

# IL RIFORMATO ORDINAMENTO penitenziario italiano: LE MODIFICHE IN TEMA DI ASSISTENZA SANITARIA

## Reformed Italian penitentiary system: changes in the health care of prisoners

The article, after outlining the particularly troubled development of the reform of penitentiary system in Italy, focuses on the innovations introduced in the field of health care for prisoners. The author also highlights the legislative shortcomings, which concern, above all, the protection of mental health of the insane offenders. The Constitutional Court of Italy has recently intervened on this matter in order to guarantee the possibility for the convicted person suffering from a mental illness to have access to house detention beyond regular limits. It therefore condemns the situation where there is an absence of a practical alternative to prison and the omission of the creation of prison sections with exclusive or prevailing health management specializing in mental health problems to which sick prisoners could be assigned.

Keywords: particularly difficult reform, healthcare innovation, legal loophole

Słowa kluczowe: szczególnie trudna reforma, innowacje w opiece zdrowotnej, luki prawne

## 1. Premessa: una riforma particolarmente travagliata

La riforma dell'ordinamento penitenziario italiano, contenuto nella l. 26 luglio 1975, n. 354, costituisce al momento l'ultima tappa di un percorso iniziato a seguito della nota sentenza pilota della Corte EDU nel caso *Torreggiani c. Italia* del 2013<sup>2</sup>, sentenza, che, com'è noto, ha condannato l'Italia per la cronica situazione di sovraffollamento carcerario e ha imposto al legislatore nazionale di approntare effettivi rimedi preventivi e successivi in materia di violazione di diritti dei detenuti.

Ai provvedimenti normativi adottati all'indomani della sentenza<sup>3</sup> aveva fatto seguito l'indizione presso il Ministero della Giustizia degli Stati generali dell'esecuzione penale<sup>4</sup>, e il varo della l. 23 giugno 2017, n. 103 contenente, tra l'altro, una delega in materia di misure di sicurezza personali e una delega

---

1 Professore aggregato Università di Sassari. [Profesor nadzwyczajny Uniwersytetu w Sassari.]

2 V. Corte EDU, *Torreggiani e al. c. Italia*, 8 gennaio 2013.

3 Cfr. d.l. 1° luglio 2013, n. 78 conv., con modif., in l. 9 agosto 2013, n. 94; d.l. 23 dicembre 2013, n. 146 conv., con modif., in l. 21 febbraio 2014, n. 10; d.l. 26 giugno 2014, n. 92 conv., con modif., in l. 11 agosto 2014, n. 117.

4 V. d.m. 8 maggio 2015.

in materia di ordinamento penitenziario. La delega in materia di misure di sicurezza personali non è stata esercitata, mentre un'attuazione parziale ha ricevuto la delega in materia di ordinamento penitenziario. I d.lgs. nn. 121, 123 e 124 del 2018 hanno avuto una gestazione molto travagliata<sup>5</sup>. Pur non ripercorrendo tutti i passaggi che hanno portato all'approvazione del testo definitivo dei decreti, può essere interessante sottolineare che la delega è stata effettivamente esercitata dopo la sua scadenza, fissata il 4 agosto 2018. Il nuovo Governo ha, infatti, adottato nuovi schemi di d.lgs. rispetto a quelli presentati alle Camere nella precedente legislatura, avviando un nuovo procedimento di esercizio della delega, con conseguente attivazione della proroga di 60 giorni prevista dall'art. 1 comma 83 l. n. 103 del 2017. La deliberazione definitiva da parte del Consiglio dei Ministri è avvenuta il 27 settembre 2018, oltre la scadenza della delega, ma entro i 60 giorni di proroga<sup>6</sup>.

Occorre anche sottolineare che il testo dei decreti non è radicalmente diverso da quello originario presentato dal precedente Governo in due momenti successivi (dicembre 2017 e marzo 2018). Anzi, si può affermare che molte sono le disposizioni coincidenti.

Prima di procedere all'analisi della riforma, è da premettere che un decreto legislativo, il n. 121 del 2018, si occupa dell'esecuzione penitenziaria minorile, mentre il d.lgs. n. 123 del 2018 ha ad oggetto la riforma in materia di assistenza sanitaria e vita detentiva, nonché disposizioni in materia di semplificazione delle procedure e modifiche in tema di competenza degli uffici locali di esecuzione esterna e della polizia penitenziaria. A sua volta, il d.lgs. n. 124 del 2018 verte anch'esso in parte sulla vita detentiva, pur essendo dedicato precipuamente al lavoro penitenziario.

