

Riflessioni e analisi in tema di tutela della salute mentale in carcere: la sentenza Murray c. Olanda

di *Gloria Bertotti*

Sommario: 1. Premessa. – 2. Il caso Murray c. Olanda. – 3. I fatti. – 4. La decisione della Gran Camera. – 5. Riflessioni sulla tutela e sulle condizioni di salute mentale in carcere. – 5.1. Fonti normative in merito al diritto alla salute. – 5.2. La salute mentale nelle carceri italiane – 6. Conclusioni.

1. Premessa

Recentemente, con la sentenza Murray c. Olanda¹, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo è tornata ad occuparsi di un aspetto costantemente al centro del dibattito politico e giurisprudenziale, la tutela del diritto alla salute dei detenuti e, in particolare, alla salute mentale.²

La stessa Corte di Strasburgo ha più volte sottolineato come la mancanza in carcere di strutture e di trattamenti sanitari idonei e appropriati al singolo caso possa realizzare una violazione dell'art. 3 CEDU e quindi sfociare in una pena disumana e degradante.³

La sentenza in oggetto non può che costituire l'ennesimo campanello d'allarme sulle condizioni di vita all'interno degli istituti penitenziari europei, i quali continuano a minacciare da un punto di vista sanitario-psicologico le persone in essi reclusi.

Essa permette dunque di svolgere un approfondimento sulla situazione dei disturbi mentali, in particolar modo negli istituti italiani, e una riflessione sui suoi aspetti più critici.

¹ C. Eur. Dir. Uomo, 26 aprile 2016, *Murray c. Olanda*, ric. n. 10511/10, in www.recht.nl.

² Nel corso degli ultimi anni la Corte di Strasburgo ha riscontrato diverse volte una violazione dell'art. 3 della CEDU (divieto di tortura e trattamento o pena inumano o degradante) proprio nell'ambito della tutela del diritto alla salute psichica dei detenuti. V. C. Eur. Dir. Uomo, 21 dicembre 2010, *Raffray Taddei c. Francia*, ric. n. 36435/07, C. Eur. Dir. Uomo, 8 novembre 2011, *Z.H. c. Ungheria*, ric. n. 28973/11, C. Eur. Dir. Uomo, 23 febbraio 2012, *G. c. Francia*, ric. n. 27244/09, C. Eur. Dir. Uomo, 3 maggio 2012, *M.S. c. Regno Unito*, ric. n. 24527/08, C. Eur. Dir. Uomo 2 ottobre 2012, *L.B. c. Belgio*, ric. n. 22831/08, C. Eur. Dir. Uomo, 10 gennaio 2013, *Claes v. Belgio*, ric. n. 43418/08, C. Eur. Dir. Uomo, 1 ottobre 2013, *Ticu v. Romania*, ric. n. 24575/10 e C. Eur. Dir. Uomo, 17 novembre 2015, *Bamouhammad v. Belgio*, ric. n. 47687/13.

³ Art. 3 CEDU: Divieto della tortura. Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti.

2. Il caso Murray c. Olanda

Il sig. James Clifton Murray, cittadino olandese, fece ricorso alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo il 22 febbraio 2010 contro il regno d'Olanda.⁴ Il ricorrente sostenne in tal sede che l'ergastolo a lui comminato nel 1980 era *de facto* irriducibile⁵ e che le condizioni di vita nelle carceri di Curaçao e Aruba⁶ violavano l'art. 3 CEDU in quanto non era previsto un regime separato per i soggetti condannati all'ergastolo né un trattamento apposito per persone con problemi mentali. La pena detentiva si presentava sostanzialmente irriducibile in quanto il ricorrente non ha mai potuto godere in carcere delle cure mediche e psicologiche necessarie per ridurre il rischio di recidiva. Proprio alla luce di questo fatto le numerose richieste di grazia al governatore delle Antille Olandesi e le revisioni della pena non hanno mai avuto esito positivo⁷.

3. I fatti

Il 31 ottobre 1979 il sig. Murray venne condannato alla pena dell'ergastolo a causa dell'omicidio da lui perpetrato nei confronti di una bambina di sei anni sull'isola di Curaçao. Il reato sembra essere stato commesso per vendetta nei confronti dell'ex fidanzata dell'uomo, la quale era zia della vittima. La perizia psichiatrica effettuata durante il processo, sebbene non escludesse la capacità di intendere e di volere dell'imputato, riconosceva in lui una diminuzione della colpevolezza a causa di un disturbo patologico che limitava le sue capacità mentali⁸. Tuttavia, sia la Corte di Prima Istanza che, in fase di appello, la Corte di Giustizia delle Antille Olandesi, non ritennero necessario assegnare il sig. Murray ad un ospedale psichiatrico. Purtroppo, per via dell'assenza di una clinica custodiale sull'isola e dell'inadeguatezza di un trasferimento del condannato in Olanda, a causa delle sue ridotte capacità mentali e delle sue conoscenze della lingua olandese, l'unica alternativa possibile era rappresentata da una pena detentiva in un carcere ordinario a Curaçao, il quale disponeva dal 1990 di una speciale unità per il trattamento dei detenuti che presentassero segnali di una malattia mentale o seri disordini comportamentali, la cosiddetta FOBA. Purtroppo, il sig. Murray, durante tutto il periodo della sua permanenza in tale carcere, non è mai stato assegnato a nessuna sezione speciale né

⁴ Il ricorrente morì in data 6 dicembre 2014 e la causa venne poi perseguita dai suoi eredi, il sig. John Francis Murray e la sig.ra Altagracia Murray, rispettivamente il figlio e la sorella.

