si può intuire come i 3 professionisti incaricati difficilmente possono svolgere efficacemente una cura continuativa su 100 pazienti. La recentissima riforma dell'ordinamento penitenziario sposa, quindi, la linea disimpegnata dei penitenziari italiani, lasciando spazio ad uno scenario che non può che rimanere lacunoso senza

---

<sup>13</sup> Nella maggioranza delle carceri venete comunque il giorno settimanale dedito alle visite psichiatriche/psicologiche è solamente uno, estratto da [http://www.antigone.it/osservatorio\\_detenzione/veneto](http://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/veneto)

<sup>14</sup> [http://www.antigone.it/osservatorio\\_detenzione/veneto/21-casa-circondariale-di-padova](http://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/veneto/21-casa-circondariale-di-padova)

<sup>15</sup> Come in tutte le strutture venete, non esiste una sezione di trattamento psichiatrico, i detenuti che presentano queste problematiche sono collocati in un settore separato.

<sup>16</sup> Dati reperiti attraverso il portale online dell'associazione Antigone, [http://www.antigone.it/osservatorio\\_detenzione/veneto/21-casa-circondariale-di-padova](http://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/veneto/21-casa-circondariale-di-padova)

<sup>17</sup> Nel territorio nazionale sono presenti solamente dieci istituti che dispongono di articolazioni per la salute mentale del detenuto, precisamente a Spoleto, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Rebibbia, Santa Maria Capua, Roma, Perugia, Lecce, Pozzuoli e Velletri. Infografica rintracciabile al sito [http://www.antigone.it/osservatorio\\_detenzione/schede](http://www.antigone.it/osservatorio_detenzione/schede)

una vera e propria riforma che possa aiutare i detenuti che soffrono di problemi psichici.

Ecco allora che la realtà delle cure nelle carceri si presenta come fallace e occasionale, il professionista che incontra il detenuto una volta a settimana non potrà che compiere un'azione supportiva di tipo farmacologico, vanificando i progressi che possono essere compiuti attraverso un percorso riabilitativo.

È quindi evidente che l'organizzazione del sistema sanitario intramurario non permette ad un solo medico di realizzare una completa "presa in carico" dei problemi psichiatrici di un detenuto, il quale si trova di fatto ad essere visitato e curato da medici sempre diversi. Ciò è spesso dannoso non solo per il detenuto, al quale viene in questo modo preclusa la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia con un solo medico, ma anche per gli operatori sanitari costretti ad uno spreco di energie determinato da una inutile sovrapposizione di competenze riguardo allo stesso paziente<sup>18</sup>

Ancora una volta si finisce per citare le mancanze del sistema nostrano dal punto di vista legislativo, a tal proposito si è pronunciato, altresì il Comitato nazionale per la bioetica nelle raccomandazioni pubblicate il 22 marzo 2019 in tema di «salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere»: ha evidenziato il nodo controverso e delicato che «riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione», specificando che la mancata inclusione nell'art. 147 c.p. dell'ipotesi di "infermità psichica" impedisce di «allargare la possibilità di sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute»<sup>19</sup>.

È quindi evidente la necessità di una riforma che vada a toccare i parametri codicistici finora descritti, al netto dei quali il sistema penitenziario italiano risulta essere in grave difetto rispetto ai dettami costituzionali e convenzionali in tema di salute del detenuto.

#### **4. La sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 19 aprile 2019.**

Nel panorama sinora descritto s'inserisce a pieno regime la sentenza della Corte Costituzionale intervenuta il 19 aprile scorso: la Corte costituzionale, accogliendo la questione sollevata dalla Corte di cassazione ha dichiarato illegittimo l'art. 47-ter co. 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*

<sup>18</sup> Così come già descritto su <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/bartolini/capitolo3.html>

<sup>19</sup> Il Comitato nazionale per la bioetica si è espresso in questo senso il 22 marzo 2019, rilasciando poi un comunicato stampa nel proprio portale online, <http://bioetica.governo.it/it/comunicazione/comunicati-stampa/comunicato-stampa-n-7-pubblicazione-del-parere-salute-mentale-e-assistenza-psichiatrica-in-carcere/>