Con riferimento al d.lgs. n. 123 del 2018 si deve innanzitutto rilevare come la Relazione illustrativa evidenzia la scelta della mancata attuazione della delega nella parte volta complessivamente alla facilitazione dell'accesso alle misure alternative e alla eliminazione di automatismi preclusivi con riferimento all'accesso ai benefici penitenziari (art. 1 comma 85 lett. *b*, *c* ed *e* l. n. 103 del 2017). Tuttavia la mancata attuazione di criteri della delega contenuta nella l. n. 103 del 2017 ha una portata più ampia. Manca infatti qualsiasi riferimento al potenziamento dell'assistenza psichiatrica, che, anzi, come si vedrà, risulta addirittura depotenziata; non è stata esercitata la delega concernente la tutela del rapporto fra detenute e figli mediante la revisione delle norme vigenti in materia di misure alternative al fine di assicurare la tutela del rapporto genitoriale (art. 1 co. 85, lett. *s* l. n. 103 del 2017), né quella concernente la tutela della libertà di culto e dei diritti ad essa connessi (art. 1 co. 85 lett. *v* l. n. 103 del 2017); è stato attuato solo in termini minimali il criterio riguardante il diritto all'affettività delle persone detenute o internate (art. 1 co. 85 lett. *n* l. n. 103 del 2017)<sup>7</sup>.

## 2. Innovazioni in materia di assistenza sanitaria

Passando ad esaminare nel dettaglio le disposizioni contenute nella nuova normativa, il capo I del d.lgs. n. 123 del 2018 è dedicato alla riforma dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, al fine di adeguare quest'ultima alla normativa di riordino della medicina penitenziaria, come richiesto dall'art. 1 comma 85 lett. *l* l. n. 103 del 2017. A tal fine è stato interamente sostituito l'art. 11 o.p. che si occupa della sanità in carcere. La nuova disposizione esordisce affermando che "il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria". A questo proposito viene in rilievo il d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230, il cui art. 1, anch'esso innovato, dispone 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, *tempestive* ed appropriate. In linea con il d.lgs. n. 230 del 1999 si dispone, inoltre, nel comma 3 dell'art. 11 o.p. che la carta dei servizi sanitari che deve essere adottata da ciascuna

---

5 V. d.lgs. 2 ottobre 2018, nn. 121, 123 e 124.

6 V., al proposito, M. Bortolato, *Luci e ombre di una riforma a metà: i decreti legislativi 123 e 124 del 2018*, in *Quest. Giust.* 2018, 3, 120.

7 Cfr., sul punto, L. Cesaris, *Quel che resta della riforma penitenziaria*, in *Giurisprudenza Penale Web* 2018, 12.

azienda sanitaria locale nel cui ambito è presente un istituto penitenziario sia messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità.

Per quel che riguarda i ricoveri all'esterno, viene ampliata la competenza del giudice che procede, deputato a provvedere in materia per gli imputati sino alla sentenza definitiva, mentre il magistrato di sorveglianza conserva la competenza con riferimento esclusivo agli internati e ai condannati in via definitiva. È stata, inoltre, introdotta la legittimazione del p.m. ad autorizzare il trasferimento all'esterno nei casi di giudizio direttissimo, fino alla presentazione dell'imputato in udienza, mentre non viene più menzionata la competenza al riguardo del direttore dell'istituto nei casi di indifferibile urgenza. Comunque, in materia, rimane applicabile il comma 8 dell'art. 17 d.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 (reg. es.) che attribuisce tuttora tale potere al direttore<sup>8</sup>.

Quanto all'ingiustificato allontanamento del detenuto e internato dal luogo di diagnosi e cura, viene estesa dal co. 6 dell'art. 11 o.p. l'applicabilità dell'art. 385 c.p., che disciplina il reato di evasione, anche al caso di allontanamento in presenza di piantonamento, modificandosi in tal modo la previgente disciplina che limitava l'ipotesi di evasione al solo caso di allontanamento del detenuto ricoverato in assenza di piantonamento. Piantonamento che attualmente può essere evitato quando il controllo del paziente non sia necessario per tutelare, oltre che la sua incolumità personale, anche quella di altri.

