

NUOVI INTERVENTI DELLA CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO A TUTELA DELLA SALUTE DELLE PERSONE DETENUTE

(Corte eur. dir. uomo 7 febbraio 2012, Cara-Damiani, n. 2447/05 e Corte eur. dir. uomo 17 luglio 2012, Scoppola n. 650050/09)

LAURA CESARIS*

1. La Corte europea dei diritti dell'uomo nello spazio di pochi mesi torna a occuparsi del problema della tutela della salute delle persone detenute con riferimento alla situazione di due cittadini italiani, che già in passato si erano rivolti alla Corte lamentando che a causa delle patologie da cui erano affetti la detenzione avesse concretato una violazione dell'art. 3 Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo (d'ora in avanti indicata come Cedu).

Si tratta dei ricorsi presentati da Cara-Damiani e da Scoppola decisi rispettivamente con sentenza 7 febbraio 2012 e 17 luglio 2012.

Il primo ricorrente già nel 1997 aveva presentato un ricorso ritenuto irricevibile¹ perché già al momento dell'incarcerazione nel 1992² egli presentava problemi di deambulazione, non imputabili dunque alla stato detentivo ed era stato sottoposto ad accertamenti diagnostici e a trattamenti fisioterapici. I giudici di Strasburgo, pur deplorando talune scelte dell'amministrazione penitenziaria (quali il divieto di usare l'ascensore richiesto dal ricorrente) o le disfunzioni del servizio sanitario, non avevano ritenuto che fossero state tali da portare ad un sindacato sulla eventuale violazione dell'art. 3 Cedu. Quanto a Scoppola, la Corte aveva già valutato la detenzione sofferta nel carcere di Roma di *Regina Coeli*, ritenendo integrata la violazione dell'art. 3³. Le due decisioni citate presentano molti punti di contatto, giacché in primo luogo si riferiscono a persone definite dalla Corte anziane,

* Università di Pavia

1 Cfr. Corte eur. dir. uomo 28 marzo 2000, Cara-Damiani c. Italia, n. 35985/97

2 Nicola Cara-Damiani era stato condannato all'esito di due distinti processi a una lunga pena detentiva (con fine pena determinato al 2016) per omicidio e traffico d'armi con la ex Jugoslavia.

3 Cfr. Corte eur. dir. uomo 10 giugno 2008, Scoppola c. Italia n. 1, n. 50550/06

affette da varie patologie e portatrici di deficit motorio, e prendono poi in considerazione la detenzione sofferta nell'istituto di Parma, in particolare nella apposita sezione per disabili. Si tratta inoltre di sentenze che condannano lo Stato italiano con riconoscimento del danno morale subito dai ricorrenti, limitandosi a riaffermare principi da tempo sostenuti dalla Corte in materia.

Con la decisione del 7 febbraio 2012, come si è anticipato, i giudici di Strasburgo riprendono in esame la situazione del ricorrente Cara-Damiani circoscrivendola al periodo dal giugno 2004 al 2010, quando è stata concessa la detenzione domiciliare, e comunque suddividendola ancora per altri periodi (dal giugno 2004 al dicembre 2005, dal dicembre 2005 al marzo 2008, dal marzo 2008 al settembre 2010, e dal settembre 2010 al 23 novembre 2010). Il ricorrente era stato trasferito, a causa proprio della patologia da cui era affetto, nella casa di reclusione di Parma dotata di una sezione per handicappati, ma in realtà era stato assegnato, in ragione dei gravi delitti commessi, ad una sezione ordinaria in un circuito di alta sicurezza, dove aveva beneficiato di trattamenti fisioterapici per un brevissimo periodo perché, a causa di tagli ai fondi destinati alla sanità, erano stati sospesi tali trattamenti. Il ricorrente lamenta dunque di non aver potuto fruire delle terapie di cui avrebbe avuto bisogno per impedire l'aggravarsi della malattia (paraparesi flaccida agli arti inferiori, con lieve paresi della metà inferiore del corpo), e di non essere stato sottoposto ai necessari accertamenti medici. In realtà, come peraltro rileva la stessa Corte, il ricorrente era stato trasferito in un altro carcere –su sua richiesta– numerose volte per seguire corsi universitari e per periodi tali da rendere impossibile l'effettuazione di esami diagnostici molto importanti (par.12) e di visite specialistiche (par.13).