*l del medesimo art. 47-ter*<sup>20</sup>. A sollevare la questione è stata – come già accennato nel §1 – la Corte di cassazione, la quale affermava che allo stato attuale non sussistono alternative alla detenzione carceraria per un soggetto in esecuzione pena con residuo superiore a quattro anni – o per reato ricompreso nella elencazione di cui all’art. 4-bis ord. penit. – affetto da patologia psichica sopravvenuta, stante da un lato l’impossibilità di usufruire, per assenza dei presupposti di accessibilità, della detenzione domiciliare ordinaria (art. 47-ter, comma 1 ord. pen.), dall’altro la già segnalata impossibilità di accedere, per il criterio della interpretazione letterale, alla detenzione domiciliare *in deroga* di cui all’art. 47-ter, comma 1 ord. pen.; posto che la disposizione permette l’applicazione di tale misura nei casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli artt. 146 e 147 c.p. i quali a loro volta si riferiscono alla grave infermità fisica e non a quella psichica<sup>21</sup>. Secondo il giudice *a quo*, a un detenuto che presenta problemi psichiatrici l’assetto normativo attuale non offrirebbe forme di esecuzione della pena alternative alla detenzione in carcere, ma solo la possibilità di essere assistito presso una delle «*Articolazioni per la tutela della salute mentale*» eventualmente costituite all’interno del circuito penitenziario sulla base dell’art. 65 ord. penit.; tali *articolazioni* – come descritto nel §3 – sono spesso assenti e, anche quando presenti, si mostrano come gravemente inadeguate.

In questi casi, l’impossibilità di disporre il collocamento del detenuto fuori del carcere determinerebbe, in riferimento ai parametri costituzionali interni, un trattamento contrario al senso di umanità e lesivo del diritto inviolabile alla salute del detenuto<sup>22</sup> e, in riferimento al parametro convenzionale, un trattamento inumano e degradante<sup>23</sup>. Sarebbe inoltre violato anche l’art. 3 Cost. per disparità di trattamento rispetto alla situazione delle persone portatrici di un’infermità psichica tale da escludere la capacità di intendere o di volere al momento del fatto, là dove si riscontri pericolosità sociale, per le quali l’ordinamento prevede un trattamento riabilitativo all’esterno del carcere presso le residenze per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS<sup>24</sup>). Si ravviserebbe una disparità di trattamento, altresì, rispetto alle persone

<sup>20</sup> Corte Cost., sentenza n. 99, cit.

<sup>21</sup> Sempre Cass. Pen., sez. I, ord. 23 novembre 2017, n. 13382.

<sup>22</sup> Artt. 2, 27 terzo comma e 32 Cost.

<sup>23</sup> art. 117, primo comma, Cost., in relazione all’art. 3 CEDU, così come interpretato dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo.

<sup>24</sup> Il lungo e faticoso processo riformatore che ha dato vita al fondamentale risultato della chiusura degli OPG non è stato completato con previsioni adeguate alla situazione dei detenuti con gravi malattie psichiche sopravvenute. È rimasta, infatti incompiuta quella parte della delega disposta dalla legge 23 giugno 2017, n. 103 (Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all’ordinamento penitenziario), relativa ai detenuti malati psichici, volta a garantire loro adeguati trattamenti terapeutici e riabilitativi anche attraverso misure alternative alla detenzione, oltre che attraverso la creazione di nuove strutture sanitarie interne al carcere. L’istituzione delle REMS introdotte dalla riforma non è di rimedio alla lacuna che si è venuta a creare in seguito alla chiusura degli OPG. Le REMS non sono istituzioni volte a sostituire i vecchi ospedali psichiatrici sotto altra veste e denominazione. Mentre i vecchi OPG erano destinati a ospitare tutti i malati psichiatrici gravi

condannate con un analogo residuo di pena, ma affette da grave infermità fisica, le quali possono accedere tanto al rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena di cui all'art. 147 c.p., quanto alla detenzione domiciliare di cui alla disposizione censurata<sup>25</sup>.