Importanti novità investono la c.d. prima visita, cioè la visita medica a cui i condannati e gli internati sono sottoposti all'atto dell'ingresso in istituto. Al riguardo, il nuovo comma 7 dell'art. 11 o.p. prevede che, fermo l'obbligo di referto, il medico che riscontri segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti deve darne comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza. La disposizione, pur non imponendo l'obbligo anche della documentazione fotografica, che compariva nella norma contenuta nel precedente schema di decreto legislativo, è comunque positiva perché la comunicazione al direttore e al magistrato di sorveglianza può costituire uno strumento importante per accertare eventuali violenze verificatesi in una fase precedente all'ingresso in istituto. Il pensiero corre subito al caso di Stefano Cucchi<sup>9</sup>, la cui risonanza mediatica può aver probabilmente agevolato l'introduzione della norma, che si ispira a standard sovranazionali<sup>10</sup>. Occorre, tuttavia, sottolineare come non sia stata accolta in materia la proposta contenuta nel progetto di riforma della sanità penitenziaria e delle pene accessorie elaborato dalla Commissione ministeriale presieduta dal prof. Pelissero, in cui si prevedeva che la visita medica generale dovesse essere effettuata in coordinamento con il presidio psichiatrico e il servizio per le dipendenze, al fine di prevenire atti di autolesionismo e suicidi<sup>11</sup>. È da segnalare, al riguardo, che nel 2018, secondo i dati di Ristretti Orizzonti, i suicidi nelle carceri italiane sono stati ben 68: erano stati 49 nel 2013, ridotti a 43 nel 2015 e a 45 nel 2016, per poi subire un vistoso aumento già nel 2017 con 52 suicidi. Il tasso di suicidi in carcere è stato, nel 2017, di oltre 8 detenuti su 100.000, il valore più elevato con riferimento ai 5 anni precedenti<sup>12</sup>; valore, peraltro, tristemente superato nel 2018. Ai suicidi vanno poi aggiunti 712 tentativi di togliersi la vita e 6.404 gesti di autolesionismo, secondo i dati forniti dal Ministero della Giustizia ad agosto 2018.

Tornando al testo della riforma, nel comma 7 del novellato art. 11 o.p. sono stati trasposti alcuni importanti principi già contenuti nel d.lgs. n. 230 del 1999: ci si riferisce al diritto del detenuto

---

8 V., sul punto, le osservazioni critiche di A. Della Bella, *Riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 7 novembre 2018.

9 Stefano Cucchi era un giovane di 31 anni, arrestato in flagranza, con l'accusa di detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti, il 15 ottobre 2009 e morto in custodia cautelare in carcere sette giorni dopo, il 22 ottobre 2009, per cause tuttora oggetto di accertamento in sede di procedimento penale.

10 Cfr. r. 42 par. 3 Regole penitenziarie europee, allegate alla Raccomandazione R (2006) 2 del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

11 Cfr. *Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico, e per la revisione del sistema delle pene accessorie*, istituita con d.m. 19 luglio 2017, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 9 febbraio 2018.

12 Cfr., sul punto, E. Dolcini, *Carcere, problemi vecchi e nuovi*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 19 novembre 2018, il quale sottolinea che si tratta di un dato «ben al di sopra della mediana europea – 7,2 su 100.000 detenuti».

e dell'internato a ricevere informazioni complete sul proprio stato di salute durante la detenzione e al momento di rimessione in libertà; ai principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria, e di garanzia della continuità terapeutica. Continuità terapeutica, spesso non assicurata in concreto a causa anche dei trasferimenti da un istituto ad un altro, da garantire altresì ai detenuti e internati che, al momento della custodia cautelare in carcere o dell'esecuzione dell'ordine di carcerazione, abbiano in corso un programma terapeutico di transizione sessuale (co. 10), in considerazione del pregiudizio sulla salute derivante dall'interruzione della terapia ormonale<sup>13</sup>.

