

dott. PIERPAOLO MARTUCCI

Ricercatore nell'Università di Trieste

SE IL BOSS SI DEPRIME.
LA TUTELA DELLA SALUTE (ANCHE) PSICHICA,
FRA DIRITTI DEI DETENUTI ED ESIGENZE SECURITARIE

SOMMARIO: 1. Introduzione. Il singolare caso del boss depresso. – 2. Depressione e carcere duro. – 3. Mafia e depressione. – 4. In conclusione.

1. Introduzione. Il singolare caso del boss depresso

Recentissimi fatti di cronaca hanno ancora una volta riproposto l'annosa questione delle condizioni di vita negli istituti di pena italiani.

L'apparente eccezionalità di certi eventi si limita a far emergere una "normalità" che di solito le cronache non riportano: nelle nostre carceri ogni anno muoiono oltre 100 detenuti per esiti di malattie (croniche od acute), di scioperi della fame o in conseguenza di suicidi. Esauritisi completamente gli effetti dell'indulto, nel 2009 vi è stato un incremento di oltre il 20% dei decessi rispetto all'anno precedente (173 contro 142), buona parte dei quali (72-41,6%) dovuti a suicidi, anch'essi in forte aumento (ben il 56%) rispetto alle morti registrate nel 2008 (46).

Proprio una decisione giudiziaria relativa alle conseguenze della carcerazione ha sollevato di recente violente – anche se prevedibilmente brevi – polemiche, determinate dall'identità del personaggio coinvolto.

Il 3 giugno 2009 la terza sezione del Tribunale penale di Catania concedeva infatti la sostituzione della misura cautelare della detenzione in carcere con quella degli arresti domiciliari, motivandola con l'affermata incompatibilità delle condizioni del detenuto rispetto al regime speciale di cui all'art. 41 *bis*, al quale era sottoposto. Proprio l'identità del beneficiario è stata all'origine delle critiche: si trattava di Giacomo Maurizio Ieni, 52 anni di età, indicato come il reggente della cosca mafiosa dei Pillera, a loro volta storici alleati della famiglia Santapaola. L'uomo, detenuto in regime di massima sicurezza nella clinica medica del carcere di Parma, era stato arrestato il 30 maggio del 2006 nell'ambito dell'inchiesta denominata "Atlantide", condotta dalla Direzione dipartimentale antimafia della Procura catanese.

La vicenda ha suscitato reazioni vivacissime da parte delle forze politiche e dei sindacati di polizia, con interrogazioni parlamentari e richieste di intervento rivolte al Ministro della Giustizia. In realtà non sussistevano margini per un'iniziativa ministeriale poiché – diversamente da certe improprie rappresentazioni della notizia – non vi era stata una revoca del c.d. "carcere duro" a favore di un soggetto condannato (caso questo di competenza del tribunale di sorveglianza), ma una sostituzione con gli arre-

sti domiciliari della misura cautelare della detenzione in carcere di un imputato non condannato in via definitiva, decisa in sede di tribunale del riesame.

La vicenda merita di essere valutata con qualche considerazione più approfondita.

All'origine della decisione dei giudici etnei vi era stata l'ennesima istanza dell'avvocato difensore di Ieni, corredata dalla consulenza di uno psicologo (autorizzato a visitare il paziente), secondo il quale l'uomo presentava un grave stato depressivo, incompatibile con il regime carcerario.

In una precedente udienza di uno stralcio del processo "Atlantide", nel corso di un collegamento in videoconferenza con il centro clinico del carcere di Parma, Giacomo Ieni era scoppiato in lacrime davanti ai giudici sostenendo di "essere fortemente depresso e di non riuscire a stare in carcere".