Le condizioni di salute del ricorrente già gravi si erano aggravate per il sopravvenire di un'altra patologia che aveva richiesto un intervento chirurgico, tanto che la perizia disposta dal Tribunale di sorveglianza di Bologna aveva concluso per l'incompatibilità delle condizioni di salute con la detenzione (18 agosto 2006). Nel 2008 (il 18 marzo), sulla base delle perizie e della documentazione raccolta, venne concessa la detenzione domiciliare, prorogata poi fino al 30 settembre 2010 per

consentire l'effettuazione di altri interventi chirurgici (resi necessari da complicanze varie) nonché la sottoposizione a terapia riabilitativa.

Il 1° ottobre 2010 il ricorrente venne ricondotto in carcere avendo il Tribunale di sorveglianza di Bologna ritenuto che le terapie riabilitative avrebbero potuto essere effettuate anche in regime detentivo. Immediatamente venne presentata dal ricorrente istanza di sospensione dell'esecuzione della pena e in alternativa di detenzione domiciliare, motivata dall'assegnazione ad una sezione ordinaria in regime di alta sicurezza e dall'impossibilità di sottoporsi a terapie. La relazione dei sanitari della casa di reclusione di Parma confermava l'incompatibilità con la detenzione delle condizioni di salute del ricorrente a causa soprattutto del fatto che egli, costretto a muoversi su una sedia a rotelle, o con stampelle, e ad usare l'ascensore, fosse stato assegnato ad una sezione ordinaria e non a quella speciale per handicappati. Il 23 novembre 2010 il Tribunale di sorveglianza di Bologna concedeva la detenzione domiciliare definendo incompatibili le condizioni di salute in considerazione della mancanza di posti nella sezione per handicappati e della impossibilità per il condannato di fruire di prestazioni assistenziali adeguate. Elementi, questi, che, secondo i giudici bolognesi, comportavano violazione dell'art.32 Cost. e avrebbero potuto dare luogo anche ad una condanna da parte della Corte europea alla luce dei principi affermati in altre decisioni riguardanti lo Stato italiano⁴.

La ricostruzione delle vicende detentive, scandita temporalmente in quattro periodi, costituisce la premessa indispensabile per meglio inquadrare la situazione del soggetto sotto il profilo delle condizioni di salute e delle risposte alle esigenze manifestate e quindi per accertare la violazione dell'art. 3 Cedu.

È forse utile ricordare che la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo, a differenza della Costituzione italiana, non riserva una previsione espressa al diritto alla salute, la cui tutela viene ricavata dall'art. 2 dedicato al diritto alla vita o dall'art. 8, che salvaguardia

⁴ Il riferimento è alla sentenza della Corte eur. dir.uomo 10 giugno 2008, Scoppola c. Italia n.1, n. 50550/06.

la “vita privata”: nozione, questa, assai ampia, nella cui sfera viene ricondotto il diritto alla integrità psicofisica della persona. Tale diritto viene riconosciuto anche alle persone detenute, che continuano a godere dei diritti loro attribuiti in quanto cittadini, seppur con le limitazioni conseguenti alla privazione di libertà⁵. Secondo l’interpretazione della Corte europea ricadono nella sfera di protezione dell’art. 8 condizioni di detenzione senza dubbio pregiudizievoli della salute⁶ ma non così gravi da integrare pene o trattamenti inumani e degradanti vietati dall’art. 3 Cedu⁷.

Il problema che ne deriva è quello allora dell’individuazione della “soglia minima di gravità”, che funge da spartiacque tra il principio espresso nell’art. 3 e quello dell’art. 8, il quale si pone come sussidiario rispetto all’altra norma. In realtà non è agevole determinare tale soglia, il cui «apprezzamento è relativo per definizione»⁸, dato che va verificata in concreto in relazione al singolo caso sulla base di elementi oggettivi (quali i caratteri della condotta, la durata della stessa, l’intensità delle sofferenze causate) e di elementi soggettivi (età della vittima, sesso, presenza di disturbi fisici o psichici, ripercussioni su tali disturbi). La tendenza pare, tuttavia, quella di estendere alle doglianze relative alla violazione dell’integrità psicofisica la tutela offerta dall’art. 3 come ad esempio (per restare in un ambito più vicino a quello che qui interessa) nelle ipotesi relative a condizioni della detenzione: si è ravvisata violazione di tale norma nell’ambiente insalubre o nelle dimensioni delle celle⁹.

La formulazione dell’art. 3 Cedu così scarna («nessuno può essere

⁵ Per una singolare interpretazione secondo cui il godimento dei diritti fondamentali da parte di detenuti è garantito «in ossequio al principio di tolleranza che caratterizza le società democratiche» cfr. TOMASI, *Sub art. 8*, in BARTOLE- DE SENA- ZAGREBELSKY, *Commentario breve alla Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, Padova, Cedam, 2012, 358.

