

— L'Italia assolve, Strasburgo condanna

La tragedia dei suicidi in carcere esige riforme a tutela delle persone affette da disagio psichico.

Riflessioni in margine alla sentenza Cedu, sez. I, Citraro e Molino c. Italia del 4 giugno 2020

Italy acquits, Strasbourg condemns

The tragedy of prisoners' suicides requires law reforming to ensure a better protection to detainees dealing with mental-health issues. Some thoughts on ECHR, Sec. I, June, 4th, judgment Citraro e Molino c. Italia

di Fabio Fiorentin

Abstract. *L'articolo propone alcune riflessioni sulla sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo sul caso di un detenuto italiano suicida in carcere, evidenziando la natura strutturale del problema e la necessità di una riforma dell'assistenza delle persone detenute affette da problematiche mentali.*

Abstract. *The article proposes some thoughts on the ECHR judgment on the case of an Italian detenee that committed suicide in prison, enlighting the strucutral nature of the problem, requiring a law reforming to protect prisoners dealing with mental-health issues.*

SOMMARIO: 1. «Il re è nudo!» – 2. La valutazione della Corte europea impone uno *standard* di diligenza particolarmente elevato. – 3. Parametri di *due diligence* di fronte al rischio per il bene-vita. Una giurisprudenza "escatologica". – 4. L'assistenza sanitaria psichiatrica in ambito penitenziario A.D. 2020. – 5. Il malessere profondo del carcere: una patologia sistemica che richiede un radicale intervento riformatore.

SUMMARY: 1. «The king is naked!» – 2. The evaluation of the European Court imposes a particularly high standard of diligence. – 3. Parameters of due diligence in the face of risk for the value of life. An "eschatological" jurisprudence. – 4. Psychiatric healthcare in the penitentiary setting A.D. 2020. – 5. The deep malaise of prison: a systemic pathology that requires radical reform intervention.

1. «Il re è nudo!»

La condanna pronunciata dalla Corte di Strasburgo il 4 giugno scorso contro l'Italia è stata oggetto di ben poca attenzione sulle riviste di settore e sui portali giuridici, solitamente ricchi di commenti e contributi sulle ultime novità giurisprudenziali¹. Si può dire, anzi, che la sentenza *Citraro*, come una sorta di meteora, abbia percorso una veloce traiettoria attraverso il campo visivo degli osservatori specializzati per poi essere risospinta lontano dalla forza centripeta dei molti altri problemi che quotidianamente assorbono l'attenzione e le energie degli addetti ai lavori. Una sentenza per pochi intimi, insomma.

Questo *deficit* di attenzione rispecchia molto bene l'analogo atteggiamento che – da molto tempo ormai – circonda le problematiche del carcere e della vita detentiva.

Se, infatti, lo sfortunato epilogo del cammino riformatore dell'ordinamento penitenziario, avviato con gli Stati Generali nel 2015, proseguito con la promulgazione della legge-delega n. 103/17² e con i lavori della "Commissione Giostra" nel 2017³ e conclusosi mestamente con la "riforma dimezzata" recata dai decreti attuativi del 2018⁴, aveva almeno suscitato un moto di reazione ideale della magistratura, analogo afflato non ha contraddistinto il dibattito politico.

L'imponente elaborazione della giurisprudenza costituzionale degli ultimi tre anni rende, infatti, plastica testimonianza dello sforzo di "messa a regime costituzionale" avviato dalla magistratura di sorveglianza e dalla Prima sezione della Cassazione, in molti casi sviluppatosi proprio a partire dalle proposte contenute nei lavori degli Stati Generali e

¹ Per una prima sintesi della vicenda e della decisione della Corte pubblicata su questa rivista, v. S. Arcieri, *Accolta la richiesta dei genitori del detenuto suicida. La condanna della CEDU, vent'anni dopo*, 1 luglio 2020.

² Legge-delega 23 giugno 2017, n. 103, recante *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*, su cui v., tra i molti, A. Marandola, T. Bene, *La riforma della giustizia penale*, Giuffrè, 2017.

³ Gli atti della Commissione e la proposta di modifica normativa allegata sono consultabili in Commissione Giostra, *Il Progetto di riforma penitenziaria*, Nuova Editrice Universitaria, 2019, p. 227.

⁴ Si tratta dei d.lgs. 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*; d.lgs. 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 e d.lgs. 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*.

nell'articolato progetto di riforma dell'ordinamento penitenziario proposto agli interlocutori istituzionali dalla "Commissione Giostra" e da questi ultimi disatteso⁵.

Nulla, invece, sul versante legislativo e poco su quello amministrativo per il miglioramento delle condizioni di vita negli istituti penitenziari. *Maiora premunt*.

Così, anche la morte del detenuto Antonio Citraro, risalente al 2001, seguita da una scia di morti di carcere pressoché ininterrotta (che ha riguardato, per inciso, anche molti agenti di Polizia penitenziaria)⁶, rischia di restare una dolorosa testimonianza delle gravi carenze strutturali del carcere – evidenziate, tra l'altro, anche dalle organizzazioni sindacali della Polizia penitenziaria oltre che dai molti osservatori esterni⁷ – ascritta a quella categoria di eventi in qualche modo "inevitabili" ai quali è meglio rassegnarsi, non potendo e non volendo porvi rimedio.

Senonché l'Italia ha, per sua libera scelta, optato per fare parte di un circolo ristretto di Stati (molto ristretto, se lo si guarda nella prospettiva mondiale) che ha fatto del rispetto – e del rispetto intransigente – dei diritti fondamentali un vessillo valoriale attorno al quale fondare l'idea stessa di un'Europa che stenta a ritrovarsi attorno a ideali condivisi.