⁵ In linea teorica, invece, la pena dell'ergastolo non sarebbe stata irriducibile dal momento che il 15 novembre 2011 è stata introdotta nel codice penale di Curaçao la necessità che vi sia una revisione periodica dei presupposti della pena detentiva a vita.

⁶ Le isole di Aruba e Curaçao, nelle Antille, al tempo della condanna facevano parte del regno d'Olanda. Aruba divenne un paese autonomo solamente nel 1986 e nel 2010 le Antille Olandesi cessarono di esistere.

⁷ Soltanto il 31 marzo 2014 il sig. Murray poté ottenere la grazia, ma il Governatore delle Antille Olandesi non concesse tale misura alla luce di una valutazione del rischio di recidiva, bensì solamente a causa delle gravi condizioni di salute del detenuto, ormai malato terminale di cancro.

⁸ Il sig. Murray venne giudicato come una persona ritardata, infantile, narcisistica, con frequenti scoppi di emozioni di tipo primitivo e primario.

sottoposto ad alcun trattamento specifico che migliorasse i suoi disturbi mentali. Nel 1999 l'uomo fu trasferito nel carcere di Aruba, su sua richiesta, per poter stare più vicino alla famiglia, residente sull'isola, nonostante fosse stato avvisato che tal luogo non disponeva di alcuna misura speciale per persone con problemi mentali.

Fin dal 1982 e durante tutto il corso della pena il sig. Murray effettuò un totale di 13 richieste di revisione della pena e di concessione di grazia al governatore delle Antille Olandesi, anche a causa del fatto che, né nel carcere di Curaçao né in quello di Aruba, fosse stato assegnato ad alcun programma trattamentale specifico per persone con disabilità mentali. Secondo il ricorrente, questa situazione avrebbe incentivato il peggioramento delle sue condizioni psichiche, a causa della frustrazione e dell'isolamento a cui è stato sottoposto.

Tuttavia, nonostante la denuncia effettuata in tal sede, non soltanto non venne mai concesso il beneficio della grazia al sig. Murray (a causa del rischio di recidiva comportato dalle sue ridotte capacità mentali), ma nel corso di 34 anni di detenzione non gli è mai stata concessa alcuna cura medica-psicologica per poter affrontare i suoi disturbi e ridurre il rischio di commettere ulteriori atti violenti al di fuori dell'istituto penitenziario.

La situazione non migliorò nel corso degli anni attraverso la sola pena detentiva. In una relazione svolta dallo psicologo del carcere di Aruba su richiesta del Procuratore Generale il 7 ottobre 2011⁹ si può notare infatti come l'uomo, dopo una lunga detenzione, abbia visto deteriorare le proprie condizioni e le proprie capacità di socializzazione, al punto da aver sviluppato atteggiamenti e sentimenti negativi verso se stesso e verso gli altri.

Il sig. Murray presentò così ricorso alla Corte di Strasburgo il 2 novembre 2012, tuttavia, nella decisione del 10 dicembre 2013 essa non ravvisò alcuna violazione dell'art. 3 CEDU. Secondo la Corte, infatti, dal momento che nel 2011 venne introdotto nel codice penale di Curaçao l'obbligo di rivalutare la pena all'ergastolo periodicamente dopo 20 anni di detenzione, non ci sarebbe ragione per verificare se la pena comminata al sig. Murray prima di tale data fosse o meno irriducibile. Inoltre, secondo la Corte, neanche le condizioni detentive del ricorrente sarebbero disumane o degradanti, dal momento che il carcere di Curaçao offre ai detenuti un sostegno psicologico e, infine, il trasferimento in quello di Aruba sarebbe stato richiesto consapevolmente dal ricorrente, nonostante l'avvertimento sulla carenza di un simile trattamento in tal luogo.

Di fronte a un simile provvedimento il sig. Murray decise di presentare ricorso presso la Gran Camera.

⁹ Svolta in ottemperanza dell'obbligo introdotto nel codice penale di Curaçao nel 2011 di svolgere una periodica rivalutazione dei presupposti delle condanne all'ergastolo dopo 20 anni di detenzione. Secondo il *memorandum* a tale ratifica del codice penale, l'esecuzione di una pena detentiva che non dia alcuna speranza di ritorno alla società può sfociare in una situazione inumana.

4. La decisione della Gran Camera

La Gran Camera prima d'allora non si era mai espressa a proposito di una riducibilità della pena dell'ergastolo in merito alle condizioni di detenzione di una persona con problemi mentali. Tuttavia, riprendendo la propria giurisprudenza in occasione della sentenza *Kafkaris c. Cipro*¹⁰, sottolineò innanzitutto come di per sé la pena dell'ergastolo non rappresenti una violazione dell'art. 3 CEDU, a meno che questa non sia irriducibile.