⁶ Cfr. ad es. Corte eur. dir.uomo 16 dicembre 1997, Raninen c. Finlandia, 152/1996/771/972 par. 63

⁷ Cfr. Corte eur. dir.uomo 26 ottobre 2000, G.C. Kudla c. Polonia, 30210/96, par.90 ss.; Ead.16 maggio 2002, D.C. c. Irlanda, 39474/98, par.105; Ead. 26 novembre 2011, Dolenc c. Croazia, n.25282/06, par. 128, 167.

⁸ Cfr. Corte eur. dir. uomo 6 aprile 2000, Labita c. Italia n. 26772/95

⁹ Cfr. ad es. Corte eur. dir. uomo 16 luglio 2009 Sulejmanovic c. Italia, n. 22635/03; Ead. 12 giugno 2008 Vlassov c. Russia, 78146/01, § 84; Ead. 21 giugno 2007 Kantyrev c. Russia, n. 37213/02, §§ 50-51; Ead. 29 marzo 2007 Frolov c. Russia, n. 205/02, §§ 47-49; Ead. 4giugno 2006 Siasios e altri c. Grecia, n.30303/07; Ead.16 giugno 2005 Labzov c. Russia, no 62208/00, § 44.

sottoposto») ha nel tempo consentito alla Corte una interpretazione ampia, specie mediante il ricorso alla tecnica *par ricochet*¹⁰, ovvero alla tecnica che permette di «valutare la conformità alla Convenzione anche di istituti o di pratiche che non rientravano direttamente nel campo di applicazione» della Convenzione stessa, così da colmarne talune lacune soprattutto in relazione alle condizioni della detenzione, che erano considerate al di fuori del diritto convenzionale¹¹. La Convenzione europea, infatti, non contiene alcuna norma specifica relativa al trattamento dei detenuti, ai quali ciò non ostante sono state estese le garanzie riconosciute nella Convenzione stessa¹². Così dunque si è più volte affermato che condizioni detentive che comportino un danno o un pregiudizio alla salute possono integrare una pena disumana e degradante¹³.

Senza soffermarci sull'interpretazione data dalla Corte alla formulazione dell'art. 3¹⁴ ma concentrando l'attenzione su taluni profili che rilevano ai fini del tema della salute, ci si limiterà a sottolineare come sullo Stato non solo gravi l'obbligo di astenersi dal porre in essere condotte che integrano tortura o trattamenti inumani e degradanti ma ricadano altresì obblighi in positivo diretti a prevenire violazioni dell'art. 3, tra cui quello di garantire l'integrità fisica dei detenuti, apprestando un'assistenza medica adeguata, verificando costantemente le condizioni di salute ed evitando l'eventuale aggravamento di tali condizioni. Obblighi che ricadono nella specie, *in primis* sull'amministrazione penitenziaria e sugli operatori carcerari tutti, non essendo «ammissibili atteggiamenti ed omissioni in grado di pregiudicare ulteriormente la naturale, afflittiva,

10 Vedi sul punto SUDRE, *Article 3*, in *La Convention européenne des droits de l'homme*, sous la direction de Pettiti-Decaux-Imbert, Paris, 1995, p.161 ss.

11 Cfr. A. ESPOSITO, sub art. 3, in BARTOLE-CONFORTI-RAIMONDI, *Commentario alla Convenzione europea per la tutela dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali*, Padova, 2001, p.55.

12 Cfr. Comm. eur.dir. uomo 8 marzo 1962, I. Kohl c. Germania, n.1270/61, in cui si è affermato che la detenzione «ne .. prive cependant point de la garantie des droits et libertés définis dans la Convention de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales».

13 Cfr. Comm. eur. dir. uomo 17 dicembre 1981, Chartier c. Italia, 9044/80; Ead. 2 marzo 1998, Venetucci c. Italia, n. 33830/96.

14 La tripartizione tortura/trattamenti inumani/trattamenti degradanti (peraltro inserita nella bipartizione pene/trattamenti) è stata oggetto di un ampio dibattito volto a definire le singole categorie. V. per tutti A. ESPOSITO, *Il diritto penale "flessibile"*, Torino, Giappichelli, 2008, 222.

condizione carceraria»¹⁵.