Nel nuovo comma 12 dell'art. 11 o.p. viene infine introdotta la possibilità per il detenuto e l'internato di essere visitato, a proprie spese, da un esercente una professione sanitaria di fiducia, locuzione che include professionisti ulteriori rispetto al medico. Parallelamente, viene ampliata la gamma dei trattamenti sanitari che i reclusi possono richiedere in carcere a proprie spese, in particolare comprendendo gli interventi chirurgici nei reparti clinici interni al carcere, previo accordo con la ASL competente. È stato riformulato in senso restrittivo, invece, il comma 11 del vecchio art. 11 o.p. Nella previgente versione si prevedeva il dovere del sanitario di visitare coloro che ne facessero richiesta, configurandosi dunque, implicitamente, la visita del medico come un diritto del detenuto. Nell'attuale versione, contenuta nel co. 8, si consente, invece, al medico di valutare la necessità della visita sulla base di criteri di appropriatezza clinica. Si prevede, invero, testualmente, che «il medico del servizio sanitario garantisce quotidianamente la visita dei detenuti ammalati e di quelli che ne fanno richiesta quando risulta necessaria in base a criteri di appropriatezza clinica». La norma può essere ragionevolmente interpretata circoscrivendo la discrezionalità del medico ai casi di richiesta della visita da parte di detenuti non ancora individuati come malati, posto che in quest'ultimo caso la c.d. appropriatezza clinica è in *re ipsa*. Anche l'assistenza sanitaria deve essere prestata, ai sensi del nuovo co. 7, non più con "frequenti" ma bensì con "periodici" riscontri, effettuati con cadenza allineata ai bisogni di salute del detenuto.

### 3. Lacune normative

Si è illustrato quanto previsto dalla nuova normativa in tema di assistenza sanitaria. Vediamo adesso quello che manca. È assente, come accennato, qualunque disposizione volta ad attuare il criterio direttivo relativo al potenziamento dell'assistenza psichiatrica<sup>14</sup>. Anzi, si può affermare che il nuovo art. 11 o.p. va nella direzione contraria, in quanto è stato eliminato il riferimento al servizio psichiatrico, presente nella precedente versione della norma, che nel vecchio comma 1 imponeva a ogni istituto di disporre dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. Al proposito, è stato ipotizzato un eccesso di delega «per il fatto che il legislatore delegato è intervenuto sulla materia dell'assistenza psichiatrica operando nella direzione opposta rispetto a quella indicata nella legge delega»<sup>15</sup>.

Manca, inoltre, l'estensione della possibilità del rinvio dell'esecuzione della pena detentiva ai sensi dell'art. 147 co. 1 n. 2 c.p. anche alle ipotesi di grave infermità psichica, il che avrebbe consentito altresì di ammettere il condannato affetto da grave infermità psichica alla detenzione domiciliare *ex art. 47-ter* comma 1-*ter* o.p. Invero, il comma 1-*ter* dell'art. 47-*ter* o.p. prevede che, nei casi in cui potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli artt. 146 e 147 c.p., il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite generale indicato dal co. 1 dell'art. 47-*ter* o.p., può disporre l'applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato.

Nulla si dice, d'altro canto, sulla sorte dell'art. 148 c.p. il quale prevede che in caso di infermità psichica sopravvenuta al condannato, quest'ultimo debba essere ricoverato in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) o in casa di cura e custodia. La norma era stata esplicitamente abrogata dal precedente

---

13 V., al riguardo, A. Della Bella, *Riforma dell'ordinamento penitenziario*, cit.

14 Cfr., in argomento, M. Pelissero, *Salute mentale e carcere: una necessità dimenticata*, in *Quest. Giust.* 2018, 3, 133.

15 V., in tal senso, A. Della Bella, *Riforma dell'ordinamento penitenziario*, cit.

schema di decreto legislativo e significativamente non viene menzionata fra le competenze del magistrato di sorveglianza elencate dal nuovo art. 678 comma 1 c.p.p., pur permanendo tra le attribuzioni dello stesso magistrato ai sensi dell'art. 69 co. 8 o.p.

L'art. 148 c.p., comunque, è già stato ritenuto implicitamente abrogato da un'ordinanza della Corte di cassazione del 27 novembre 2017, ordinanza con la quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale, per contrasto con gli artt. 2, 3, 27, 32 e 117 Cost., dell'art. 47-ter co. 1-ter o.p. nella parte in cui non prevede l'applicabilità della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena<sup>16</sup>.