Inoltre, lo Stato deve provvedere alla riabilitazione e alla risocializzazione dei detenuti. Sebbene questo non sia un obbligo di fine ma solamente di mezzo, ogni detenuto deve essere messo nelle condizioni ideali per tornare nuovamente nella società. Questo vale anche per i condannati alla pena dell'ergastolo, poiché in caso contrario, il singolo detenuto non avrebbe mai l'opportunità concreta di accedere a qualsiasi remissione, commutazione o termine della pena. Inoltre, in casi di infermità psico-fisica, deve essergli concessa ogni cura necessaria affinché possa essere tutelato il suo diritto alla salute¹¹.

Alla luce di tali principi, la Gran Camera sostenne che deve essere garantito un trattamento in base alle necessità di ogni singolo detenuto che possa aiutarlo nel suo processo riabilitativo e di risocializzazione, anche qualora questi non lo abbia espressamente richiesto. Questo è importante in particolar modo qualora tale trattamento costituisca un presupposto per una futura possibile occasione di revisione della pena e di scarcerazione e, dunque, un aspetto cruciale della riducibilità *de facto* della sentenza dell'ergastolo.

Una carenza di possibilità di accesso a un trattamento volto alla risocializzazione rende l'ergastolo *de facto* irriducibile e rappresenta una violazione dell'art. 3 CEDU. Secondo la Gran Camera gli aspetti della riducibilità *de facto* della pena e le condizioni di vita durante la detenzione sono interconnessi ed esaminò i due aspetti, al contrario della Corte in primo grado, in modo unitario. Dunque, essa, valutando se la pena dell'ergastolo comminata al sig. Murray fosse riducibile, considerò la possibilità che la carenza di un trattamento psicologico o psichiatrico abbia privato il ricorrente di ogni prospettiva di scarcerazione. I giudici osservarono il periodo

¹⁰ Caso *Kafkaris c. Cipro*, 12 febbraio 2008, ric. n. 21906/04, in www.osservatoriocedu.eu. Nella sentenza *Vinter e Altri c. Regno Unito*, 9 luglio 2013, ric. nn. 66069/09, 130/10 e 3896/10, la Grande Camera valutò come presupposti necessari la possibilità di una revisione della pena e una prospettiva di scarcerazione al momento dell'emissione della sentenza. È compito dello Stato, tuttavia, e non della Corte provvedere a decidere quale forma (esecutiva o giudiziale) debba assumere tale revisione. I criteri tuttavia devono essere prestabiliti, in rispetto del principio di legalità, e la "prospettiva di scarcerazione al momento dell'emissione della sentenza" non può ricomprendere i casi di richiesta di grazia per malattia, età o incapacità fisica.

¹¹ Per una giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo in materia v. tra gli altri *Kudla c. Polonia*, 26 ottobre 2000, ric. n. 30210/96, § 94, ECHR 2000-XI; *Naumenko c. Ucraina*, 10 febbraio 2004, ric. n. 42023/98, § 112; *Stawomir Musiał c. Polonia*, 20 gennaio 2009, ric. n. 28300/06, § 87; e *A. e Altri c. Regno Unito*, 19 febbraio 2009, ric. n. 3455/05, § 128, ECHR 2009.

posteriore al 2010, anno in cui il sig. Murray presentò il suo primo ricorso, anche se il fatto che questi avesse già scontato 30 anni di detenzione non poteva non influire sulla decisione, in quanto il prolungamento di certe condizioni di vita e di trattamento in tutti questi anni avrebbero potuto influire sulla sua prospettiva di scarcerazione. Nonostante il carcere di Curaçao disponesse di una sezione apposita per il trattamento di detenuti con problemi psicologici, non sembra che il detenuto abbia mai avuto accesso ad essa e sia mai stato sottoposto ad alcuna cura durante il periodo di detenzione (o comunque non ricevette un appoggio e un trattamento sufficiente per permettergli di ottenere un beneficio nel suo percorso di rieducazione ai valori sociali). Questa conclusione può essere dedotta anche dai rigetti delle numerose richieste di grazia avanzate nel corso degli anni dal sig. Murray. In ognuno di essi si può notare come le condizioni mentali del detenuto non potessero permettere una futura scarcerazione a causa del costante elevato rischio di recidiva, dovuto, tra l'altro, alla mancanza di un trattamento psicologico idoneo a ridurlo. È dunque evidente come, nel caso concreto, questo rappresenti un presupposto fondamentale e imprescindibile per la riducibilità *de facto* della sentenza di ergastolo e la sua assenza produca l'impossibilità di poter accedere al beneficio della grazia. La Gran Camera infine concluse che vi è stata una violazione dell'art. 3 CEDU per irriducibilità della pena dell'ergastolo.