Ecco la contraddizione profonda messa impietosamente in luce dalla Corte di Strasburgo nel giudicare l'Italia per la morte del detenuto Citraro. Un po' come se i giudici alsaziani avessero gridato all'indirizzo del nostro Paese: «Il re è nudo!», svelando l'ipocrisia della pretesa di sedere nel consesso delle nazioni i cui ordinamenti sono ispirati a principi di civiltà giuridica senza però essere disposti a pagarne il pur necessario prezzo.

⁵ Senza pretese di esaustività, si possono ricordare: la sentenza n. 41 del 2018 (che ha portato a quattro anni il limite di pena che consente la sospensione dell'ordine di carcerazione ai sensi del comma 5, art. 656 c.p.p.); la n. 76 del 2017 (che ha soppresso, per il genitore di prole di età inferiori a dieci anni, nel caso di condannati per un reato di cui all'art. 4-bis o.p., l'obbligatorietà dell'espiazione in carcere della quota di pena necessaria all'ammissione alla detenzione domiciliare speciale); la n. 149 del 2018 (che ha censurato la previsione per cui il condannato all'ergastolo per il delitto di sequestro di persona a scopo di estorsione che abbia cagionato la morte del sequestrato non è ammesso ai benefici penitenziari se non abbia effettivamente espiaio almeno ventisei anni di pena); la n. 174 del 2018 (che ha eliminato le preclusioni all'accesso al beneficio dell'assistenza all'esterno dei figli minori) e, fra le più recenti, la n. 99 del 2019 (che ha aperto la strada alla concessione della detenzione domiciliare per i condannati affetti da infermità psichica sopravvenuta nel corso dell'esecuzione), la n. 187 del 2019 (che ha dichiarato illegittima la preclusione triennale all'accesso alla detenzione domiciliare "speciale" e ordinaria nei casi delle lett. a) e b) dell'art. 47-ter o.p., stabilita dai commi 1, 2 e 3 dell'art. 58-*quater* o.p. per coloro nei cui confronti è stata disposta la revoca di uno dei benefici indicati nel comma 2 dello stesso art. 58-*quater*); la n. 253 del 2019, che ha superato *in parte qua* gli automatismi preclusivi posti dal c.d. "doppia binario penitenziario"; la n. 18 del 2020 (che ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 47-*quinquies*, comma 1, o.p., nella parte in cui non prevede la concessione della detenzione domiciliare speciale anche alle condannate madri di figli affetti da handicap grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104). Si veda, da ultimo, la sentenza n. 74 del 2020 in materia di semilibertà "surrogatoria" dell'affidamento in prova.

⁶ Si veda al proposito il XVI Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione, *Il carcere al tempo del coronavirus*, p. 36.

⁷ *Ibidem*.

2. La valutazione della Corte europea impone uno *standard* di diligenza particolarmente elevato.

La pronuncia della Prima sezione della Corte europea del 4 giugno 2020 condanna l'Italia per violazione dell'art. 2 della Convenzione dei Diritti dell'Uomo⁸.

L'*incipit* della evocata disposizione testualmente recita: «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge [...]». Nell'interpretazione della Corte tale principio copre non solo la tutela dei cittadini rispetto alle condotte degli Stati intenzionalmente dirette a provocare la morte, ma implica, altresì, un obbligo positivo, indirizzato agli Stati membri, che sono chiamati a introdurre tutte le misure necessarie ad assicurare la protezione della vita delle persone che – a vario titolo – sono sottoposte alla potestà organizzativa statale.

Si tratta di un principio posto a tutela sia delle persone libere (ad es. i ricoverati presso un ospedale, i cittadini che servono il Paese nelle Forze armate, etc.) che di quelle private della libertà personale, nei cui confronti, anzi, esso è declinato in termini ancor più cogenti proprio per la particolare condizione di tali soggetti, fortemente incisi nella propria sfera personale dalle limitazioni connesse all'esecuzione della pena o di una misura di sicurezza⁹.

Tale stringente obbligo viene esaminato – nel caso affrontato dalla Corte – con riferimento al rischio suicidario delle persone ristrette in carcere e viene in rilievo in tutti i casi in cui l'autorità pubblica fronteggi situazioni dalle quali si genera «un rischio reale e immediato» che il detenuto possa commettere atti autosoppressivi.

La violazione convenzionale è integrata se l'autorità preposta, a fronte di elementi dai quali si possa inferire la sussistenza di un rischio concreto di gesti autolesivi (la sentenza enumera, esemplificativamente, la presenza di anamnesi positiva per disturbi della sfera psichica, precedenti specifici, ideazioni suicidarie già espresse dal soggetto, etc.), non adotti tutte le «misure ragionevolmente utili» a prevenire la verifica dell'evento anticonservativo.

Si noti che lo stigma della Corte europea è tutto per lo Stato-amministrazione: nulla trovano da eccepire, a Strasburgo, sul versante dell'accertamento giudiziale e i giudici europei chiariscono che lo Stato italiano non ha violato, sotto il profilo procedurale, l'art. 2 CEDU, poiché le indagini e il processo svoltisi in Italia sulle cause della morte di Citraro e

⁸ Per un *insight* sulla tutela dei diritti fondamentali nell'elaborazione della CEDU si rinvia a P. Pinto de Albuquerque, *I diritti umani in una prospettiva europea*, a cura e con un saggio di D. Galliani, Giappichelli, 2016.

