

PERSONA IN STATO DI DETENZIONE: PROMOZIONE E TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Matteo Schwarz

*Unità Operativa Ricerca Psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione,
Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

Il tema della tutela della salute e più in generale dei diritti dei detenuti all'interno degli istituti di pena rappresenta sempre di più un'emergenza reale nel nostro Paese, forse anche grazie all'aumentata percezione della dimensione del problema in seguito a casi di cronaca dalla vasta eco mediatica, come la morte, avvenuta il 22 ottobre 2009, di Stefano Cucchi, drammatica vicenda recentemente riportata all'attenzione dell'opinione pubblica da una pregevole opera cinematografica che ha messo in evidenza, senza sbavature retoriche o aprioristiche prese di posizione, le criticità di un sistema penale e carcerario che mostra tutti i propri limiti nel proteggere adeguatamente l'incolumità e il benessere di chi viene dalla giustizia affidato a strutture detentive che versano in un ormai cronico stato di emergenza.

La tutela della persona all'interno degli istituti di pena è da sempre un tema che appassiona e coinvolge chi si occupa di diritti umani, poiché nella figura del detenuto confluiscono criticità che mettono a dura prova il funzionamento di un sistema giuridico e giudiziario. In questo contesto, un ruolo importante nel definire la portata delle norme che regolano il funzionamento del sistema carcerario, anche sotto il profilo sanitario, è svolto anche dalla giurisprudenza (1-4).

Una recente pronuncia della Corte di Cassazione (sez. IV Penale, sentenza 11-23 maggio 2017, n. 25576) ha evidenziato gli aspetti fondamentali e le fonti normative che regolano il funzionamento della sanità carceraria, definendo precisi obblighi e responsabilità. La sentenza prende avvio da un caso di imputazione per il delitto di omicidio colposo a carico dei sanitari cui un detenuto, deceduto in una casa circondariale per le complicazioni di una polmonite massiva, era stato destinato in quanto sottoposto alla sanzione disciplinare dell'esclusione dall'attività comune.

Oggetto della pronuncia, che riforma i precedenti provvedimenti assolutori e di non luogo a procedere nei confronti dei sanitari imputati sono, in particolare, alcune disposizioni della legge sull'ordinamento penitenziario, ma la sentenza compie un'apprezzabile analisi a tutto campo dei principali provvedimenti normativi, nazionali e internazionali, che concorrono a disegnare il sistema dei diritti sanitari del detenuto.

Il punto di avvio della Corte di Cassazione è costituito proprio dalla corretta interpretazione della legge sull'Ordinamento Penitenziario (O.P.) vigente al momento della pronuncia e ora riformata, in particolare di quelle disposizioni che disciplinano i controlli sanitari che devono o possono essere eseguiti sui detenuti (5).

Le disposizioni in esame sono state, come qui sopra accennato, oggetto di procedura parlamentare di modifica, conclusosi con la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale* dei tre decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018 (6-8).

Tuttavia, a prescindere dalle novità che sono intervenute a vari livelli sul testo della legge O.P., ciò che emerge con chiarezza dalla pronuncia della Corte di Cassazione è la necessità di fornire una lettura delle norme che disciplinano l'assistenza sanitaria in carcere coerente con le finalità rieducative della pena, che postula il perseguimento di una piena ed efficace tutela del diritto alla

salute del condannato. Solo una condizione di benessere psico-fisico dello stesso può infatti garantire il suo recupero e, conseguentemente, il suo reinserimento sociale. In tal senso, quindi, in ossequio all'art. 27 Cost. e ai suoi corollari, il detenuto ha diritto alla tutela della propria salute sia fisica che mentale, posto che in effetti la pena può svolgere la propria funzione rieducativa – verosimilmente – solo su di una persona mentalmente in grado di comprenderne appieno portata e significato.

Tanto premesso, la Corte effettua un'attenta analisi del caso posto alla sua attenzione, riguardante un detenuto sottoposto alla sanzione della esclusione dalle attività in comune, interpretando questo istituto in modo coerente con i principi costituzionali e con le altre disposizioni della stessa legge, in particolare con l'art. 11.

La Corte pone l'accento sull'obbligo di sottoporre a costante controllo sanitario il soggetto detenuto, garantendone, in tal modo, l'adeguata tutela della salute, con specifico riguardo alla necessità di certificare la compatibilità dello stato di salute della persona con lo stato di detenzione garantendo la continuità del controllo sanitario nel corso di tutto il periodo di espiazione della pena.

Ne consegue, dunque, che il sanitario del carcere deve sottoporre a visita medica il detenuto sia all'atto dell'ingresso in carcere, sia nel corso della detenzione, e ciò anche laddove manchi una esplicita richiesta in tal senso del detenuto stesso, dovendo segnalare l'eventuale sussistenza di malattie che richiedono particolari cure e indirizzando, in tali casi, il paziente verso strutture ospedaliere esterne all'istituto penitenziario, ove tali cure non possano essere adeguatamente garantite all'interno dell'istituto di pena.