5. Riflessioni sulla tutela e sulle condizioni di salute mentale in carcere

5.1. Fonti normative in merito al diritto alla salute

La sentenza della Corte Europea presenta numerosi punti di interesse per una riflessione sulla pena dell'ergastolo, tuttavia si inserisce allo stesso tempo in un filone giurisprudenziale in merito alle condizioni di detenzione e alla loro compatibilità con quelle di salute del detenuto. Riprendendo le parole del precedente Presidente della Corte Jean Paul Costa, questi non può essere considerato o trattato come uno "scarto umano"¹² come è accaduto al sig. Murray. Nel suo caso, infatti, la mancanza di cure e di un trattamento adeguato ai suoi disturbi psichici hanno reso la sua condanna, *de facto*, irriducibile.

Il diritto alla salute non è sancito in modo esplicito dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, tuttavia, la Corte di Strasburgo ha avuto modo nel tempo di poterlo tutelare¹³, in particolar modo, e frequentemente, nei confronti di ricorrenti

¹² V. l'opinione separata del giudice Costa nel caso *Leger c. Francia*, 11 aprile 2006, ric. n. 19324/02.

¹³ Per un'esaustiva trattazione dell'evoluzione della giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo in tema di diritto alla salute in carcere si veda F. CECCHINI, *La tutela del diritto alla salute in carcere nella giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo*, in www.penalecontemporaneo.it, 23 gennaio 2017.

In tal sede si ripercorrono le fasi attraverso le quali la Corte ha rinvenuto degli obblighi statali in merito partendo dal divieto di trattamenti inumani e degradanti. Vengono inoltre delineate le criticità affrontate nel tutelare il diritto alla salute in carcere, dal momento che può avvenire solo in via indiretta.

detenuti, come corollario del diritto alla vita (art. 2 CEDU)¹⁴, della tutela della dignità umana (art. 3 CEDU)¹⁵ e del rispetto al diritto alla vita privata e familiare (art. 8 CEDU)¹⁶. L'art. 3 CEDU, in particolare, permette di ricondurre allo Stato tanto un obbligo negativo (divieto di tortura e trattamenti inumani e degradanti) quanto positivo (obbligo di garantire le cure mediche necessarie ad ognuno per migliorare le proprie condizioni psicofisiche)¹⁷ verso i detenuti. Nell'ambito della tutela dei diritti umani, tuttavia, per ridurre i casi di ricorso per violazioni di stampo bagatellare, una giurisprudenza costante e consolidata della Corte ritiene che esse debbano superare una certa soglia minima di gravità. Questa, sebbene debba dipendere da criteri precisi, concordanti e sufficientemente gravi, deve essere valutata in concreto caso per caso. La Corte, per poter valutare la compatibilità dello stato di salute di un detenuto con l'esigenza di scontare una pena in carcere, si affida in particolar modo a tre criteri¹⁸: 1) la condizione di salute del soggetto, 2) l'adeguatezza dell'assistenza e delle cure mediche durante la detenzione e 3) l'eventualità di perpetrare la pena detentiva alla luce delle condizioni di salute del soggetto.

Gli elementi da prendere in considerazione sono molteplici: età, sesso, le condizioni di salute e l'influenza su di esse di uno stato di detenzione prolungato. Secondo la giurisprudenza della Corte Europea, dunque, la violazione del diritto alla salute del detenuto concerne fondamentalmente due ipotesi:

- a. "Mancanza di apprestamento di cure mediche adeguate e necessitate,
- b. incompatibilità dello stato di detenzione rispetto alle condizioni di salute del detenuto"¹⁹.

La nostra Costituzione si pone in linea con i principi sovranazionali e tutela il diritto alla salute all'articolo 32, imponendo alla Repubblica di tutelare "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e di garantire "cure agli indigenti". Anche la Costituzione, al pari della giurisprudenza della Corte di Strasburgo, impone allo Stato italiano tanto un obbligo negativo quanto positivo. Quest'ultimo, in particolare, è stato espresso per la prima volta attraverso la sentenza

¹⁴ C. Eur. Dir. Uomo, 27 luglio 2004, *Slimani c. Francia*, ric. n. 57671/00, § 27.

¹⁵ C. Eur. Dir. Uomo, 27 maggio 2008, *N. c. Regno Unito*, ric. n. 26565/05.

¹⁶ C. Eur. Dir. Uomo, 29 aprile 2002, *Pretty c. Regno Unito*, ric. n. 2346/02.

¹⁷ In particolar modo nel caso *Xiros c. Grecia* la Corte di Strasburgo ha stabilito gli obblighi incombenti sugli Stati nell'ambito della salute dei detenuti: 1) Dovere di verificare che lo stato di salute sia idoneo al proseguimento della pena detentiva, 2) Dovere di provvedere alle necessarie cure mediche e psicologiche, 3) Dovere di adattare il trattamento e le condizioni di detenzione alle specifiche esigenze sanitarie del singolo detenuto, fino ad arrivare alla scarcerazione.

¹⁸ C. Eur. Dir. Uomo, 20 gennaio 2009, *Slawomir Musial c. Polonia*, ric. n. 28300/06, §§ 87-88.