⁹ Non deve necessariamente trattarsi di detenuti per ragioni di giustizia: si veda, infatti, la sentenza della CEDU, *Grande Chambre, Fernandes de Oliveira c. Portugal*, 31 gennaio 2019, che riguarda una persona volontariamente ricoverata presso un reparto ospedaliero psichiatrico (la pronuncia è citata da F. Gianfilippi, *Citraro e Molino c. Italia. La responsabilità dello Stato per la vita delle persone detenute ed un suicidio di venti anni fa*, in *Giustizia Insieme*, Rivista web, 7 luglio 2020). In senso analogo v. Corte edu, *Bouyid v. Belgium*, 28 settembre 2015 (ric. n. 23380/09), § 107. Anche per la Corte costituzionale lo stato di detenzione «il cui dato distintivo è la precarietà degli individui, derivante dalla mancanza di libertà, in condizioni di ambiente per loro natura destinate a separare dalla società civile» impone oneri di speciale protezione della dignità e dei diritti (Corte cost., sentenza n. 26 del 1999, § 3.1.).

la verifica circa le eventuali responsabilità, anche di tipo omissivo, da parte delle autorità competenti è stata scrupolosa e fondata sulla volontà di accertare la verità sulle circostanze del decesso¹⁰.

Le censure della CEDU si concentrano, dunque, sulla condotta dell'amministrazione penitenziaria. Sul versante europeo il livello di *due diligence* imposta all'amministrazione è molto più elevato dei parametri di valutazione adottati in sede domestica, tanto che la responsabilità dello Stato è affermata nonostante la Corte riconosca che la direzione penitenziaria fosse a conoscenza delle condizioni psichiche del detenuto ed avesse adottato alcune cautele specifiche atte a prevenire eventuali condotte autosoppressive.

L'asticella di Strasburgo è, dunque, posta a un livello alto, molto alto: è stigmatizzato il tempo – giudicato troppo lungo – intercorso tra la decisione del magistrato di sorveglianza che autorizzava il trasferimento del Citraro in un luogo di cura esterno al carcere e il decesso di quest'ultimo; viene criticata la decisione assunta dalla direzione di trasformare la sorveglianza «a vista» del detenuto nella «grandissima sorveglianza» (che implica comunque un'assidua vigilanza da parte del personale di Polizia penitenziaria) e non resta esente da rilievi neppure la decisione di non rimuovere la barricata e le schermature alle finestre, realizzate dal detenuto, anche se viene riconosciuto, alla base di quella decisione, l'intento di evitare ulteriori traumi al soggetto, già fortemente instabile. È censurata anche la circostanza che lo psichiatra non avesse visitato quotidianamente il detenuto (la presenza dello specialista si era limitata ad alcune giornate), in contrasto con quanto auspicato dal Comitato Europeo per la Prevenzione della Tortura e dei trattamenti inumani o degradanti (C.P.T.) nelle Regole penitenziarie europee¹¹ e nelle Raccomandazioni del Comitato dei ministri del Consiglio d'Europa («sarebbe stato necessario prevedere delle consulenze psichiatriche quotidiane») e che lo specialista non fosse sempre la stessa persona fisica¹².

3. Parametri di *due diligence* di fronte al rischio per il bene-vita. Una giurisprudenza "escatologica".

La pronuncia della Corte europea porta nuovamente alla ribalta il tema della salute in ambito detentivo, operando alla sua maniera, con gli strumenti, cioè, della Convenzione edu che non tutela espressamente tale diritto fondamentale, il cui rispetto viene garantito attraverso il riferimento a disposizioni convenzionali che presidiano altri diritti. A volte (come nel caso qui in esame) viene in rilievo il diritto alla vita (art. 2 CEDU), altre volte si

¹⁰ Non si tratta affatto di un passaggio scontato: la Corte è, infatti, molto attenta nel saggiare l'effettività e adeguatezza delle indagini condotte dalle autorità per accertare cause e responsabilità dei decessi in carcere. Tra le molte, si richiama Corte edu, sez. V, 4 febbraio 2016, *Isenc v. France*, ove si afferma la responsabilità dello Stato francese ai sensi dell'art. 3 CEDU tanto sotto il profilo sostanziale, per la riscontrata assenza di un adeguato supporto psicologico ad un soggetto caratterizzato da una notevole instabilità psichica; quanto sotto il profilo procedurale, in quanto, a seguito del decesso del detenuto, non risultano essere state condotte dalle autorità francesi indagini adeguate allo scopo di accertare e chiarire l'effettivo svolgimento dei fatti.

¹¹ Cfr. Consiglio d'Europa, *European Prison Rules – Rec(2006)2*, 11 gennaio 2006.

¹² V. i § 46 e 90 del sentenza in commento.

evoca il rispetto della vita privata e familiare (art. 8 CEDU), molto spesso si guarda all'art. 3 CEDU, che vieta i trattamenti detentivi inumani e degradanti.

Nel caso delle persone detenute, è proprio il riferimento alla dignità umana a essere più frequentemente invocato, nel senso che – come hanno affermato i giudici europei con ormai consolidata giurisprudenza¹³ – la situazione del detenuto la cui malattia non sia adeguatamente curata in carcere arreca alla persona ristretta un *surplus* di afflizione che, sommandosi alla sofferenza psicologica della detenzione, integra un trattamento contrario al senso di umanità tale da ledere la stessa dignità umana¹⁴.

La sentenza *Citraro* opta per un approccio – per così dire – diretto al cuore della questione: ritiene assorbito il profilo della violazione dell'art. 3 CEDU dalla rilevata violazione dell'art. 2 della Convenzione. La vita, insomma, vale più della dignità.