La rilevanza della tutela della salute nel contesto carcerario è confermata anche dal fatto che a tale tematica è dedicato uno specifico spazio nelle Regole minime per il trattamento dei detenuti, sia in quelle approvate dall'Assemblea delle Nazioni Unite nel 1955 sia in quelle adottate dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa. La versione del 2006 (Racc. 2006/2) riserva una intera parte (la terza) alla salute, raccomandando alle «autorità penitenziarie» di «tutelare la salute di tutti i detenuti di cui hanno la custodia» e confermando la pariteticità tra le prestazioni offerte ai detenuti e quelle offerte ai cittadini liberi (art. 40). Non solo, sono oggetto di alcune previsioni i «doveri del medico», tra i quali spicca quello di «controllare lo stato di salute fisica e mentale dei detenuti», di «visitare nelle condizioni e con le frequenze previste dalle norme ospedaliere i detenuti malati, coloro che denunciano di essere malati o feriti nonché tutti quelli che richiama in particolare la sua attenzione » (art. 43). Di salute mentale si occupa poi l'art. 47, che richiama l'attenzione sul problema del suicidio, raccomandando di mettere in atto provvedimenti utili a prevenire tale fenomeno.

Un'ulteriore conferma dell'importanza attribuita al diritto alla salute nel contesto carcerario viene dalla emanazione ad opera del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa di talune Raccomandazioni, tra cui va ricordata quella in tema di Aids in carcere (Racc. 1993/6) o quella relativa alle condizioni di salute (Racc. 1995/1257) o ancora quella adottata dall'Assemblea parlamentare, in cui si ribadisce il diritto ad avere contatti con un medico in qualunque momento del giorno e della notte (artt. 1 e 4) e di avere cure specialistiche. Si ribadisce altresì il principio della equivalenza delle cure prestate in ambiente libero e in carcere (art.10). E per quanto concerne le persone affette da *handicap* o che si trovino in situazioni di incompatibilità con la detenzione gli artt. 50 e 51 dettano alcune linee guida, tra cui quella di apportare modifiche strutturali per facilitare le attività e la permanenza in carcere.

Un ruolo importante, anzi si potrebbe dire essenziale, riveste il Comitato per la prevenzione della tortura, che opera un controllo sul

15 Cfr. MUSSIO, *Condizioni di salute e stato detentivo*, in *Foro ambr.* 2006, p.232

livello di attuazione di quanto raccomandato nella Convenzione per la prevenzione della tortura, nelle Regole europee e nella Cedu: i risultati di tale monitoraggio sono trasfusi nei Rapporti annuali, che delineano un quadro sempre aggiornato della situazione carceraria con particolare attenzione alla sanità. E le linee guida elaborate dal Comitato per la prevenzione della tortura hanno acquisito una valenza sempre più rilevante tanto da essere assunti dalla Corte europea come parametro per verificare eventuali violazioni della Cedu e in particolare proprio dell'art. 3¹⁶.

Secondo tale prassi invalsa ormai da tempo, la Corte richiama nella sentenza *Cara-Damiani* le osservazioni del Comitato per la prevenzione della tortura formulate in relazione all'istituto di Parma, seppur nel 2004, che evidenziavano carenze allarmanti nel settore della sanità causate da consistenti tagli ai relativi finanziamenti a fronte di un aumento costante della popolazione detenuta. Con la conseguenza di uno scarto significativo tra il livello di cure assicurato ai cittadini liberi e quello invece fornito ai detenuti. Elemento, questo, che la Corte aveva già adottato in altre decisioni (peraltro richiamate espressamente secondo consuetudine¹⁷) quale parametro di valutazione, evidenziando che il livello delle cure e dell'assistenza fornita ai reclusi deve essere comparabile con quello fornito ai cittadini liberi. Il che, precisa subito la Corte, non significa che debba essere garantito il medesimo livello, ma che si debbano sempre verificare le necessità della persona malata nella prospettiva non solo e non tanto di tutelarne la salute quanto di assicurarne il benessere.

Contrariamente dunque a quanto sostenuto nella opinione concorrente¹⁸, che di fatto è contraria, non si afferma il principio di piena eguaglianza tra il servizio sanitario esterno e quello in carcere, ma –come già si è

16 Cfr. ad es. Corte eur. dir. uomo 15 luglio 2002 *Kalashnikof c. Russia*, n. 47095/99; Ead. 16 luglio 2009 *Sulejmanovic c. Italia*, cit.