Secondo quanto riferito dagli organi di stampa, nel motivare l'accoglimento della richiesta del difensore del presunto boss, i giudici del riesame hanno "escluso atteggiamenti simulatori", sulla base di una "lunga osservazione e numerosi accertamenti", sottolineando come "il fatto che in tre anni ci sia stata una cronicizzazione del disturbo dà la misura della insufficienza della struttura carceraria a superare la condizione di patologia". Rilevano ancora i giudici che "la cronicizzazione della malattia è più che un aggravamento", tanto da ritenere inutile "un ulteriore accertamento perché confermerebbe quanto ripetutamente acclarato" e da affermare che per superare la depressione "l'ambiente familiare appare allo stato insostituibile". In effetti la decisione dei magistrati della terza sezione del tribunale di Catania si è basata sostanzialmente sull'esame del diario clinico, senza disporre altre perizie, come peraltro lamentato dalla Procura etnea¹.

Al di là delle violente critiche giunte da più parti, spesso connotate da forte emotività, non vi è dubbio che la decisione dei magistrati catanesi sollevi problemi complessi, anche nella prospettiva di possibili, futuri provvedimenti analoghi. Ritengo che una riflessione spassionata in merito debba affrontare tre passaggi salienti:

- valutare l'effettiva gravità e pericolosità di una patologia depressiva in rapporto allo stato di detenzione, nello specifico quello del c.d. "carcere duro";
- considerare se sia probabile e comunque verosimile lo sviluppo di gravi disturbi depressivi in soggetti particolari, quali sono gli appartenenti di spicco alle organizzazioni criminali di stampo mafioso;
- infine, alla luce dei due punti precedenti, valutare la congruità e opportunità della scelta operata dal tribunale del riesame di Catania.

¹ La Procura di Catania, che ha proposto ricorso avverso la decisione del Tribunale, si era detta "estremamente sorpresa e sgomenta", sia "per la pericolosità sociale del soggetto", sia per il fatto che "nella perizie redatte non ce n'era alcuna che stabilisse che il suo stato di salute sia incompatibile con la detenzione in un centro medico, così come si trovava ristretto".

2. *Depressione e carcere duro*

Poiché nell'uso corrente si fa assai spesso un uso improprio e superficiale del termine "depressione" è bene ricordare – ai fini che qui rilevano – che si deve fare riferimento a un quadro grave di Depressione Maggiore, inquadrabile fra i Disturbi dell'Umore secondo la classificazione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM IV-TR) e ben lontano da un normale stato di tristezza e caduta dell'umore, che può costituire una fisiologica e frequente reazione al trauma dell'arresto.

Secondo la nosografia psichiatrica corrente, la caratteristica essenziale di un Episodio Depressivo Maggiore è un periodo di almeno due settimane durante il quale si manifestano depressione dell'umore o perdita di interesse o di piacere per quasi tutte le attività. L'individuo deve anche presentare almeno altri quattro sintomi di una lista che includa alterazioni dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria; ridotta energia; sentimenti di svalutazione o di colpa; difficoltà a pensare, concentrarsi o prendere decisioni; oppure ricorrenti pensieri di morte o ideazione suicidiaria, pianificazione o tentativi di suicidio. Si deve trattare di sintomi di nuova comparsa o nettamente peggiorati, rispetto allo stato premorbo del soggetto e devono persistere per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane consecutive. Occorre distinguere un quadro depressivo grave che si presenta in risposta a un evento stressante psicosociale da un Disturbo dell'Adattamento con un Umore Depresso. Per esempio, dopo un lutto si potrà parlare di Depressione Maggiore solo se i sintomi perdurino per più di due mesi o includano una compromissione funzionale marcata, preoccupazioni patologiche di autosvalutazione, ideazione suicidiaria, sintomi psicotici o rallentamento psicomotorio².

Senza dubbio la seria depressione comporta, fra le patologie psichiatriche, il rischio autolesivo più reale ed elevato: fino al 15% degli individui con un Disturbo Depressivo Maggiore grave muore per suicidio³. Le condizioni di prigionia moltiplicano questo esito estremo, considerando che quasi il 10% della popolazione detenuta presenta sintomatologie di tipo depressivo: l'incidenza dei suicidi nell'ambito carcerario è 19 volte più elevata rispetto a quella che si riscontra fra i soggetti liberi.