La scelta non rileva solo sotto l'aspetto assiologico ma esprime, probabilmente, la volontà di mandare un segnale di particolare attenzione alla situazione di coloro che – vivendo un'esperienza detentiva – rappresentano agli occhi della Corte dei soggetti particolarmente vulnerabili¹⁵ ed implica – per tale ragione – un approccio ancor più rigoroso alla valutazione dei profili di responsabilità delle figure istituzionali coinvolte nella vicenda.

Pur premettendo, infatti, che in questi casi, dovendosi «stabilire se le autorità abbiano fatto tutto quanto poteva ragionevolmente attendersi da esse per prevenire il rischio di suicidio», occorre interpretare tale obbligo «in maniera da non imporre alle autorità un onere insostenibile o eccessivo e che qualsiasi minaccia presunta contro la vita non obbliga le autorità, in riferimento alla Convenzione, ad adottare misure concrete per prevenirne la realizzazione», nella fattispecie la valutazione sull'operato dell'amministrazione è particolarmente severa.

Colpiscono, al proposito, le censure rivolte dalla Corte all'intervento dello psichiatra (la CEDU stigmatizza il fatto che il detenuto non sia stato sottoposto a visita ogni giorno e che il medico non fosse sempre la medesima persona), alla decisione assunta dalla

¹³ Per un approfondimento sul tema della dignità umana quale diritto fondamentale nella giurisprudenza europea v. A. Di Stasi, *Human Dignity as a Normative Concept. Dialogue Between European Courts (ECtHR and CJEU)?*, in P. Pinto de Albuquerque e K. Woytyczek, *Judicial Power in a Globalized World*, Springer Ed., 2019, pp. 115 ss.

¹⁴ V., tra le molte, Corte edu, 22 aprile 2014, G.C. c. *Italia*, §53: «S'agissant en particulier des personnes privées de liberté, l'article 3 de la Convention impose à l'État l'obligation positive de s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions compatibles avec le respect de la dignité humaine, que les modalités d'exécution de la mesure ne soumettent pas l'intéressé à une détresse ou une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis (*Kudła c. Pologne [GC]*, no 30210/96, § 94, CEDH 2000 XI, et *Riviere c. France*, no 33834/03, § 62, 11 juillet 2006). Ainsi, le manque de soins médicaux appropriés, et, plus généralement, la détention d'une personne malade dans des conditions inadéquates, peut en principe constituer un traitement contraire à l'article 3 de la Convention (voir, par exemple, *İlhan c. Turquie [GC]*, no 22277/93, § 87, CEDH 2000 VII, et *Gennadi Naoumenko*, précité, § 112). Outre la santé du prisonnier, c'est son bien-être qui doit être assuré d'une manière adéquate (*Mouisel*, précité, § 40)».

¹⁵ Così, esplicitamente, il § 72 della sentenza in analisi. Negli stessi termini, v. anche Corte Edu, sez. V, 4 febbraio 2016, *Isenc v. France*, cit.

direzione di seguire le indicazioni dei sanitari di ridurre il livello di sorveglianza sul detenuto e alla scelta di non agire con la forza per liberare l'ingresso della cella, e ciò al fine di evitare che la situazione peggiorasse, sulla base della recisa affermazione, da parte della Corte, che «il parere dello psichiatra non era vincolante».

Tale asserto, pur vero in astratto se si vuol intendere che la decisione finale spettava comunque all'organo di vertice dell'istituto, addossa tuttavia in capo alla direzione penitenziaria un livello di responsabilità particolarmente elevato e tale da sconfinare nella responsabilità oggettiva: infatti, per superare indenne il vaglio della Corte europea, la direttrice del carcere avrebbe dovuto – viene da chiedersi su quali basi – disattendere il parere dei sanitari adottando misure che, *ex ante* e in concreto, apparivano, secondo il parere degli esperti, suscettibili di aggravare lo squilibrio del detenuto accelerando dunque l'evoluzione infausta della vicenda e che avrebbero, oltretutto, messo in pericolo l'incolumità degli agenti ai quali fosse stato ordinato di irrompere nella cella ove il detenuto si era barricato.

Davvero siamo ancora nel campo delle «ragionevoli misure» che è lecito attendersi dagli organi dello Stato, soprattutto considerando la situazione di emergenza in cui la direzione si è trovata a operare? Le scelte adottate dalla direzione sono state giudicate in una prospettiva *ex ante* e in concreto, alla luce dell'eccezionalità della situazione, difficilmente standardizzabile con protocolli operativi *ad hoc*, stante l'estrema variabilità soggettiva dei casi psichiatrici e della enorme difficoltà di gestione dei medesimi in ambito penitenziario?

Il cambio di registro sembra evidente rispetto alla recente giurisprudenza europea che – ad es. – ha affermato, in un caso relativo a detenuto deceduto in seguito a prolungato «sciopero della fame»:

«non integra gli estremi del trattamento inumano e degradante, e dunque non costituisce violazione dell'art. 3 Cedu, la mancata vigilanza, nonché la mancata adozione di specifiche scelte trattamentali da parte delle autorità penitenziarie in ordine all'evoluzione delle condizioni di salute di un detenuto durante un periodo di volontaria privazione di cibo, iniziato dal detenuto prima di darne formale comunicazione, trattandosi di una patologia del tutto imprevedibile ed essendosi gli operatori attenuti in modo preciso alle indicazioni fornite dalle autorità penitenziarie per la gestione dei detenuti in sciopero della fame, e risultando dunque le predette misure idonee a garantire il rispetto del fondamentale principio di cui all'art. 3 Cedu, il quale, se certamente impone allo Stato di adottare delle misure idonee a tutelare la salute dei soggetti sottoposti a restrizione della libertà personale, tuttavia non può essere inteso nel senso di determinare il sorgere della responsabilità dello Stato a fronte di una qualsivoglia tipologia di danno che tali soggetti subiscano»¹⁶.