La Corte ha invero ritenuto che attualmente, a seguito del superamento degli OPG avvenuto in via definitiva nel 2017 non può ipotizzarsi il subingresso delle REMS (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, operanti su base regionale) nelle precedenti funzioni svolte ai sensi dell'art. 148 c.p. dagli ospedali psichiatrici giudiziari, dal momento che le vigenti disposizioni di legge indicano le REMS come luoghi di esecuzione delle sole misure di sicurezza.

Dunque, ad avviso della Corte, secondo la legislazione vigente non sembrano sussistere alternative alla detenzione carceraria per il soggetto affetto da infermità psichica in esecuzione di pena con un residuo superiore a 4 anni o per un reato c.d. ostativo, posto che da un lato vi è l'impossibilità di usufruire, per carenza dei presupposti di accessibilità, della detenzione domiciliare ordinaria, dall'altro lato vi è l'impossibilità di accedere alla detenzione domiciliare ex art. 47-ter co. 1-ter che, come osservato, opera nei casi in cui può essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena ai sensi degli artt. 146 e 147 c.p.

Successivamente, il tribunale di sorveglianza di Messina aveva optato per una diversa soluzione, dagli effetti immediati, ritenendo possibile in materia l'applicazione analogica degli artt. 147 c.p. e 47-ter comma 1-ter o.p., quali espressioni dei principi generali di umanità della pena, di tutela della salute e della rieducazione del condannato<sup>17</sup>.

Ci si trovava, dunque, di fronte a una situazione di incertezza del diritto, da risolvere quanto prima.

In assenza di un intervento del legislatore, sul punto si è pronunciata di recente la Corte costituzionale che, ritenuta l'inapplicabilità dell'art. 148 c.p., in quanto superato da riforme legislative, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter comma 1-ter o.p. nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare "umanitaria" sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta<sup>18</sup>. Al riguardo, i giudici costituzionali hanno reputato in contrasto con la Costituzione «l'assenza di ogni alternativa al carcere, che impedisce al giudice di disporre che la pena sia eseguita fuori dagli istituti di detenzione, anche qualora, a seguito di tutti i necessari accertamenti medici, sia stata riscontrata una malattia mentale che provochi una sofferenza talmente grave che, cumulata con l'ordinaria afflittività del carcere, dia luogo a un supplemento di pena contrario al senso di umanità»<sup>19</sup>.

Al proposito, può essere utile rammentare che nella precedente versione dello schema di decreto legislativo era stata inserita una nuova misura alternativa alla detenzione, l'affidamento in prova per i condannati con infermità psichica, modellata sull'affidamento in prova c.d. terapeutico per i condannati tossicodipendenti o alcooldipendenti<sup>20</sup>. Avrebbero potuto usufruire di questa nuova misura i condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente o per cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, nonché i condannati a cui fosse sopravvenuta una grave infermità psichica, purché dovessero espiare una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non supe-

---

16 V. Cass. 23 novembre 2017, Montenero, n. 13382.

17 Cfr. Trib. Sorv. Messina, ord. 22 febbraio 2018, in *Giurisprudenza Penale Web* 2018, 6, con nota di L. Amerio, *Differimento pena per infermità psichica: il Tribunale di Messina percorre la via "immediata" dell'analogia in bonam partem*.

18 Cfr. Corte cost., sent. n. 99 del 2019.

19 In questi termini Corte cost., sent. n. 99 del 2019, cit.

20 Cfr. art. 14 comma 1 lett. b Schema di decreto legislativo recante riforma dell'ordinamento penitenziario in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lett. a), b), c), d), e), f), h), i), l), m), o), r), s), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103, 17, trasmesso alla Presidenza della Camera dei deputati il 20 marzo 2018.

riore a 6 anni, o a 4 anni in caso di pena relativa a un reato compreso nell'elenco di cui all'art. 4-*bis* co. 1 o.p.

Restavano fuori dall'ambito di applicabilità della norma i soggetti affetti da infermità psichica sopravvenuta in espiatione della misura di sicurezza dell'assegnazione a una colonia agricola o casa di lavoro.

La misura – prevalente, ove ne sussistessero i requisiti, sulla detenzione domiciliare *ex art. 47-ter* comma 1-*ter* o.p. – avrebbe dovuto avere ad oggetto lo svolgimento di un programma terapeutico e di assistenza sanitaria in libertà presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata.