L'art. 11 in esame prevede infatti che in ogni istituto penitenziario sia presente e attivo un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti.

Va poi sottolineato che il nuovo co. 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.

È qui fondamentale sottolineare che l'interpretazione della legge O.P. operata nella sentenza impugnata dinanzi alla Cassazione, e dalla stessa annullata con rinvio, non considerava che l'art. 11 nella versione antecedente alla riforma, disponeva che l'assistenza sanitaria venisse prestata, nel corso della permanenza nell'istituto “con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati”, con ciò ponendo un obbligo di controllo delle condizioni sanitarie generali dei detenuti che non può essere limitato al controllo iniziale, dovendo essere periodico, né può intendersi regolato secondo una periodicità annuale, dovendo essere caratterizzato da adeguate frequenza e regolarità.

Con specifico riguardo alle visite mediche, ne è dunque prevista una di carattere generale all'atto dell'ingresso nell'istituto, allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche, ma anche in seguito i sanitari non possono limitarsi a tale episodico riscontro generale, avendo l'obbligo di visitare quotidianamente gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta e di segnalare immediatamente la presenza di patologie che richiedano particolari indagini e cure specialistiche.

È dunque previsto un ruolo proattivo del sanitario nel tutelare e promuovere la salute del detenuto, non potendosi il medico o l'infermiere limitarsi a rispondere a richieste di intervento interamente rimesse all'iniziativa dell'interessato o ai casi di patologia manifesta, ma dovendo al contrario costruire un sistema di cura che si ispiri ai principi della prevenzione e della regolarità nella verifica dell'integrità psico-fisica dei detenuti.

Il corretto inquadramento e l'interpretazione delle disposizioni che regolano la tutela della salute in ambito penitenziario non possono peraltro prescindere da regole e principi concepiti e dettati anche a livello sovranazionale.

La tutela del diritto alla salute delle persone private della libertà personale si ricava, in primo luogo in via interpretativa, dalla Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo e dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo, che sostanzialmente fanno riferimento al divieto di sottoporre i detenuti a trattamenti disumani e degradanti. In tal caso, infatti, pur non rinvenendosi alcuna disposizione specifica sul punto, l'attività giurisprudenziale della Corte Europea dei diritti dell'uomo ha permesso di ricondurre il diritto alla salute nell'ambito dei diritti garantiti in ambito internazionale, quale corollario del diritto alla vita e alla dignità umana. Di rilievo sono poi anche le Regole penitenziarie Europee, nelle quali si afferma che la finalità del trattamento sanitario consiste nel "salvaguardare la salute e la dignità" dei condannati, in una prospettiva che prevede il loro reinserimento sociale (art. 3 delle Regole penitenziarie Europee). E ancora degna di menzione è la deliberazione approvata dall'ONU in materia di principi di etica medica per il personale sanitario in ordine alla protezione dei detenuti, nella quale è espressamente previsto che gli esercenti le attività sanitarie incaricati di prestare cure a persone detenute o comunque private della libertà, hanno il dovere di proteggerne la salute fisica e mentale, nello stesso modo che li impegna nei confronti delle persone libere (9).

Stato dell'arte

Un aspetto rilevante nella prospettiva qui sopra delineata è rappresentato poi dall'intervenuta riforma della medicina penitenziaria per mezzo del DL.vo 22 giugno 1999, n. 230, che ha coerentemente previsto il trasferimento della sanità all'interno degli istituti di pena dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale con ciò imponendo, in ossequio al principio di sussidiarietà verticale, precisi obblighi di collaborazione e integrazione, ciascuna nel proprio ambito, alle diverse istituzioni dello Stato coinvolte nella gestione della persona detenuta (10).

Più in generale, va poi ricordato che la possibilità per il detenuto di fruire di cure mediche appropriate anche nella condizione di restrizione carceraria, oltre a porsi in linea con la normativa di principio, costituisce il presupposto fondante la linea di demarcazione tra la compatibilità e l'incompatibilità delle condizioni psico-fisiche della persona con il regime carcerario. Tale rilievo è desumibile dal sistema di norme costituito dagli artt. 299, comma 4-ter, cod. proc. pen., 147 n. 2 cod. pen. e 47 *ter*, comma 1-*ter*, L.n.354/1975 e impone un'interpretazione del testo normativo conforme all'obiettivo di associare la privazione della libertà personale al costante controllo delle condizioni di salute della persona.

Come si è già sopra ricordato, con la pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* del 26 ottobre 2018 dei decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018, si è concluso il tortuoso iter della riforma dell'ordinamento penitenziario (2). Si tratta, in particolare, dei decreti legislativi che hanno dato (parziale) attuazione alla legge delega 23 giugno 2017, n. 103 (così detta riforma Orlando).