Anche i ritardi nell'adozione degli interventi terapeutici non sempre sono stati ritenuti violazione convenzionale¹⁷. Un indirizzo della giurisprudenza di Strasburgo ha

¹⁶ Corte Edu, sez. V, ric. n. 72126/14, 16 novembre 2017, *Ceesay v. Austria*.

¹⁷ Corte Edu, sez. II, 9 settembre 2014, *Carrella c. Italie*, ove la Corte ha ritenuto che, nonostante le precarie condizioni di salute del ricorrente, non sussistesse violazione dell'art. 3 CEDU sotto il profilo sostanziale, in

anche affermato che il rispetto dell'art. 3 della Convenzione «non implica che sia garantito ad ogni detenuto lo stesso livello di cure mediche assicurato dai migliori istituti di cura esterni all'ambiente carcerario [...]. Peraltro, quando si tratta di valutare le cure mediche adeguate, bisogna tenere presenti le esigenze pratiche della carcerazione»¹⁸.

L'impressione è, in definitiva, che la sentenza *Citraro* si muova in una prospettiva – per così dire – “escatologica” rispetto ad una valutazione pragmatica dell'esistente, adottando quale parametro di responsabilità dello Stato criteri ancor più rigorosi di quelli utilizzati dalla giurisprudenza domestica, modelli probatori a base presuntiva sfavorevoli all'accusato e fonti di *soft law*, il cui contenuto entra sempre più spesso e sempre più esplicitamente nella giurisprudenza di Strasburgo¹⁹.

Su questi cruciali profili della vicenda emerge la contraddittorietà oggettiva tra l'esito processuale che, in Italia, ha visto assolvere, nel procedimento penale instaurato a Messina, la direttrice dell'istituto penitenziario, lo psichiatra e sei agenti penitenziari per non aver impedito il suicidio di Citraro e la condanna che la Corte di Strasburgo – per lo stesso fatto – infligge all'Italia.

Certamente i giudici di Strasburgo, essendo chiamati ad accertare la responsabilità convenzionale dello Stato, possono adottare regole di giudizio sfavorevoli all'imputato e prove legali la cui consistenza i procedimenti penali interni ben difficilmente potrebbero tollerare qualora si trattasse di giudicare sulla responsabilità penale di un individuo²⁰.

4. L'assistenza sanitaria psichiatrica in ambito penitenziario A.D. 2020.

La censura europea si abbatte su un sistema già fortemente in crisi. Come è noto, con D.P.C.M. 1 aprile 2008²¹ si è attuato il passaggio della sanità penitenziaria alla competenza del Ministero della Salute e delle Regioni, operando il riordino della medicina

quanto le competenti autorità, sebbene con alcuni ritardi, avevano adempiuto il loro obbligo di tutelare l'integrità fisica del detenuto ricorrente mediante controlli medici adeguati.

¹⁸ Corte Edu, sez. II, 29 gennaio 2013, *Prestieri c. Italia*, § 70.

¹⁹ La sentenza *Citraro* richiama, infatti, in particolare alle *Norme penitenziarie europee*, recentemente aggiornate come segnala anche F. Gianfilippi, *Citraro e Molino*, cit. (*Recommendation Rec (2006)2-rev of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules revised and amended by the Committee of Ministers on 1 July 2020*). Dal punto di vista del diritto internazionale, vengono, altresì, in rilievo principalmente, la Carta dei diritti fondamentali dell'UE (art. 35), le affermazioni contenute nella Risoluzione del Parlamento europeo del 15.12.2011 sulle condizioni detentive nell'UE (punto 8) e le *United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* – “the Mandela Rules” adottate dall'Assemblea generale dell'ONU a Vienna il 17 dicembre 2015.

²⁰ L'osservazione è ispirata all'analogo rilievo portato, con riferimento al vaglio delle ipotesi di lesione dell'art. 3 CEDU in materia di tortura e trattamenti inumani e degradanti, da S. Carnevale, in *Tortura e maltrattamenti in carcere: i presidi di diritto processuale e penitenziario a supporto degli strumenti sostanziali*, relazione tenuta al convegno organizzato dall'Associazione Franco Bricola e dal Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Ferrara, *Nulla è cambiato? Riflessioni sulla tortura*, Ferrara, 9 e 10 marzo 2018.

²¹ V. l'art. 2, commi 283 e 284 della l. 24 dicembre 2007 n. 244 e il D.P.C.M. 1 aprile 2008, recante *Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*. Sull'assetto precedente alla riforma, v. C. Fiorio, *Libertà personale e diritto alla salute*, Cedam, 2002, pp. 98 ss.

penitenziaria nell'intento di allineare le prestazioni sanitarie assicurate ai detenuti a quelle disponibili per gli altri cittadini secondo le linee-guida del d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230²².

Sul versante della cura dei "folli rei", inoltre, il superamento definitivo degli ospedali psichiatrici giudiziari è avvenuto con la l. n. 81/14, che ha visto la progressiva istituzione delle nuove REMS, strutture a completa gestione sanitaria operanti a partire dal 2015 e il fiorire di numerosi accordi, protocolli, intese tra enti territoriali e Provveditorati regionali e con gli istituti penitenziari nonché di circolari del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, che non hanno, tuttavia, sortito effetti apprezzabili nel limitare la progressiva crescita del numero di gesti autolesionistici e suicidari all'interno delle carceri.