¹⁹ V. MANCA, *La Corte dei Diritti dell'Uomo torna a pronunciarsi sul divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti: l'inadeguatezza degli standard di tutela delle condizioni di salute del detenuto integrano una violazione dell'art. 3 CEDU* (Nota a C. Eur. Dir. Uomo, 11 febbraio 2014, *Contrada c. Italia* (n. 2), ric. n. 7509/08), in www.penalecontemporaneo.it, 2014, pag. 16.

della Corte Costituzionale n. 455 del 1990²⁰, la quale ha sancito che il cittadino ha diritto a fruire delle prestazioni sanitarie erogabili come servizio pubblico a proprio favore.

L'art. 32, inoltre, provvede al suo secondo comma a tutelare il principio di autodeterminazione, sancendo che “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. In tale norma viene dunque riconosciuto il diritto del soggetto a essere malato, a scegliere di rimanere tale e dunque a sottrarsi alle cure proposte. Ma non solo, egli può anche scegliere tra diverse terapie, medici e luoghi di cura.

L'OMS, nell'emanazione delle direttive “Principi di equivalenza delle cure” sottolinea la necessità che anche i detenuti possano beneficiare degli stessi trattamenti medici, psicologici e psico-sociali garantiti a tutta la comunità.

L'Ordinamento Penitenziario in merito alla tutela della salute prevede due tipi di disposizioni; il primo garantisce quest'ultima per la generalità dei detenuti²¹, l'altro invece sancisce il diritto ad accedere a tutte le cure necessarie in base alle esigenze del singolo.

In particolare, l'art. 11 dispone che ogni istituto penitenziario debba “essere dotato di servizio medico e farmaceutico rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati”. Ma non solo, lo stesso articolo dimostra come già il Legislatore del 1975 fosse consapevole dell'importanza e della delicatezza del trattamento delle patologie mentali in carcere, infatti il dispositivo prosegue stabilendo che “esso deve poi disporre dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria”²².

Il co. 2 invece dispone che “ove siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura”.

È previsto inoltre che entro il giorno successivo all'ingresso in carcere il detenuto debba essere sottoposto a una visita medica generale per accertare eventuali malattie psichiche o fisiche. Questa dovrà poi essere ripetuta con cadenza regolare per tenere sotto controllo le condizioni di salute dei soggetti reclusi, anche con lo scopo di evitare fenomeni di contagio fra di essi.

Nel caso in cui siano riscontrati disturbi psichici l'obiettivo dell'istituto deve essere il loro contenimento, soprattutto per evitare fenomeni di autolesionismo.

²⁰ Corte Cost., sent. 16 ottobre 1990, n. 455, in www.giurcost.it.

²¹ Questo genere di norma è contenuto per lo più nel capo II dell'Ordinamento Penitenziario e tratta dell'edilizia penitenziaria, l'igiene, il vestiario e corredo, l'alimentazione e la permanenza all'aperto.

²² Secondo De Angelis questo inciso testimonierebbe il riconoscimento del Legislatore “dell'effetto patogeno della struttura penitenziaria sulla condizione psichica della persona detenuta”. V. A. DE ANGELIS, *Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della Polizia Penitenziaria*, in Quaderni ISSP, n. 11, Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della salute mentale in carcere, dicembre 2012, pag. 62.

Nel caso del detenuto infermo o seminfermo mentale possono essere applicati ulteriori provvedimenti come la sottoposizione della corrispondenza a un visto di controllo, la limitazione dei permessi premio o delle telefonate o l'assegnazione ad attività ergoterapiche (art. 20 d.P.R. 230 del 2000).

Il d.lgs 22 giugno 1999, n. 230 ha segnato una svolta storica nell'ambito della gestione della sanità in carcere. Per mezzo di tale riforma, infatti, è avvenuto il passaggio del personale e delle risorse sanitarie in carcere dal DAP al Servizio Sanitario Nazionale²³. Finalmente è stato riconosciuto il fatto che la tutela della salute in carcere deve essere garantita attraverso una rete di collaborazione fra diverse istituzioni presenti sul territorio²⁴ e con il coinvolgimento di tutti gli operatori che, a vario titolo, sono responsabili del trattamento del detenuto: psicologi e psichiatri, medici, educatori e, da ultimi, gli agenti di Polizia Penitenziaria²⁵.

In particolare, il Ministero della Salute esercita un ruolo direttivo, di programmazione e di coordinamento dei servizi garantiti negli istituti nazionali, le Regioni vigilano sul funzionamento di questi ultimi, le Aziende sanitarie locali hanno competenze di gestione e controllo sui servizi nei singoli istituti penitenziari²⁶ e di coordinamento con i servizi sociali sul territorio per agevolare il reinserimento in società del detenuto²⁷ e, infine, l'Amministrazione penitenziaria ha compiti di vigilanza e controllo sulla sicurezza e sull'andamento del servizio nel proprio carcere. In caso di malfunzionamento o inerzia, quest'ultima ha l'obbligo di segnalarlo alle Regioni e al Ministero della Salute.

Il passaggio delle competenze è stato infine completato con il d.p.c.m. 1 aprile 2008, con il trasferimento sotto la competenza del SSN anche degli arredi, delle attrezzature e dei beni strumentali di proprietà dell'Amministrazione penitenziaria e delle risorse finanziarie.