La riforma compie un'importante adeguamento della disciplina sull'ordinamento penitenziario ai principi di cui al DL.vo 230/1999, concernente il riordino della medicina penitenziaria, confermando, in particolare, la piena operatività del Servizio Sanitario Nazionale all'interno degli istituti penitenziari. Inoltre, essa amplia le garanzie dei reclusi, modificando la disciplina della sopracitata visita medica generale all'ingresso in istituto: il medico deve, in particolare, annotare nella cartella clinica tutte le informazioni riguardo ad eventuali maltrattamenti o violenze subite dal detenuto; estende la gamma dei trattamenti sanitari che i reclusi possono richiedere in carcere a proprie spese, in particolare includendo gli interventi chirurgici nei reparti clinici interni al carcere, previ accordi con la ASL competente, e prevede controlli sanitari in carcere da parte della stessa ASL, anche a seguito delle segnalazioni ricevute.

Importanti sotto il profilo del benessere e della salute sono anche le nuove disposizioni che regolano alcuni aspetti fondamentali della vita all'interno degli istituti di pena. Sono infatti introdotte misure volte ad integrare i reclusi di nazionalità straniera, tra le quali quelle che prevedono la garanzia ad un'alimentazione rispettosa del loro credo religioso nonché l'inserimento, tra il personale dell'amministrazione degli istituti penitenziari, di mediatori culturali e di interpreti. Ulteriori disposizioni mirano invece a considerare e accogliere gli specifici bisogni e i diritti delle donne detenute. La riforma, inoltre, integra le disposizioni dell'ordinamento penitenziario con la finalità di garantire il rispetto della dignità umana e la migliore conformità possibile della vita penitenziaria a quella esterna. Vanno in questa direzione le previsioni sull'ampliamento delle ore minime che i detenuti possono trascorrere all'aperto, la richiesta di prossimità tra l'istituto penitenziario e la famiglia del recluso, le specifiche tutele per i reclusi esposti a minaccia di soprusi a causa del proprio orientamento sessuale o della propria identità di genere, nonché l'ampliamento dei diritti di informazione e comunicazione.

Di notevole interesse, nell'ottica di una più piena tutela dei soggetti più deboli, tra i quali vanno senza alcun dubbio annoverati anche i detenuti minorenni, sono le disposizioni circa l'intervento educativo e l'organizzazione degli istituti penitenziari minorili.

Oltre a prevedere e a disciplinare le cosiddette misure penali di comunità, dove per tali devono intendersi quelle misure che si pongono come alternative alla detenzione e che si qualificano per essere destinate ai condannati minorenni e giovani adulti (si tratta di istituti come l'affidamento in prova al servizio sociale, l'affidamento in prova con detenzione domiciliare, la detenzione domiciliare, la semilibertà e l'affidamento in prova terapeutico), la riforma detta inoltre disposizioni circa l'intervento educativo e l'organizzazione degli istituti penitenziari per i minorenni, con particolare riferimento a:

- caratteristiche delle camere di pernottamento;
- ore di permanenza all'aperto (almeno 4 ore al giorno);
- formazione professionale.
- tutela dell'affettività dei minori reclusi (colloqui mensili, colloqui telefonici, supporto psicologico, visite prolungate con familiari);
- regole di comportamento all'interno degli istituti penitenziari minorili, alla sorveglianza dinamica e alle forme di custodia attenuata;
- fase di dimissione del detenuto minorenne.

Conclusioni

È auspicabile che il sistema qui sopra delineato trovi una concreta e rapida attuazione, ponendo finalmente un efficace argine all'insorgere di situazioni di crisi, che troppo spesso deflagrano in episodi tragici che potrebbero essere evitati o contenuti attraverso un coerente e progressivo sforzo di riduzione del *gap* esistente tra il funzionamento del sistema detentivo delineato sulla carta e quello realmente esistente.

Il raggiungimento di questi obiettivi presuppone necessariamente adeguati investimenti sia sotto il profilo dell'adeguamento strutturale sia, soprattutto, sotto l'aspetto delle competenze professionali del personale, non solo sanitario, che opera all'interno degli istituti di pena e le cui capacità comunicativo-relazionali dovrebbero formare oggetto di una continua attività di formazione e aggiornamento.

Bibliografia

1. Italia. Legge 12 agosto 1993, n. 296 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187, recante nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonché sull'espulsione dei cittadini stranieri. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.188 del 12.8.1993.
2. Italia. Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.165 del 16.7.1999 - Suppl. Ordinario n. 132.
3. Italia. DPR 30 giugno 2000, n. 230. Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale* n.195 del 22.8.2000 - Suppl. Ordinario n. 131.
4. Raccomandazione R (2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee adottata dal Consiglio dei Ministri l'11 gennaio 2006
5. Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale* n. 212, 9.8.1975, S.O.
6. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 121. Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 81, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50.
7. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 123. Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50
8. Italia. Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 124. Riforma dell'ordinamento penitenziario in materia di vita detentiva e lavoro penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere g), h) e r), della legge 23 giugno 2017, n. 103. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 250 del 26.10.2018 - Suppl. Ordinario n. 50.
9. United Nations - General Assembly. *Resolution 37/194. Principles of Medical Ethics. Distr. GENERAL 18 December 1982. (A/RES/37/194)*. New York: UN; 1982.
10. Italia. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.165 del 16.7.1999 - Suppl. Ordinario n. 132