17 Si tratta di Corte eur. dir. uomo 26 ottobre 2000, *G.C.Kudla c. Polonia*, 30210/96, par.94 e Corte eur. dir. uomo 11 luglio 2006, *Rivière c. France*, n. 33834/03, par.62

18 L'opinione sottoscritta dai giudici Jočiene, Berro-Lefèvre e Karakaş condivide le conclusioni cui giunge la Corte, ma esprime dissenso in merito alla formulazione del par. 66, nel quale appunto si riafferma il principio della comparabilità delle prestazioni erogate ai cittadini liberi con quelle erogate ai cittadini reclusi, sostenendo che il principio generale espresso comporterebbe un obbligo per lo Stato che va ben al di là di quelli elaborati dalla giurisprudenza della stessa Corte.

accennato— la necessità della adeguatezza delle terapie in relazione alla patologia e alle condizioni di salute della persona detenuta. Sulla base dell'art. 3 Cost. non sono ammesse in realtà discriminazioni in ragione della detenzione, anche se si deve tener conto delle esigenze connesse alla detenzione.

La decisione non presenta elementi innovativi giacché la Corte si limita —come già si è accennato— a riprendere principi da tempo affermati e via via meglio precisati: sulla base di questi principi viene riconosciuta la violazione dell'art. 3 Cedu

Quel che forse nell'argomentare della Corte può suscitare interesse è che non si rimprovera allo Stato italiano l'assenza di istituti o di strumenti a tutela della salute: viene richiamato nel paragrafo dedicato al “diritto interno rilevante” l'art.147 c.p., che disciplina il differimento facoltativo della pena, e viene citata la detenzione domiciliare quale soluzione adottata dai giudici italiani, senza alcuna valutazione in ordine alla idoneità di tale misura rispetto al caso concreto esaminato. L'attenzione della Corte sembra invece rivolta alle condizioni di detenzione delle persone malate, che devono essere tali da tutelare la salute, e alla qualità della assistenza prestata in relazione alla patologia e alle condizioni del detenuto per verificarne la compatibilità con il permanere della detenzione.

Questo è il tema sottoposto al vaglio della Corte, la quale riassume con estrema sintesi la situazione detentiva del ricorrente da un lato e, dall'altro, il livello delle prestazioni sanitarie fornite, evidenziando che il trasferimento al carcere di Parma in una sezione ordinaria non risolse affatto i problemi del ricorrente, anzi li aggravò, e che la sezione per handicappati, dove fu poi ammesso, in realtà funzionava male con un numero insufficiente di posti e soprattutto con carenze organizzative di non poco conto a causa degli stanziamenti inadeguati.

Per quel che concerne il profilo della adeguatezza delle terapie la valutazione è basata sulla relazione dei medici penitenziari, secondo i quali era impossibile fornire in carcere i trattamenti fisioterapici di cui il ricorrente necessitava, come è poi stato confermato da Tribunale di sorveglianza di Bologna, che ha concesso la detenzione domiciliare proprio al fine di consentire lo svolgimento delle terapie e dei trattamenti

consigliati dai medici specialisti. Sono proprio le relazioni mediche, che denunciavano sistematicamente l'inadeguatezza della condizione detentiva, il dato che avrebbe dovuto portare al trasferimento del soggetto in un istituto penitenziario che realmente rispondesse alle esigenze o alla sospensione della esecuzione della pena. Si noti che nell'interpretazione della Corte l'art. 3 non comporta un generico obbligo a carico dello Stato di scarcerare i detenuti malati, ma tale obbligo si concreta quando venga accertata l'assoluta incompatibilità delle condizioni di salute¹⁹.

La Corte dunque non pare muovere critiche alla legislazione italiana vigente, ma sembra censurare l'operato delle diverse istituzioni coinvolte ritenuto insufficiente e inidoneo ad offrire tutela al soggetto.

2. Quanto al ricorso presentato da Scoppola, affetto da varie patologie²⁰, le doglianze riguardano le condizioni detentive nella sezione specializzata per handicappati del carcere di Parma, dove era stato trasferito nel 2007, risultata non idonea a fornire l'assistenza di cui necessitava e la lentezza del servizio sanitario nel reperire un centro medico specializzato. La situazione clinica posta alla base di una richiesta di sospensione dell'esecuzione di pena o di detenzione domiciliare venne esaminata dal tribunale di sorveglianza di Bologna, che sollecitò ripetutamente le autorità competenti a trovare una struttura sanitaria presso la quale collocare il ricorrente. Il 10 dicembre 2009 venne presentato il ricorso alla Corte europea e l'11 dicembre con sollecitudine sorprendente la presidente della seconda sezione della Corte sollecitò il Governo italiano a trasferire il ricorrente²¹. Il 24 dicembre 2009 il magistrato di sorveglianza adottò un provvedimento d'urgenza ordinando il ricovero nell'ospedale civile di Parma, che venne rifiutato dallo Scoppola con la motivazione della inidoneità di tale struttura ospedaliera. Il 7 gennaio 2010 a seguito di provvedimento del tribunale di sorveglianza di

¹⁹ Cfr. Corte eur. dir. uomo 20 gennaio 2009 Slawomir Musial c. Polonia, n. 28300/06

²⁰ Si fa riferimento nella pronuncia a problemi circolatori, diabete, patologie metaboliche, ipertrofia prostatica, depressione

²¹ Il provvedimento venne adottato ai sensi dell'art. 39 del regolamento della Corte, e venne revocato il 20 gennaio 2010 in considerazione degli sviluppi positivi della vicenda.