Attraverso tale *iter* il Legislatore ha voluto innanzitutto garantire un'uguaglianza di accesso ai servizi sanitari fra malati detenuti e liberi, una nuova organizzazione del lavoro e un miglioramento del senso professionale e di responsabilità dei singoli

²³ Per un'attenta trattazione della riforma in materia di sanità penitenziaria v. V. DE ANGELIS, *Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della Polizia Penitenziaria*, cit., pagg. 60 ss.

²⁴ In sede di Conferenza Unificata, diffusa con la lettera circolare prot. n. 3614/6064 del 8 gennaio 2009, è stata prevista la stipulazione di protocolli di intesa a livello locale e regionale per introdurre interventi mirati con il coinvolgimento del terzo settore.

²⁵ Il ruolo degli agenti di Polizia Penitenziaria è fondamentale in quanto sono le persone a più stretto contatto col detenuto. Per mezzo della Conferenza Unificata è stato introdotto per gli agenti il compito di intervento in caso di imminente criticità, attraverso un'adeguata comunicazione e misure d'emergenza. Perché ciò avvenga è necessario che il personale sia propriamente formato in modo da saper riconoscere immediatamente i comportamenti a rischio.

²⁶ I servizi sanitari interni devono poi rispettare gli standard delle diverse tipologie di trattamento penitenziario.

²⁷ Ad esempio attraverso la condivisione dei dati sanitari e delle cartelle cliniche dei detenuti. Questo strumento è molto utile per l'individuazione del trattamento più corretto per i nuovi giunti, in quanto permette di individuare eventuali disturbi psichici e probabilità di suicidio.

operatori, ma non solo; il passaggio delle competenze potrebbe anche contribuire a superare una modalità di concepire il trattamento (e dunque anche la sanità) in carcere da un punto di vista esclusivamente securitario.

Ciononostante, non si può nascondere il fatto che il mezzo migliore per la rieducazione e, prima ancora, per il trattamento del condannato che presenta disturbi mentali non sia certamente il carcere, ma, piuttosto, le misure alternative alla detenzione, in particolare l'affidamento in prova al Servizio Sociale²⁸.

Tuttavia, a normativa invariata, resta il fatto che l'Amministrazione Penitenziaria è tenuta a saper gestire tanto l'aspetto terapeutico quanto quello dell'esecuzione della pena. In un contesto simile la formazione di un solido network interistituzionale e sociale sul territorio appare quanto mai imprescindibile.

5.2. La salute mentale nelle carceri italiane

L'ingresso nel carcere rappresenta un momento delicato e di impatto sulla psiche e sui sensi dei detenuti. La prima sensazione percepita è di vertigine; vengono modificate le percezioni sensoriali di tempo e spazio. L'olfatto e la vista si riducono, complice anche la limitatezza degli spazi e la loro spesso scarsa luminosità. Anche l'udito, inizialmente sottoposto a un forte stress a causa del prolungato silenzio negli spazi degli istituti, diminuisce progressivamente per iperacutezza. In carcere si manifestano frequentemente problemi di tipo infettivo e gastrointestinale. Ma sono i disturbi psichiatrici quelli che colpiscono la maggior parte della popolazione detenuta per via degli elevati gradi di stress, ansia e privazione del sonno a cui è sottoposta.

In Italia, purtroppo, vi è scarsità di dati informativi sul fenomeno e quelli disponibili provengono per di più da indagini a campione o studi limitati a determinati territori. Ad esempio, nel 2014 l'ARS Toscana ha svolto un'interessante indagine²⁹ sullo stato di salute nelle carceri, coinvolgendo un campione di detenuti di sei regioni diverse (Toscana, Umbria, Lazio, Veneto, Liguria e la provincia di Salerno). Da tale studio

²⁸ Le istituzioni hanno più volte sottolineato questo aspetto nel corso del tempo; in particolare il Parlamento Europeo nella Risoluzione sul miglioramento della salute mentale della popolazione (Bruxelles, 2005) "ritiene che il carcere non sia un ambiente adeguato per quanti soffrono di malattie mentali e che occorra proporre delle alternative" (D. MOTTO, S. CARRONI, *Scarcerando. La salute mentale tra carcere e territorio*, Milano, 2008, in V. DE ANGELIS, *Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della Polizia Penitenziaria*, cit., pag. 62). Anche gli Stati Generali dell'esecuzione penale, riuniti tra il maggio e l'ottobre del 2015 hanno proposto una novella all'art. 47 dell'Ordinamento Penitenziario, estendendo l'accesso all'affidamento in prova al Servizio Sociale, anche oltre i limiti di pena fissati, a coloro che sono affetti da disturbi psichiatrici con compromissione del funzionamento psichico e dell'adattamento che hanno in corso o intendono intraprendere un programma terapeutico riabilitativo. In tal sede si è poi proposto di ampliare l'applicazione del rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena ex art. 147, co. 2 c.p. anche a coloro che soffrono di una grave infermità psichica (v. Relazione integrale degli Stati Generali dell'Esecuzione Penale-Tavolo 10 (salute e disagio psichico) in www.giustizia.it).