La Corte costituzionale nella decisione in esame interviene subito sull'agognata differenza tra infermità fisica e psichica, sostenendo che la malattia psichica è fonte di sofferenze non meno della malattia fisica e ricorda come il diritto fondamentale alla salute *ex art. 32 Cost.*, di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica, alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela<sup>26</sup>, anche con adeguati mezzi per garantirne l'effettività. Questo anche considerando che le patologie psichiche possono aggravarsi e acutizzarsi proprio per la reclusione: la sofferenza che la condizione carceraria inevitabilmente impone di per sé a tutti i detenuti si acuisce e si amplifica nei confronti delle persone malate, sì da determinare, nei casi estremi, una vera e propria incompatibilità tra carcere e disturbo mentale. Da qui la riflessione sul numero di suicidi e di atti autolesionisti occorsi nelle carceri nostrane. La tutela della salute mentale dei detenuti richiede una complessa attenzione da parte dei professionisti incaricati, risulta quindi necessario un intervento non solo nelle strutture carceraria ma anche nella previsione di percorsi terapeutici esterni, almeno per i casi di accertata incompatibilità con l'ambiente penitenziario. Secondo la Consulta, per questi casi gravi, l'ordinamento deve prevedere misure alternative alla detenzione carceraria, che il giudice possa disporre caso per caso, modulando il percorso penitenziario tenendo conto della tutela della salute dei malati psichici e della pericolosità del condannato, di modo che non siano sacrificate le esigenze della sicurezza collettiva. La misura alternativa della detenzione domiciliare *umanitaria o in deroga*, individuata dal giudice rimettente si presta, allo stato attuale, a colmare le carenze sopra individuate.

L'istituto della detenzione domiciliare è una misura che può essere modellata dal giudice in modo tale da salvaguardare il fondamentale diritto alla salute del detenuto, qualora esso sia incompatibile con la permanenza in carcere e, contemporaneamente, le esigenze di difesa della collettività che deve essere protetta dalla potenziale pericolosità di chi è affetto da alcuni tipi di patologia psichiatrica. Qui la Corte interviene per fissare quali siano i parametri da rispettare nella valutazione del caso

---

in qualsiasi modo venuti a contatto con la giurisdizione penale e, dunque, anche i condannati con infermità psichica "sopravvenuta" alla condanna, al contrario le REMS, così come chiaramente indica la loro stessa denominazione, hanno come unici destinatari i malati psichiatrici che sono stati ritenuti non imputabili in sede di giudizio penale o che, condannati per delitto non colposo a una pena diminuita per cagione di infermità psichica, sono stati sottoposti a una misura di sicurezza, Corte Cost., sentenza n. 99, 19 aprile 2019 e rintracciabile nel portale online della Consulta <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=99>.

<sup>25</sup> Corte Cost., sentenza n. 99, cit.

<sup>26</sup> *Ex plurimis* Cort. Cost. sentenze n. 169 del 2017, n. 162 del 2014, n. 251 del 2008, n. 359 del 2003, n. 282 del 2002 e n. 167 del 1999.

specifico: *Questa valutazione dovrà quindi tener conto di vari elementi: il quadro clinico del detenuto, la sua pericolosità, le sue condizioni sociali e familiari, le strutture e i servizi di cura offerti dal carcere, le esigenze di tutela degli altri detenuti e di tutto il personale che opera nell'istituto penitenziario, la necessità di salvaguardare la sicurezza collettiva<sup>27</sup>*. In questo scenario la detenzione domiciliare non significherebbe che il soggetto possa tornare apertamente in libertà, infatti, nonostante ci sia una effettiva uscita dal carcere, tale disposizione deve sempre comportare una limitazione più o meno severa della libertà personale. Di fondamentale rilievo è la possibilità che la detenzione domiciliare possa svolgersi, oltre che «*nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora*», anche in «*luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza*», come prevede l'art. 284 c.p.p. e come ribadisce l'art. 47-ter ord. penit.

Al Giudice spetterà verificare, quindi, in base alle strutture e ai servizi di cura offerti all'interno del carcere, alle esigenze di salvaguardia degli altri detenuti e di tutto il personale che opera negli istituti penitenziari, se il condannato affetto da grave malattia psichica sia in condizioni di rimanere in carcere o debba essere destinato a un luogo esterno, ai sensi dell'art. 47-ter, comma 1-ter, ord. penit., fermo restando che ciò non può accadere se il giudice ritiene prevalenti, nel singolo caso, le esigenze della sicurezza pubblica.

La Consulta prendendo atto dell'inoperosità del legislatore in materia tenta, quindi, di tracciare la linea da seguire, confidando, in ogni caso, che il Parlamento intervenga a sanare le lacune che continuano ad imperversare nel sistema carcerario italiano.

---

<sup>27</sup> Corte Cost., sentenza n. 99, cit.