Bologna di sospensione dell'esecuzione della pena *ex art. 147 c.p* nelle forme della detenzione domiciliare (*art.47-ter* comma 1-*ter* *ord.penit.*), lo Scoppola venne ricoverato nell'ospedale civile di Parma e il giorno successivo in una casa di cura convenzionata con il servizio sanitario nazionale, dove i medici escludono l'opportunità dell'intervento chirurgico e consigliarono invece trattamenti fisioterapici di rafforzamento muscolare per migliorare la posizione da seduto. Il che fu reso possibile con la concessione della detenzione domiciliare presso l'ospedale di Fidenza, prorogata il 13 gennaio 2011 e successivamente il 22 dicembre 2011 ancora per un altro anno.

Prima di esaminare la vicenda e la decisione nel merito, si deve osservare che la Corte dedica poche battute alla eccezione presentata dal Governo italiano di irricevibilità del ricorso, fondata, da un lato sul fatto, che la Corte nella decisione Scoppola n.1²² avesse rinunciato a valutare le condizioni detentive nel carcere di Parma e, dall'altro, che il ricorrente non potesse essere considerato "vittima di violazione" avendo lo Stato italiano posto in essere tutte le iniziative utili a offrire tutela al soggetto. Al riguardo la Corte evidenzia come oggetto della decisione Scoppola n. 1 siano state le condizioni detentive e la mancanza di trattamenti sanitari adeguati nell'istituto di *Regina Coeli* a Roma, mentre l'oggetto del ricorso in esame sia costituito da fatti del tutto nuovi e successivi a quelli esaminati nella sentenza citata. Quanto poi alla qualità di vittima la verifica è strettamente connessa alla valutazione delle questioni sottoposte al vaglio della Corte.

Al di là dunque del profilo procedurale che appare mal fondato, quasi pretestuoso, non si può non rilevare che il ricorso è basato essenzialmente sulla lentezza del servizio sanitario a offrire soluzioni alternative alla detenzione nella sezione per disabili del carcere di Parma, o più esattamente a reperire strutture in grado di garantire i trattamenti terapeutici necessari.

Anche in questa decisione non vi è nulla di nuovo: vengono ripresi principi affermati da tempo ed anzi a ben vedere la motivazione è ancor più contenuta di quella relativa al caso Cara-Damiani, limitandosi la

22 Corte eur. dir. uomo 10 giugno 2008, Scoppola c. Italia n. 1, cit.

Corte a evidenziare il lungo lasso temporale intercorso tra la decisione del Tribunale di sorveglianza di Bologna (4 agosto 2009) e quella di sospensione dell'esecuzione di pena (7 gennaio 2010). Oggettiva è la eccessiva lunghezza del periodo utilizzato per reperire una struttura idonea anche se non si possono ignorare le difficoltà connesse alla individuazione di una struttura che rispondesse alle esigenze cliniche del ricorrente, tenuto conto della complessità delle patologie riscontrate e della pericolosità del soggetto. Elemento, quest'ultimo, cui non si fa cenno se non fuggevolmente nelle argomentazioni del Governo italiano, là dove si ricorda che l'infermità da cui era affetto il ricorrente non gli aveva impedito di uccidere la moglie e di ferire gravemente uno dei figli²³.

La Corte non attribuisce rilievo all'atteggiamento non collaborativo del ricorrente, che lo porta a rifiutare il ricovero nell'ospedale civile di Parma con la motivazione della non idoneità e della provvisorietà di questa soluzione: la quale, tuttavia, forse avrebbe potuto costituire una "alternativa", ancorché temporanea, come del resto suggeriva lo stesso tribunale di sorveglianza, e avrebbe potuto facilitare l'individuazione di una struttura rispondente alle esigenze del soggetto, così come poi è avvenuto, fornendo indicazioni utili e, nell'immediato, trattamenti di sostegno più mirati di quelli disponibili in carcere e un ambiente meno opprimente. Un atteggiamento più collaborativo da parte dello Scoppola avrebbe forse contribuito ad una soluzione più rapida.