Le gravi criticità operative emerse sul fronte dell'assistenza sanitaria e psichiatrica delle persone detenute hanno indotto il legislatore, con l'art. 1, comma 85, lettera l) della legge-delega n. 103/17 in materia di riforma dell'ordinamento penitenziario a inserire, tra i principi e criteri direttivi la «revisione delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposto dal già ricordato decreto legislativo 230/99, tenendo conto della necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena». Il delegante individuava due priorità ritenute meritevoli di intervento: il potenziamento degli strumenti per la cura e l'assistenza dei condannati affetti da infermità psichica e l'armonizzazione delle disposizioni della l. n. 354/75 con le disposizioni sul riordino della "medicina penitenziaria".

La riforma – attuando solo parzialmente il criterio direttivo di cui alla lett. l) della delega penitenziaria – ha perseguito l'obiettivo di elevare il livello di tutela della salute in ambito detentivo e di allineare le disposizioni della legge di ordinamento penitenziario a quelle contenute nell'art. 1 del d.lgs. n. 230/99. Resta, invero, fuori dall'intervento riformatore la delicata materia dell'assistenza e gestione dei soggetti psichiatrici e che pure aveva trovato posto nella prima versione del decreto attuativo.

²² D.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, *Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge legge 30 novembre 1998, n. 419*. L'art. 1 del d.lgs. 230/99 prevede, infatti, che «i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate». Il richiamato d.lgs. ha inoltre indicato le linee di indirizzo per il riordino del servizio sanitario penitenziario stabilendo che alle Aziende unità sanitarie locali sono affidate la «gestione» e il «controllo» dei servizi sanitari negli istituti penitenziari (art. 3 comma 3); al Ministro della Sanità le competenze «in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari» (art. 3 comma 1); alle Regioni le «competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari» e il «controllo sul funzionamento dei servizi medesimi» (art. 3 comma 2). Quanto all'amministrazione penitenziaria, questa ha il compito di segnalare la mancata osservanza delle disposizioni di legge (art. 3 comma 4); al direttore dell'istituto è attribuito il compito di disciplinare il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale (art. 4 comma 2). A decorrere dal 1° gennaio 2000 avrebbero dovuto essere trasferite al Servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riguardo ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti (art. 8 comma 1). Il trasferimento effettivo delle competenze alla erogazione dei servizi alle ASL si è completato solo con la l. 24 dicembre 2007, n. 244, alla quale hanno fatto seguito il D.P.C.M. 1° aprile 2008 (su cui v. nota prec.) e le *Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*. In queste ultime, in particolare, si individuano percorsi di prevenzione e cura e modelli organizzativi per la ristrutturazione dei servizi esistenti al fine di adeguare le prestazioni in ambito sanitario ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza adottati per la popolazione italiana.

In particolare, con il d.lgs. n. 123/18, parzialmente attuativo della delega penitenziaria, è stata soppressa la previsione del comma 1, art. 11 o.p., ove si prevedeva che ogni istituto dispone dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria e non è stata recepita la proposta di modifica in materia di c.d. "visita di primo ingresso" (art. 11, comma 7, o.p.) con cui si stabiliva che tale visita dovesse essere effettuata con l'ausilio del presidio psichiatrico e del servizio per le dipendenze, per accertare non solo la presenza di eventuali malattie fisiche ma anche di infermità psichiche, problematiche di dipendenza e al fine di prevenire atti di autolesionismo.

Si è trattato di un grave errore politico poiché la carenza dell'attuale disposizione, alla luce del numero – purtroppo sempre crescente – di detenuti nuovi giunti che manifestano segnali di disagio psichico o psicologico e problematiche di dipendenza da alcol o sostanze stupefacenti, accresce le difficoltà di diagnosi e gestione dei casi psichiatrici nel contesto penitenziario, che dovrebbe intervenire in un momento il più possibile prossimo all'ingresso del "nuovo giunto" nel contesto penitenziario, così da consentirne la più idonea presa in carico.

Ma c'è di più: con una criticabile omissione, il testo vigente dell'art.11 o.p. non prevede più – a differenza di quanto stabiliva il comma 7 della precedente versione – che, in caso di sospetto di malattia psichica, sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale²³.

Al dunque, per i soggetti psichiatrici, valgono ancora i "vecchi" strumenti della permanenza in sezioni c.d. "articolazioni per la salute mentale" – che, in molti casi, differiscono ben poco dalle sezioni detentive ordinarie – e dei "reparti di osservazione" istituiti ai sensi dell'art. 112 del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (d.P.R. 30 giugno 2000, n.230). Entrambe tali soluzioni sono state realizzate in numero esiguo ed insufficiente a rispondere in tempi adeguati alle necessità.

Unico dato positivo – ancora una volta propiziato dalla Prima sezione della Corte di cassazione e non certo da un legislatore ottusamente sordo al "grido di dolore" che si leva dal carcere – è la sentenza n. 99 del 19 aprile 2019²⁴, con cui la Corte costituzionale, pronunciandosi sulla legge di ordinamento penitenziario (l. 26 luglio 1975, n. 354), supera un profilo critico della disciplina in materia di detenzione domiciliare c.d. "surrogatoria" del differimento della pena, dichiarando incostituzionale il comma 1-ter, art. 47-ter della l. n. 354/75 nella parte in cui tale disposizione non prevede la possibilità di applicare la detenzione domiciliare in deroga agli ordinari limiti di pena e di tipologia di reato nelle ipotesi di ricorrenza di una patologia psichica sopravvenuta al condannato dopo la sentenza di condanna.