È noto che i suicidi riusciti e tentati vengono posti in essere soprattutto da detenuti in attesa di giudizio, in accordo con la circostanza che lo stato depressivo raggiunge un livello significativamente più alto nei detenuti che sono in carcere da non più di 4 mesi, mentre l'entità media dello stato depressivo non varia in misura significativa tra i detenuti con periodo di reclusione medio (da 5 mesi a 2 anni) e quelli con periodo

² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, IV ed. italiana, Masson, Milano, 2001, 379 s.

³ *Ibidem*. Cfr. anche C. SERRA, *Aspetti psicologici della detenzione*, in *Salute e stato detentivo*, Atti del Convegno di Studi (Martina Franca, 21-22 novembre 1997), Università di Bari, Martina Franca, 1998, 103.

di detenzione lungo (oltre i 2 anni)⁴.

A questo proposito appare chiaro il significato dirompente che la rottura col mondo esterno e l'ingresso in un'"istituzione totale" possono comportare per un individuo, soprattutto se si tratta della prima esperienza; particolarmente efficace risulta l'espressione "choc da carcerazione", utilizzata in proposito da Giusti⁵. Proprio la consapevolezza di quanto sia delicata la fase dell'ingresso nel mondo carcerario ha portato, alla fine del 1987, a istituire nei penitenziari italiani il Servizio Nuovi Giunti, presidio psicologico che mira a prevenire e combattere il suicidio e gli atti di violenza posti in essere dai detenuti e dagli internati a danno di altri compagni.

Per quanto riguarda il recente aumento dei suicidi, non sembra certo inverosimile ritenere che a esso abbia contribuito anche il peggioramento delle condizioni di vita, con il sovraffollamento delle celle e la fatiscenza di molte strutture, tutti aspetti che esasperano le difficoltà dell'adattamento.

Rispetto alle patologie depressive e al rischio suicidiario, come si pone il regime applicativo dell'art. 41-*bis* ord. pen.?

Ricordiamo che quello che sovente (e impropriamente) viene definito "carcere duro" è in realtà un regime di sorveglianza particolare, con la possibilità di sospendere alcune regole trattamentali in casi eccezionali di rivolta o di altre gravi situazioni di emergenza o (il caso di cui qui si discute) nei confronti di appartenenti alla criminalità organizzata per i quali non sia stata dimostrata l'elisione dei contatti con l'associazione di appartenenza. In concreto, nella formulazione disegnata dopo le rimodulazioni introdotte con la legge n. 279 del 2002, le limitazioni previste dall'art. 41-*bis* rispetto al normale regime penitenziario riguardano l'isolamento dagli altri reclusi, il numero e le modalità dei colloqui concessi al detenuto (non più di due al mese e solo con familiari o conviventi), la permanenza all'aperto, la sottoposizione a censura della corrispondenza, le limitazioni nella ricezione di oggetti e di somme di denaro. Le restrizioni non possono riguardare il vitto, l'assistenza medica, l'igiene, il vestiario e soprattutto la lettura di libri e periodici.

Proprio in rapporto alla vicenda del presunto boss catanese, vi è stato chi ha polemicamente sostenuto che il regime dell'art. 41-*bis* comporterebbe per il detenuto condizioni di vita nei fatti migliori rispetto a quelle del "normale" penitenziario: infatti la collocazione in una cella singola, generalmente in strutture più moderne, per ragioni di sicurezza, costituirebbe una sorta di privilegio in confronto alla forzata promiscuità subita in ambienti intollerabilmente sovraffollati. Questa osservazione può avere qualche fondamento se riferita a un periodo iniziale e breve ma diviene assai discutibile se riportata a una più lunga durata di applicazione dei "vantaggi" del regime speciale:

⁴ C. MACRÌ, *Ricerca sull'insorgenza degli stati depressivi*, in "Salute e stato detentivo", Atti del Convegno di Studi (Martina Franca, 21-22 novembre 1997), Università di Bari, Martina Franca, 1998, 113.

⁵ Citato in MACRÌ, *op. cit.*, 114.