²⁹ AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ DELLA TOSCANA, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Firenze, 2015, pag. 83, ss.

è risultato che ben il 41,3% degli intervistati (6.504 detenuti su 15.751) presenta una patologia o un disturbo psichico. Sicuramente la detenzione e le sue condizioni di vita incidono notevolmente su questo fatto, ma non si può non pensare che anche altri fattori esterni ad essi abbiano svolto una certa influenza. La giovane età e lo stile di vita di molti detenuti sono fattori di rischio per patologie psichiche (disturbi mentali da dipendenza da sostanze, disturbi nevrotici e reazioni di adattamento, disturbi mentali alcol-correlati, disturbi della personalità e del comportamento). Alcuni studi sostengono che i problemi mentali precedano l'ingresso in carcere e che in tal luogo si manifestino più evidentemente; altri, invece, ritengono che la pena detentiva sia la loro principale causa scatenante³⁰.

In particolare fra gli uomini presenta un disturbo legato alla psiche ben il 43,5% (soprattutto a causa di dipendenze da alcol e sostanze stupefacenti), mentre fra le donne il tasso scende al 34,5%, ma sale addirittura al 46,1% fra le persone transgender. È interessante notare come tali problemi colpiscano maggiormente la popolazione più giovane (ben il 60% fra le persone tra i 18 e i 29 anni) rispetto a quella più anziana (circa il 26% nella fascia fra i 50-59 anni e solo il 13,2% fra gli ultrasessantenni).

Le patologie principalmente evidenziate sono:

- disturbi mentali da dipendenza da sostanze³¹,
- disturbi nevrotici e reazioni di adattamento,
- disturbi mentali alcol-correlati,
- disturbi affettivi psicotici,
- disturbi della personalità e del comportamento,
- disturbi depressivi non psicotici,
- disturbi mentali organici (senili, presenili, altro),
- disturbi da spettro schizofrenico,
- oligofrenie e ritardi mentali,
- disturbi da comportamento alimentare,
- altri disturbi come ansia³², claustrofobia, irritabilità, depressione, allucinazioni, abbandono difensivo³³, apatia.

Secondo lo studio svolto da ARS Toscana appare come alcune patologie tendano a modificarsi nel corso della detenzione e in base alle fasce di età: ad esempio, mentre i disturbi legati alle dipendenze da stupefacenti diminuiscono con l'invecchiamento dei detenuti (dal 53% nella fascia tra i 18 e i 29 anni al 29% fra gli ultrasessantenni),

³⁰ D. SCOTT, H. CODD, *Controversial issues in prisons*, Londra, 2011.

³¹ Le persone più colpite risultano essere i nordafricani (37%). Gli italiani sono il 27% e gli estereuropei il 12%. Nel disturbo sono presenti tre fasi; abuso di droghe senza dipendenza, dipendenza da droghe e psicosi da abuso.

³² In carcere la percentuale di soggetti che soffrono di ansia è del 7,7% del totale, contro il 2,4% delle persone libere secondo i dati ISTAT 2012 (ISTAT, *Indagine statistica multiscope sulle famiglie. Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (2012-2013)*, 2014).

³³ Si cerca di rimanere in isolamento per combattere la sofferenza.

quelli affettivi psicotici aumentano (2,5% fra i giovani dai 18 ai 29 anni, 7,5% fra gli ultracinquantenni).

Le condizioni di vita all'interno delle carceri e, in generale, lo stato detentivo possono portare i detenuti a due generi di atteggiamento, uno depressivo e l'altro aggressivo. Per questo motivo il problema del rischio suicidario³⁴ e di autolesionismo è strettamente collegato alla tutela della salute in carcere. Le cause e i fattori scatenanti sono molti. Innanzitutto la popolazione carceraria è composta da soggetti di per sé a rischio (giovani uomini, con dipendenze, con disturbi mentali o con precedenti tentativi di suicidio), a questo si somma il forte impatto dell'ingresso in carcere³⁵ (soprattutto per coloro che non hanno precedenti detenzioni), le crisi d'astinenza da sostanze, la consapevolezza della condanna e lo stress a cui questi sono quotidianamente sottoposti.

Ci sono anche dei momenti in cui gli episodi di autolesionismo e suicidio si presentano più frequentemente. Oltre al momento dell'ingresso hanno un impatto traumatico anche il momento dell'emissione della condanna per i detenuti in custodia cautelare, la traduzione in un altro istituto, l'esito negativo di un ricorso o, infine, di una richiesta di una misura alternativa.

Gli atti di autolesionismo sono più frequenti³⁶ dei casi di (tentato) suicidio; i primi possono derivare da fenomeni di psicosi o nevrosi, ma possono anche rappresentare dei mezzi di protesta o per richiedere attenzioni o benefici da parte dell'Amministrazione Penitenziaria. Gli atti autolesionistici spesso vengono reiterati e avvengono perlopiù con l'utilizzo di taglienti (60%), ingestione di corpi estranei o sciopero della fame³⁷.