Con tale pronuncia, la Consulta, rispondendo alle sollecitazioni della Cassazione veicolate con l'ordinanza di rimessione evoca, altresì, la giurisprudenza della Corte

²³ Su tali profili si rinvia a A. Mangiaracina, sub *art. 11*, in F. Fiorentin, F. Siracusano (a cura di), *Esecuzione Penale*, Coll. "Le Fonti", Giuffrè, 2019, pp. ss.

²⁴ Corte cost., sentenza n. 99 del 2019, cit. in nota 5.

europea dei diritti dell'uomo espressasi in materia di tutela della dignità umana²⁵. Il dialogo tra le Corti – quando avviene tra uomini di buona volontà – porta sempre a risultati positivi.

Il *dictum* costituzionale “recepisce” una delle proposte attuative contenute nella legge-delega 103/2017 in materia di riforma dell'ordinamento penitenziario che, invece, non aveva trovato spazio nello schema di decreto definitivamente approvato e trasfuso nel già ricordato d.lgs. 123 del 2 novembre 2018, seguendo il destino di molte delle altre proposte elaborate dalla Commissione ministeriale istituita nel luglio del 2017 presso il Ministero della giustizia (c.d. “Commissione Giostra”) e lasciate cadere dal nuovo Esecutivo.

L'applicazione della misura domiciliare a vocazione spiccatamente terapeutica, resa possibile per effetto della sentenza costituzionale, costituisce uno strumento di grande flessibilità e utilità, poiché consente di collocare il “reo folle” in un contesto solo parzialmente segregante e idoneo alla possibilità di predisporre gli idonei programmi di sostegno e cura della patologia psichiatrica oltre a favorire, ove possibile, percorsi di reinserimento attraverso tirocini lavorativi o di formazione e lavoro.

5. Il malessere profondo del carcere: una patologia sistemica che richiede un radicale intervento riformatore.

La drammatica situazione che la sentenza *Citraro* impone di affrontare *funditus* nasce dall'oggettivo fallimento della gestione “penitenziaristica” dei detenuti affetti da disabilità psichiche. Tale problematica subisce un effetto moltiplicatore a causa della diffusa situazione di degrado strutturale in cui versano molti istituti penitenziari, delle carenze di personale specializzato per l'assistenza psichiatrica e del generale scadimento delle condizioni materiali di vita all'interno degli stabilimenti penitenziari, frutto di una colpevole disattenzione della politica e di una “politica della lèsina” che – nel nome di risparmi di spesa – si è illusa di sostituire risorse umane e materiali con pile di circolari sempre più fantasiosamente astruse e inefficaci. I risultati sono sotto gli occhi di tutti: mancano direttori, educatori, psicologi, personale di Polizia penitenziaria. Gli istituti sono spesso sono fatiscenti, strutturalmente obsoleti, sovraffollati. Le opportunità di lavoro e di formazione non vengono finanziate.

Come si apprende dagli organi di stampa, i casi di gesti autolesivi sono più di 1.000 all'anno e, ad oggi, i suicidi in carcere hanno raggiunto il numero di 27 persone²⁶; è di pochi giorni la notizia di un nuovo suicidio, nel carcere di Prato, di un giovane straniero di 23 anni, senza alcun riferimento familiare in Italia²⁷.

²⁵ La Consulta richiama espressamente le sentenze della Corte EDU, Seconda sezione, 17 novembre 2015, *Bamouhammad v. Belgium*, paragrafo 119, e Corte EDU, GC, 26 aprile 2016, *Murray v. The Netherlands*, paragrafo 105.

²⁶ Si veda *Morire di carcere: dossier 2000-2020*, pubblicato sul portale *Ristretti*.

²⁷ Si veda l'articolo *Prato, si suicida un giovane detenuto*, apparso su *La Repubblica*, 28 maggio 2020, cronaca di Firenze.

Giova ribadirlo, il malessere riguarda anche il personale che lavora negli istituti e, in particolar modo, gli agenti di Polizia penitenziaria, nel cui ambito il tasso di suicidi è – in modo allarmante – superiore alla media nazionale²⁸.

Insomma, il fenomeno è strutturale e come tale dovrebbe essere affrontato.

Nella sua *Relazione al Parlamento 2020*, il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, censura l'assenza di una cultura di intervento che porta a considerare la patologia psichica «come la figlia di un Dio minore nel campo della malattia: una sofferenza considerata a tratti inconsistente, a tratti “colpevole” e in, ogni caso, non meritevole di una soluzione»²⁹.

La mancanza di una *vision* generale, di una prospettiva riformatrice di ampio respiro, impedisce di aggredire la dimensione sistemica del problema e spiega l'approccio “difensivo” dell'amministrazione penitenziaria che – a fronte delle carenze strutturali che starebbe alla politica decidere di affrontare – si rifugia in una prassi organizzativa che mira sostanzialmente a isolare e contenere il caso psichiatrico, affidandone spesso la materiale gestione al personale di Polizia penitenziaria che viene così caricato dei compiti e delle connesse gravi responsabilità per competenze estranee al proprio profilo istituzionale.

Quello che occorre sottolineare è l'esigenza di una riforma generale dell'assistenza sanitaria e psichiatrica nella fase dell'esecuzione penale che sia accompagnata dai necessari e robusti investimenti in strutture e personale specializzato.