“Si tratta invece di costringere il condannato differenziato a vivere una vita priva di relazioni sociali. Ora d’aria in minuscoli cortili da solo, con non più di due compagni. Colloqui con i familiari rarefatti, anche per le distanze e il costo del viaggio. Corrispondenza consegnata in ritardo. Talora vi è anche di peggio”⁶. In realtà la solitudine, l’impossibilità di qualunque contatto con gli altri detenuti, la lontananza fisica e psicologica da familiari e amici, l’assenza di prospettive e progettualità per il futuro⁷, sono tutti fattori idonei a indurre uno stato depressivo. Se taluno ha provocatoriamente proposto la metafora del carcere come “salubre fabbrica della malattia”⁸, forse non è eccessivo segnalare il carcere di massima sicurezza come terreno privilegiato del disagio psichico.

Il punto cruciale è che – a proposito del regime di cui all’art. 41-*bis* – non manca chi afferma senza perifrasi che “è doveroso convenire, sulla base delle premesse ideologiche che sostengono la riforma del 1975, che il cosiddetto carcere duro contrasta, fino ad annullarla, l’ideologia del trattamento, tessuta di diritti soggettivi azionabili da parte di ciascun detenuto”. E a dissiparne le ombre certo non sono bastate le caute rassicurazioni della Corte costituzionale⁹ né tanto meno le parziali censure in più occasioni espresse dalla Corte europea dei diritti dell’uomo¹⁰.

3. Mafia e depressione

Se l’ambiente carcerario in generale (e quello di massima sorveglianza in particolare) è senz’altro coerente con l’insorgenza di stati depressivi e di agiti autolesivi, ci si può chiedere come si pongano le diverse categorie di detenuti (e fra loro quelli di estrazione mafiosa) in rapporto a questo specifico rischio.

⁶ F. S. FORTUNA, *Il carcere duro, negazione dell’ideologia penitenziaria*, in *Rass. penitenziaria e criminologica*, 2004, 1, 74. Per un interessante testimonianza “interna”, si veda il libro-diario pubblicato da A. PERRONE, dopo 12 anni di detenzione a Napoli “in regime di 41*bis*”: *Vista d’interni*, Mani, Lecce, 2003.

⁷ Gli addetti ai lavori non ignorano come, quando il detenuto non decida di collaborare (divenendo un “pentito”), la dimostrazione del venir meno dei legami col crimine organizzato si traduca in una sorta di *probatio diabolica*, che rende la revoca del regime di cui all’art. 41-*bis* quanto mai remota ed aleatoria, specialmente ove si consideri che, ai fini del giudizio sulla permanenza dei contatti con le organizzazioni criminali di origine, risultano importantissimi i pareri degli organi investigativi esterni, la cui valutazione oggettiva è di fatto impossibile. Ciò aveva portato, anni fa, il Tribunale di sorveglianza di Napoli ad affermare che se, dopo sedici anni di carcere duro, il decreto di applicazione espone come ancora in essere i contatti di indole mafiosa, questo allora significa che il regime non è in grado di produrre i risultati attesi (Trib. sorv. Napoli, 30 aprile 2002, in *Giur. merito*, 2003, 2.)

⁸ G. MOSCONI, *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rass. penitenziaria e criminologica*, 2005, 1, 59.

⁹ Cfr. Corte cost., 5 dicembre 1997, n. 376, in *Foro it.*, 1998, I, 5.

¹⁰ Vedi in particolare Corte europea, Sez. III, 10 novembre 2005, in *Rass. penitenziaria e criminologica*, 2006, 1, 205; Corte europea, Sez. IV, 26 luglio 2001, in *Dir. pen. proc.*, 2001, 1449.

L'esperienza ha mostrato che ladri, spacciatori e rapinatori abituali, coloro i quali provengono dal mondo della piccola delinquenza professionale, generalmente considerano l'incarcerazione alla stregua di una sorta di "infortunio sul lavoro", un rischio calcolato e in gran parte la vivono con un buon spirito di adattamento. Al contrario, per i soggetti provenienti da fasce sociali "normali" o addirittura "alte" (politici, imprenditori, colletti bianchi), il trauma dell'arresto – vissuto come evento eccezionale – è particolarmente severo e – soprattutto nel primo periodo e in custodia cautelare – risultano elevati l'incidenza di reazioni depressive e il pericolo di gesti estremi.