Sicuramente, l'introduzione di tale misura alternativa nel sistema penitenziario avrebbe agevolato una gestione dell'infermità psichica sopravvenuta calibrata sulle esigenze del caso concreto.

Nel nuovo assetto normativo manca, infine, la previsione di sezioni penitenziarie, ad esclusiva o prevalente gestione sanitaria, specializzate nel disagio psichico, a cui destinare i detenuti infermi.

La tematica è molto rilevante sul piano pratico. Al proposito si è ipotizzato, sulla base delle stime contenute in una ricerca avente ad oggetto la crisi della salute mentale nelle prigioni del Regno Unito<sup>21</sup>, che «fra i 60.029 detenuti/e nelle carceri italiane al 31 dicembre 2017, ben 5000 sarebbero affetti da psicosi e circa 30.000 soffrirebbero di depressione e ansia». Ciò «senza contare le tossicodipendenze (malattie psichiatriche a tutti gli effetti secondo il DSM e l'ICD) e i disturbi della personalità»<sup>22</sup>.

D'altro canto, nella Relazione al Parlamento presentata nel 2018 dal Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, si è sottolineato che negli Istituti penitenziari italiani (194) vi sarebbero 47 Articolazioni per la tutela della salute mentale (8 femminili e 39 maschili) ospitanti 251 detenuti, di cui 21 donne e 230 uomini. Due sarebbero invece i reparti psichiatrici, uno nel carcere di Torino, l'altro nell'istituto di Milano "San Vittore"<sup>23</sup>.

Orbene, il Garante nazionale ha rilevato, nel corso delle visite, come non solo i reparti di articolazione per la tutela della salute mentale siano insufficienti, ma anche come molti di essi siano tali solo di nome, asserendo che in parte si tratta di «meri reparti per l'osservazione psichiatrica *ex art. 112* Reg. es., sezioni in concreto mai aperte per mancanza di un protocollo con l'Azienda sanitaria territoriale o per carenza di personale»<sup>24</sup>.

Appare, pertanto, incomprensibile l'omessa attuazione della delega sul punto, non giustificabile sulla base di valutazioni di politica criminale che non possono in alcun modo incidere sull'obbligo dello Stato di tutelare la salute, sia fisica che psichica, dei soggetti affidati alla sua custodia, né, tantomeno, sulla base di considerazioni finanziarie che non possono legittimare, nel bilanciamento degli interessi in gioco, una compressione del nucleo irriducibile del diritto alla salute come ambito inviolabile dell'essere umano.

## Bibliography

L. Amerio, *Differimento pena per infermità psichica: il Tribunale di Messina percorre la via "immediata" dell'analogia in bonam partem*, in *Giurisprudenza Penale Web* 2018, 6.

M. Bortolato, *Luci e ombre di una riforma a metà: i decreti legislativi 123 e 124 del 2018*, in *Quest. Giust.* 2018, 3, 119.

T. Burki, *Crisis in UK prison mental health*, in *The Lancet Psychiatry*, Dicembre 2017, vol. 4, n. 12, 904.

---

21 Cfr. T. Burki, *Crisis in UK Prison Mental Health*, in *The Lancet Psychiatry*, Dicembre 2017, vol. 4, n. 12, 904.

22 V., in questi termini, M. Iannucci – G. Brandi, *Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario*, in *Dir. Pen. Cont.* 2018, 2, 111–112.

23 Cfr. Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2018*, 210.

24 Così Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2018*, cit., 180.

- L. Cesaris, *Quel che resta della riforma penitenziaria*, in *Giurisprudenza Penale Web* 2018, 12.
- A. Della Bella, *Riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 7 novembre 2018.
- E. Dolcini, *Carcere, problemi vecchi e nuovi*, in [www.penalecontemporaneo.it](http://www.penalecontemporaneo.it), 19 novembre 2018.
- Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento 2018*.
- M. Iannucci – G. Brandi, *Il reo folle e le modifiche dell'ordinamento penitenziario*, in *Dir. Pen. Cont.* 2018, 2, 89.
- M. Pelissero, *Salute mentale e carcere: una necessità dimenticata*, in *Quest. Giust.* 2018, 3, 133.