Allo stesso modo che nella sentenza Cara-Damiani non si muovono censure relative all'assenza nella legislazione italiana di istituti o di strumenti a tutela della salute. Nessun rimprovero viene mosso all'operato della magistratura di sorveglianza, che con provvedimenti reiterati anche d'urgenza ha cercato di tutelare la salute del ricorrente sollecitando le autorità competenti, e in specie il servizio sanitario

²³ Il ricorrente, imputato dei delitti di omicidio aggravato, tentato omicidio, maltrattamenti in famiglia e porto d'arma abusivo, all'esito del rito abbreviato era stato condannato alla pena di trenta anni e, a seguito dell'appello della procura generale, all'ergastolo, confermato in cassazione. Non rileva in questa sede la decisione di Corte eur. dir. uomo 17 settembre 2009, Scoppola c. Italia, n. 10249/03 relativa alla violazione del proprio diritto a un processo equo e del principio di legalità di cui, rispettivamente, agli articoli 6 e 7 Cedu.

nazionale, a provvedere.

Ma quel che forse maggiormente colpisce della decisione in esame è che i giudici di Strasburgo giungono a ritenere violato l'art. 3 Cedu per il protrarsi della detenzione nella casa di reclusione di Parma, che avrebbe causato sentimenti costanti di angoscia tali da integrare trattamenti disumani e degradanti. Non solo, ma quantunque chiamati a valutare la situazione determinatasi nel carcere di Parma, non hanno ignorato la precedente condanna intervenuta a carico dello Stato italiano sempre per violazione dell'art. 3 in ragione di condizioni detentive ritenute incompatibili con i principi espressi nella Cedu. Benché la Corte non faccia esplicito riferimento alla azione volta a seguire i casi sottoposti al suo esame e a verificare se lo Stato abbia provveduto a rimuovere le cause della violazione, certo è che la precedente condanna ha avuto un certo peso, come era forse inevitabile. Se è pur vero che la valutazione operata dalla Corte europea è sempre riferita al caso concreto, è altrettanto vero che i "precedenti" giocano sfavorevolmente specie se riferiti alla stessa persona.

Non viene addebitato un intento persecutorio o un atteggiamento volto ad umiliare il detenuto quanto piuttosto una serie di omissioni o di mancati interventi, che hanno reso la detenzione non adeguata alla situazione del soggetto, determinando dunque l'incompatibilità delle condizioni di salute con lo stato detentivo e suscitando nel soggetto sentimenti costanti d'angoscia tali da costituire un trattamento inumano e degradante.

3. La Corte nelle due sentenze in esame non distingue fra responsabilità dell'amministrazione penitenziaria e responsabilità delle Asl competenti: non era tenuta a farlo, ma non si può non rilevare che l'attribuzione al servizio sanitario nazionale della relativa assistenza nell'ambito penitenziario, in realtà, presenta aspetti fortemente critici, non essendo stato ancora completato il passaggio del personale e delle strutture in egual modo sul territorio nazionale con evidenti ripercussioni negative sia sotto il profilo delle prestazioni sanitarie fornite sia sotto il profilo della qualità e dei tempi di tali prestazioni.

Si tratta di una vicenda che prende avvio nel 1978 quando viene emanata

la l. 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale che estendeva ad “ogni persona umana” l’assistenza sanitaria, e quindi anche ai detenuti, richiamando l’attenzione sul sistema sanitario penitenziario, sulla sua autonomia e sulle sue peculiarità. Solo venti anni dopo con l. 30 novembre 1999, n. 419 si è cercato di razionalizzare il sistema provvedendo anche in ordine al sistema sanitario penitenziario con l’emanazione di uno specifico d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230 diretto a promuovere il passaggio dall’assistenza sanitaria penitenziaria al servizio sanitario nazionale, cui venivano attribuiti risorse e personale sanitario. Ma il già lungo *iter* veniva segnato da altre tappe quali il d.p.c.m. 1° aprile 2008 contenente «modalità e criteri per il trasferimento al sistema sanitario delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria») senza che sia stata raggiunto l’obiettivo.

Al di là degli interrogativi sulle ragioni della inerzia che hanno caratterizzato l’estensione del servizio sanitario nazionale al settore penitenziario, alcuni dati segnano ancor più negativamente questo *iter*, cioè le differenti scelte organizzative che mutano da regione a regione e la confusione di ruoli e funzioni che determinano forti disparità di trattamento in relazione ai servizi prestati e al loro livello.