Per gli esponenti di spicco delle organizzazioni criminali di tipo mafioso l'analisi è ancora diversa, e deve tenere conto dei mutamenti maturati negli ultimi decenni. Sino alla fine degli anni Ottanta in Italia i mafiosi evitavano il carcere oppure lo subivano per qualche anno al massimo, in condizioni di assoluto privilegio, con un trattamento di riguardo da parte del personale penitenziario e il rispetto sottomesso di tutti gli altri detenuti. Dalla prigione i boss continuavano senza problemi a dirigere le attività delle loro cosche e le parentesi delle "villeggiature" potevano divenire motivo d'orgoglio, una dimostrazione di forza e della capacità di vincere ogni avversità.

Dopo la reazione dello Stato alle stragi dei primi anni Novanta, gli inasprimenti legislativi, le crepe aperte dal pentitismo, i successi investigativi, le cose sono cambiate. Oggi per un mafioso il rischio di una lunga condanna detentiva o addirittura dell'ergastolo è concreto ed egli si può trovare a scontare la pena in una solitudine che non soltanto smantella la rete delle relazioni ma rende impossibile esprimere il proprio *status*, manifestare la propria immagine, ciò che in definitiva è uno dei veri fondamenti del potere della mafia, la quale, come organizzazione, produce incessantemente *immaginario* e di esso si alimenta. Separato dal suo territorio, privato della sua cosca, dei suoi privilegi e della sua clientela, il mafioso si ritrova improvvisamente a essere ciò che più teme: *nuddu miscatu cu nenti* ("nessuno mischiato con niente")¹¹.

Non vi è dubbio che dalla fine dello scorso secolo la tradizionale cultura mafiosa sia entrata in crisi, in conseguenza dell'azione degli inquirenti, del pentitismo, ma anche dell'evoluzione sociale globale in atto, tutti fattori che hanno contribuito a logorare il *senso* e il *significato* dell'appartenenza a una cosca. Non è un caso che pure nella realtà (e non solo nelle *fiction* hollywoodiane come *Terapia e pallottole*) viene segnalato che, a partire dalla metà degli anni Novanta, diversi membri di famiglie mafiose – di solito mogli e figli di esponenti criminali – abbiano chiesto aiuto a psicoterapeuti in strutture pubbliche e (più raramente) private. Questa scelta di ricercare assistenza all'esterno contrasta radicalmente con il codice di segretezza e isolamento tipico di Cosa Nostra e testimonia l'evidente incapacità delle tradizionali reti familiari a gestire e controllare i cambiamenti che si trovano ad affrontare, primo fra tutti il declino dei miti di invulnerabilità e onnipotenza. Ne deriva talvolta una crisi di identità, innescata

¹¹ F. DI MARIA, *Il segreto e il dogma. Percorsi per capire la comunità mafiosa*, Franco Angeli, Milano, 1998.

dallo sfaldarsi della figura del padre o marito, non più eroe omerico protetto dalla forza e dalla fedeltà del clan, ma uomo come tutti, arrestato, condannato, tanto fragile e solo da essere disposto a tradire e a collaborare con i nemici¹².

Le tipologie di disagio più diffuse sono legate alla depressione e ai disturbi di identità e ciò non può stupire, anche alla luce delle considerazioni di quanti interpretano il *sentire mafioso* come una vera *sindrome depressiva etnica*, la quale caratterizza le relazioni interpersonali e sociali di una collettività¹³. Se si considera la depressione come una condizione di blocco, di impotenza, di incapacità progettuale rispetto alle prospettive di creazione e cambiamento, si può affermare che, dal punto di vista della soggettività collettiva, la sindrome depressiva si configura come carenza di uno spazio mentale sociale di significazione, in un gruppo nel quale la capacità di interpretare le cose e attribuire loro un significato è costantemente inibita e soffocata dal peso di una realtà esterna vissuta come immutabile.