È, infatti, di tutta evidenza che condizioni di vita dignitose nelle carceri, spazi detentivi adeguati e una rete integrata tra articolazioni sanitarie penitenziarie e sanità regionale dovrebbero costituire i punti fondamentali su cui intervenire avendo ben chiara la dimensione sistemica del problema.

È ragionevole pensare che, se si adottasse una prospettiva globale di intervento, si potrebbe innanzitutto disattivare la spinta a commettere le centinaia di gesti autolesionistici che costellano ogni anno la quotidianità penitenziaria e che – anche quando non evolvono in gesti suicidari – ne costituiscono, tuttavia, in molti casi gli antecedenti.

La riduzione dell'incidenza del fattore ambientale nell'eziologia dei comportamenti autolesionistici in carcere potrebbe essere, altresì, favorita da una migliore organizzazione ispirata alla “sanitarizzazione” del trattamento dei soggetti psichiatrici, ciò che migliorerebbe la gestione dell'ordine e della sicurezza interna agli istituti penitenziari e consentirebbe di non addossare alla Polizia penitenziaria l'onere e le responsabilità di gestione di situazioni che fuoriescono dall'ambito delle professionalità e dei compiti istituzionali.

²⁸ Si veda i dati pubblicati in *Carceri italiane, dossier* reperibile sul sito www.poliziapenitenziaria.it.

²⁹ Cfr. la *Relazione al Parlamento 2020* del Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale (p. 276) e la sua *Presentazione* del 26 giugno 2020.

L'idea alla base dell'auspicata riforma dovrebbe essere quella di considerare il detenuto con disagio psichico non un "problema" da isolare e possibilmente "neutralizzare" in un'ottica meramente "difensiva" e confinata agli aspetti disciplinari o al profilo dell'ordine e della sicurezza interni agli istituti di pena, bensì quella di "presa in carico" della persona con fragilità, attraverso, prima di tutto, l'allocazione in reparti a prevalente gestione sanitaria ispirati all'esigenza di cura e trattamenti appropriati piuttosto che alla dimensione custodialistica.

Un aspetto da considerare attentamente dovrebbe riguardare la situazione dei tantissimi detenuti stranieri, spesso privi nel nostro Paese di riferimenti familiari. È molto stretta, infatti, la connessione tra l'insorgere di sentimenti di abbandono, di frustrazione profonda, e l'insorgere di malessere psicologico nei soggetti ristretti e a tali fattori, comuni a larga parte della popolazione detenuta, sono particolarmente esposti gli stranieri, per i quali l'assenza di rapporti con i propri affetti e l'eradicamento forzato dalle dinamiche – anche di tipo linguistico, culturale e psicologico – delle culture di appartenenza costituiscono motivo di sofferenza psicologica aggiuntiva e spesso esiziale. Nel caso dei detenuti stranieri, tale fenomeno è naturalmente amplificato dalla lontananza fisica dai luoghi di origine e dal proprio mondo affettivo e sociale. Potrebbero, in questa ottica, essere implementate le possibilità di contatti telefonici e soprattutto le videochiamate già sperimentate nel corso dell'emergenza pandemica per favorire momenti di contatto del detenuto con le persone lontane che possono rappresentare dei punti di riferimento affettivo.

Dovrebbe, nella medesima prospettiva, essere dato impulso allo sviluppo di accordi internazionali volti a consentire l'espiazione della pena nei Paesi di origine ove sia concretamente possibile mantenere o ripristinare il legame con il territorio o con il gruppo familiare di riferimento. Si tratta di un profilo che dovrebbe liberarsi da incrostazioni e blocchi di matrice ideologica pregiudizialmente ostili a prospettive di re-integrazione dei condannati stranieri nel contesto di sociofamiliare e territoriale di provenienza valutando – con un approccio realistico – la possibilità di costruire, anche attraverso collaborazioni istituzionali, attività di formazione degli operatori penitenziari, investimenti mirati, una realtà "accogliente" in Paesi vicini e amici, con i quali sussistono possibilità di *partnership* e condivisione dei valori correlati alla finalità risocializzatrice dell'esecuzione della pena.

Non può, inoltre, essere trascurata la stretta interconnessione tra il problema latente del sovraffollamento penitenziario, ulteriormente aggravato dalle non ottimali condizioni di vita detentiva, e quello dell'insorgere o dell'aggravarsi del disagio psichico tra quanti vivono negli istituti penitenziari. Un piano di edilizia penitenziaria accompagnato da misure normative per limitare le presenze negli istituti di pena (intervenendo, ad es., sul sistema degli ingressi dei condannati a titolo definitivo, istituendo delle quote di ingresso in carcere parametrate alla capienza degli istituti) sarebbe utile a riequilibrare il rapporto tra posti disponibili nelle strutture e utenti, contribuendo efficacemente a creare condizioni ambientali non ostili e favorire un percorso detentivo lineare e orientato al recupero sociale del condannato, evitando le situazioni che, soprattutto se protratte nel tempo, possono portare all'esplosione del disagio psichico.

Politiche di assunzione di personale dell'area educativa, di Polizia penitenziaria e soprattutto il potenziamento del servizio psichiatrico rivolto all'utenza penitenziaria potrebbero, infine, avvicinare il sistema penitenziario italiano agli *standard* auspicati dalle

Regole penitenziarie europee e dalle altre fonti di *soft law*, ponendo le premesse per il graduale superamento di quelle carenze sistemiche che così frequenti condanne hanno causato all'Italia da parte della Corte di Strasburgo.