Di fronte al disagio psichico una delle principali e immediate risposte del carcere è la somministrazione di farmaci (in base a una ricerca dell'associazione Antigone³⁸ gli psicofarmaci sono la categoria più venduta negli istituti penitenziari italiani). Questi rappresentano un mezzo altamente efficace per tenere sotto controllo i detenuti, soprattutto quelli a rischio suicidio, tuttavia non sembrano essere la

³⁴ Questo è un problema soprattutto femminile; il tasso tra le donne intervistate nell'indagine dell'ARS Toscana è del 1,4%, mentre fra gli uomini il tasso è dell'1%. Da un punto di vista etnico sembrano più inclini agli atti suicidari i nordafricani (2,6%), gli italiani invece sono l'1% e gli estereuropei lo 0,5%. È interessante notare che ben l'81% dei detenuti che hanno dichiarato un precedente tentativo di suicidio soffre di un disturbo psichico.

³⁵ Il trauma da ingresso può portare ad ansia, depressione, paura e frustrazione e aumenta con l'aumentare del divario tra lo stile di vita da libero e da detenuto.

³⁶ Secondo uno studio del DAP gli atti di autolesionismo nel 2013 sono stati 6.902, di cui il 64,5% compiuti da parte di detenuti stranieri (DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA, *Eventi critici negli istituti penitenziari*, 2013, Ministero della Giustizia).

³⁷ AGENZIA REGIONALE DI SANITÀ DELLA TOSCANA, *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, cit., pag. 185.

³⁸ L. ASTARITA, *Le modalità dell'assistenza psichiatrica nel carcere di Bologna*, in *Antigone*, 1, 2007, pagg. 91-103.

soluzione più adeguata per risolvere i problemi e i disagi psichici alla radice³⁹. Non sembra infatti inverosimile il passaggio da una tossicodipendenza a un'altra, ciononostante quasi nessun medico che si occupi della salute in carcere riconosce tale rischio e, solamente con molta timidezza, viene ammesso quello di contenimento farmacologico.

6. Conclusioni

La sentenza della Corte di Strasburgo nel caso Murray c. Olanda rappresenta l'ennesima testimonianza allarmante sulle condizioni di vita nelle carceri ed evidenzia ancora una volta come il diritto alla salute dei detenuti sia fondamentale, anche per il raggiungimento del fine rieducativo della pena, e come, purtroppo, nella realtà non sia sufficientemente tutelato dalle istituzioni penitenziarie e dai sistemi statali.

Inoltre, è ormai pacifico il fatto che, sebbene la pena detentiva preveda una limitazione della libertà personale, la salute debba comunque essere garantita e debba essere fornita la migliore assistenza possibile. Nel corso degli anni gli stati, soprattutto europei, hanno fatto molto per migliorare questo aspetto, tuttavia questi sforzi non sono stati omogenei in tutto il territorio. Si possono tuttora notare casi di clamorose violazioni dei diritti fondamentali in molte nazioni, come testimoniano, ad esempio, le sentenze della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

È vero che, molto spesso, le persone che entrano in carcere sono soggetti con uno stile di vita meno sano della maggior parte della popolazione e, dunque, più preposti alla malattia, tuttavia, è anche vero che il carcere, o meglio, un certo tipo di carcere, non migliora (qualora non peggiori) le loro condizioni di salute.

Ciò avviene in particolar modo per quella psichica; il carcere favorisce l'insorgenza di disturbi come ansia, nevrosi e reazioni di adattamento, soprattutto in soggetti che già soffrono di qualche disturbo della personalità.

Sicuramente il trattamento specifico di molte patologie in un contesto come quello penitenziario non è facile (il problema del sovraffollamento non fa che accentuare tale difficoltà), in quanto si rende necessario l'intervento di molte componenti (sanitario, sociale, penitenziario, giudiziario, politico).

Tuttavia, nonostante le difficoltà nel realizzare pienamente la tutela del diritto alla salute mentale dei detenuti, questa rimane uno degli aspetti che le istituzioni penitenziarie devono maggiormente prendere in considerazione.

³⁹ Le testimonianze di alcuni medici che operano in carcere sono piuttosto emblematiche: *"C'è un elemento fondamentale che è l'ozio, il padre della necessità di utilizzare gli psicofarmaci. In qualche modo la gente deve passare il tempo, allontanarsi dai problemi, e quindi tende a stonarsi anche con i farmaci. Spesso è difficile dirgli di no", "È ovvio che se l'unica proposta è il farmaco, non ci si occupa della salute ma li si tiene buoni. Se mi devo occupare della salute devo creare nuove proposte, e per creare proposte mi servono risorse, quantomeno umane"* (C. CHERCHI, *La salute detenuta. Un'indagine sulla sanità penitenziaria in Emilia-Romagna*, tesi di laurea in Giurisprudenza, Università degli Studi di Bologna, a.a. 2012-2013, pagg. 97-98).

Il benessere psichico è infatti in grado di ridurre (o perlomeno di alleviare) le numerose esigenze ed emergenze della vita in carcere.

Un investimento nella tutela della salute psichica dei detenuti costituisce dunque un investimento sul miglioramento del carcere stesso.