Peraltro non si può dimenticare che, se la detenzione è ormai la palese dimostrazione del fallimento e della mancanza di potere, ne consegue che uscire dal carcere è di vitale importanza per l'esponente del crimine organizzato. Pure la malattia "al pari degli altri mezzi che le norme consentono, può diventare un mezzo per ottenere il riconoscimento del proprio potere. Perciò, se il mafioso potrà ottenere il trasferimento dal carcere all'ospedale per un motivo qualsiasi, egli farà il possibile per rimanervi o per ottenere gli arresti domiciliari per ragioni di salute"¹⁴. Anche perché è comunque complesso l'accertamento della "veridicità" di una affermata depressione, in quanto ci si trova di fronte "a un quadro clinico in cui la diagnosi deriva – in larga parte – dal riferito del paziente, dal suo modo di vedere il mondo e dalla sua personale risposta al 'dolore'; ovvero dal vissuto di una condizione soggettiva difficilmente misurabile e non facilmente oggettivabile"¹⁵.

Tutto questo senza neppure sfiorare l'ambigua questione della "fuga nella malattia", vale a dire del caso in cui sintomi inizialmente simulati divengono poi "reali".

¹² Cfr. G. LO VERSO, G. LO COCO, S. MISTRETTA, G. ZIZZO (a cura di), *Come cambia la mafia. Esperienze giudiziarie e psicoterapeutiche in un paese che cambia*, Franco Angeli, Milano, 1999; U. SANTINO, *Dalla mafia alle mafie. Scienze sociali e crimine organizzato*, Rubettino, Soveria Manelli (CZ), 2006.

¹³ F. DI MARIA, R. MENARINI, G. LAVANCO, *Sindromi depressive etniche e 'sentire mafioso'. Un modello esplicativo gruppoanalitico*, in *Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria*, 1995, 6, 587.

¹⁴ G. GIUSTI, M. BACCI, *Patologia del detenuto e compatibilità carceraria*, Giuffrè, Milano, 1991, 88-89.

¹⁵ C. CIALELLA, R. RINALDI, *Simulazione e dissimulazione di malattia mentale*, in G. Giusti (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini*, II edizione, Cedam, Padova, 2009, 564.

4. In conclusione

Alla luce delle considerazioni appena svolte, appare dunque non solo possibile ma del tutto verosimile che l'appartenente a una cosca mafiosa maturi uno stato depressivo, anche grave. Ma, nel caso specifico, come valutare la decisione dei giudici della terza sezione del Tribunale penale di Catania?

In linea generale, è sempre risultato assai problematico stabilire l'incompatibilità del regime carcerario in rapporto a forme di disagio psichico sopravvenute nel detenuto. A questo riguardo ricordiamo che l'orientamento della Corte di cassazione si è mantenuto particolarmente cauto in proposito. Nel regime precedente al nuovo rito processuale penale si tendeva a escludere che un disturbo mentale, ancorché tale da scemare la capacità di intendere e di volere del soggetto, potesse essere incompatibile col regime detentivo e addirittura si affermava – relativamente alle condizioni di salute che consentivano la concessione del beneficio della libertà provvisoria – che esse “non potevano identificarsi con uno stato morboso di carattere psichico, specie se esso trova origine nella stessa condizione carceraria”¹⁶. La successiva giurisprudenza di legittimità non è stata univoca in materia di situazioni patologiche rapportabili allo stato detentivo, affermando, da un lato, la loro rilevanza anche quando la reclusione fosse fattore causale o concausale della malattia¹⁷, dall'altro, l'esclusione delle sindromi ansioso-depressive connaturali alla privazione della libertà personale ed eliminabili solo con la sua cessazione¹⁸. Comunque la valutazione deve essere particolarmente attenta, anche considerando che non esistono presunzioni legali di incompatibilità neppure per patologie particolarmente gravi, incluse quelle connesse all'infezione HIV.