Certo le inadempienze delle regioni non attenuano la responsabilità della amministrazione penitenziaria, giacché la Corte, secondo un orientamento consolidato, ribadisce che mantenere in detenzione per lungo tempo una persona handicappata, che non riesce a muoversi autonomamente, costituisce una violazione dell’art. 3 Cedu²⁴. Così come non viene attenuata tale responsabilità dai trasferimenti in altri istituti chiesti ed ottenuti da Cara-Damiani, che pure hanno comportato la cancellazione di accertamenti medici e diagnostici, di analisi, di visite. Tali trasferimenti non hanno fatto venir meno, infatti, lo stato detentivo e conseguentemente il dovere dello Stato di vigilare sulle condizioni di salute del ricorrente e di provvedervi.

Se tale conclusione è certamente fondata, tuttavia, non tiene in alcun

24 Cfr. ad es. Corte eur. dir. uomo 5 aprile 2001, Priebke c. Italia, n. 48799/99; Ead. 7 giugno 2001, Papon c. Francia, n. 64666/01; Ead. 10 giugno 2008, Scoppola c. Italia, n. 50550/06

conto le difficoltà di carattere pratico cui peraltro va incontro qualunque cittadino nella fruizione delle prestazioni sanitarie erogate dal servizio nazionale con attese talora di molti mesi. Certo non si può ignorare che la persona detenuta soffre oltre alla limitazione di libertà anche quella di “dipendere” da altri nella fruizione delle prestazioni sanitarie non potendo scegliere modalità, forme e tempi.

Un ulteriore aspetto delle decisioni merita di essere sottolineato, quello concernente il risarcimento del danno riconosciuto ai due ricorrenti ai sensi dell'art.41 Cedu, secondo cui in caso di accertata violazione della Cedu o dei suoi Protocolli e «se il diritto interno dell'Alta Parte contraente non permette se non in modo imperfetto di rimuovere le conseguenze di tale violazione, la Corte accorda se del caso un'equa soddisfazione alla parte lesa». Nei due casi in esame la Corte ha ritenuto che un danno morale sia stato subito dai ricorrenti e che l'accertamento dell'illecito non rappresenti una misura sufficiente a riparare i pregiudizi derivati dalla violazione: in particolare, lo si ricorda, si è integrata almeno nei confronti di Scoppola una situazione di angoscia tale da costituire un trattamento inumano e degradante. La Corte non motiva sul punto, avvalendosi dell'ampio potere discrezionale attribuitole dall'art. 41 cit., così come non motiva sul punto della determinazione del *quantum* concesso, fissato *en équité* (secondo equità). In realtà viene riconosciuta la stessa somma indicata dal ricorrente, mentre nel caso di Cara-Damiani, a fronte della richiesta di 200.000 euro a titolo di danni morali, ma da utilizzarsi secondo il ricorrente per sostenere le spese di trattamenti riabilitativi, viene concessa una somma nettamente inferiore, 10.000 euro²⁵. Una spia del diverso trattamento può forse ricavarsi dalle espressioni usate dalla stessa Corte: nel caso di Scoppola si parla di «*tort moral*», espressione più forte di quella usata nell'altro caso, «*prejudice moral*».

A fronte anche di questo aspetto di monetizzazione del danno subito, che potrebbe costituire un problema ulteriore per lo Stato italiano, giacché ove non provveda all'adempimento nei tre mesi successivi

²⁵ È opportuno precisare che i risarcimenti concessi sono in genere modesti (poche migliaia di euro) anche in presenza di violazioni dell'art. 3 o dell'art.2 Cedu, cioè di quelle più gravi.

alla assunzione del carattere definitivo della decisione, verranno conteggiati anche gli interessi secondo il tasso indicato dalla stessa Corte²⁶, le decisioni in esame rappresentano un ulteriore stimolo per una riflessione sulle scelte adottate, sulla idoneità e sulla adeguatezza dei servizi e delle prestazioni nell'ambito sanitario, proprio per evitare che un bene costituzionalmente garantito finisca con il ricevere tutela differenziata sul territorio in ragione di una spesso casuale assegnazione ad un istituto penitenziario piuttosto che ad un altro. Certo si potrebbe obiettare che la diversità di prestazioni connota purtroppo l'assistenza sanitaria proprio perché affidata alle regioni che dimostrano sul punto sensibilità e organizzazione diverse. Quel che dovrebbe essere evitato è che alle disparità deprecabili che segnano l'assistenza per il cittadino libero si aggiungano anche le difficoltà organizzative e di risorse che caratterizzano il sistema penitenziario.

La soluzione non può certo essere rappresentata da un risarcimento anche se modesto.

²⁶ Si tratta del tasso di sconto della Banca centrale europea, aumentato di tre punti percentuali, applicato qualunque sia lo Stato condannato.