Vi è poi il dato testuale dell'art. 275, comma 4-*bis*, c.p.p., il quale stabilisce che la custodia cautelare in carcere non può essere mantenuta se l'imputato è affetto da “malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere”. Il successivo comma 4-*ter* precisa però, a tale proposito, che “se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato (...) il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza” (e in effetti sembra questo il caso del presunto boss catanese).

Tornando al merito della vicenda di Giacomo Ieni, la decisione di procedere sulla base del diario clinico e del materiale già disponibile, senza disporre ulteriori accertamenti *ad hoc*¹⁹, senz'altro legittima in linea di principio, pare essere stata perlomeno

¹⁶ Cass. pen., sez. II, 6 giugno 1984, n. 1945.

¹⁷ Cass. pen., sez. VI, 7 settembre 1995, CED n. 202643.

¹⁸ Cass. pen., sez. VI, 5 aprile 2000, CED n. 215860; Id., sez. I, 10 gennaio 1992, CED n.188853.

¹⁹ In seguito al ricorso proposto dalla Procura, Il Tribunale del Riesame di Catania ha successi-

incauta nella circostanza concreta, considerata la pericolosità del soggetto, la natura della malattia, gli orientamenti giurisprudenziali restrittivi e il rischio effettivo di simulazioni o perlomeno di esagerazioni da parte dell'interessato. Tuttavia, ciò che veramente sconcerta nella risoluzione adottata dal Tribunale del riesame non è di per sé la concessione degli arresti domiciliari, quanto l'aver completamente disatteso le indicazioni dell'art. 275 c.p.p., comma 4^{ter}, sul dichiarato presupposto che nessun centro sanitario potesse considerarsi idoneo a "consentire cure adeguate" alla sindrome depressiva lamentata dallo Ieni (il quale, ricordiamolo, era già ospitato presso la clinica medica del carcere di Parma), e che per salvaguardare la salute di costui l'unica soluzione rimaneva dunque la restituzione "all'ambiente familiare". In questo i giudici sembrano avere ignorato che le prospettive cliniche di cura dei disturbi dell'umore, anche gravi, sono attualmente molto buone: nella grande maggioranza dei casi un approccio combinato di trattamento farmacologico e di psicoterapia assicura – se non la piena remissione – una significativa attenuazione dei sintomi e questo anche (e forse meglio) in contesti diversi da quello dell'abitazione familiare.

Per quanto poi riguarda le esigenze cautelari di recidere i contatti con la rete criminale di affiliazione, è palese che il ritorno dell'imputato al suo contesto di vita risulta quanto di più rischioso vi possa essere.

In conclusione, la scelta operata dai magistrati catanesi per affrontare il problema della salute psichica del presunto boss appare quanto meno superficiale e singolarmente imprudente, anche sotto il profilo del rischio di emulazione da parte di tanti altri detenuti, a "regime speciale" e non.

Tuttavia l'incongruità della vicenda catanese non deve oscurare il problema *reale* della tutela della salute (anche) mentale dei tanti (troppi?) detenuti italiani, della diffusione *reale* di sindromi depressive gravi, della conseguente, incontrovertibile, *reale* incidenza di suicidi.

Penso non si possa negare che i principi costituzionali e internazionali, posti alla base dell'attuale ordinamento penitenziario, o costituiscono un valore assoluto da applicare (piaccia o non piaccia) a *tutti* i detenuti, mafiosi inclusi, oppure si riducono a categorie relative, modellabili sulle necessità contingenti del sistema. In questo senso, fra l'altro, occorrerebbe superare le ipocrisie istituzionali e riconoscere che rimane sempre sullo sfondo il vero e proprio "buco nero" del regime carcerario ex art. 41-*bis* ord. pen., in evidente contrasto con i fondamenti ispiratori del sistema creato nel 1975 ma che la ragion di Stato ha mantenuto sinora sostanzialmente intoccabile²⁰.

vamente disposto la nomina di tre periti per accertare le condizioni di salute psichica del presunto boss Giacomo Ieni.

²⁰ P. MARTUCCI, *I diritti dei detenuti*, in P. CENDON (a cura di), *I diritti della persona*, IV, Utet, Torino, 2005, 1091.

Antologia

