

CONSIGLIO D'EUROPA
CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO

QUARTA SEZIONE

DECISIONE FINALE

SULLA RICEVIBILITÀ DEL

Ricorso n. 23800/06
John SHELLEY
contro il Regno Unito

La Corte europea dei diritti dell'uomo (Quarta Sezione), riunita il 4 gennaio 2008 in una Camera composta da:

Josep Casadevall, *Presidente*,

Nicolas Bratza,

Giovanni Bonello,

Stanislav Pavlovski,

Lech Garlicki,

Ján Šikuta,

Päivi Hirvelä, *giudici*,

e Lawrence Early, *Cancelliere di Sezione*,

Visto il ricorso sopraccitato presentato l'11 maggio 2006,

Vista alla decisione di applicare l'art. 29 § 3 della Convenzione e di pronunciarsi congiuntamente sulla ricevibilità ed sul merito del ricorso,

Viste le osservazioni presentate dal Governo convenuto e le osservazioni in risposta presentate dal ricorrente,

Viste le note presentate dalla Fondazione Irlandese per la Riforma Penale, insieme alla Lega Giuridica Canadese HIV/AIDS, e dalla Fondazione Nazionale AIDS, sostenuta dalla Fondazione per la Riforma Carceraria,

Dopo avere deliberato, adotta la seguente decisione:

IL FATTO

Il ricorrente, cittadino del Regno Unito, nato nel 1972, sta attualmente scontando una condanna alla detenzione presso la H.M. Prison Whitemoor. Egli è stato rappresentato dianzi alla Corte da Sean Humber, avvocato che esercita a Londra. Il Governo del Regno Unito (« il Governo ») è

rappresentato dal suo agente, J. Grainger del Ministero degli Affari esteri e del Commonwealth di Londra.

A. Le circostanze del caso

I fatti del caso, così come presentati dalle parti, posso essere riassunti come segue.

1. Informazioni preliminari

Nel Regno Unito è vietato l'uso di sostanze stupefacenti in carcere. Nel 1997-1998 il Laboratorio del Servizio sanitario NAZIONALE ha condotto un'inchiesta anonima in otto prigioni, i cui risultati hanno indicato che la presenza dell'HIV era dello 0.36%, dell'epatite B del 7.8% e dell'epatite C del 7.5%. Il 24% dei detenuti oggetto dell'indagine aveva assunto sostanze stupefacenti per iniezione, il 30% dei quali ne aveva fatto uso mentre si trovava in carcere. Il 75% di coloro che si erano iniettati sostanze stupefacenti in carcere avevano utilizzato gli stessi strumenti per l'assunzione. Uno Studio più recente del Ministero degli Interni (Studio di ricerca 297, luglio 2003) sostiene che il 2% dei detenuti assume per iniezione sostanze stupefacenti mentre si trova in carcere; lo Studio, comunque, riconosce che potrebbe esserci un numero significativo di casi che non sono stati presi in considerazione dal rapporto a causa del disonore associato all'uso di droghe. Il Dipartimento di sanità identifica nelle epatiti B e C e nell'HIV i virus più comunemente veicolati attraverso il sangue. Tali virus possono causare seri problemi di salute nel lungo periodo o costituire una minaccia alla vita. Il Dipartimento ritiene che l'epatite C sia la causa accertata di morte di circa 100 persone l'anno e contribuisca al decesso di 5.000 persone l'anno a causa delle complicazioni che derivano da malattie croniche del fegato. Esso ha inoltre stabilito che lo scambio di siringhe da parte di coloro che assumono droghe per via endovenosa è stato la causa di più del 91% dei casi di epatite C riscontrati tra il 1992 e il 2002.

I programmi di sostituzione delle siringhe, per mezzo dei quali tali strumenti sono rimpiazzati con aghi e siringhe sterili, sono generalmente riconosciuti come un importante sistema per ridurre il rischio di infezione derivante dallo scambio di aghi e siringhe. I rapporti riferiscono che l'utilizzo di aghi e siringhe sterili monouso è il mezzo più efficace per prevenire le infezioni. Esiste inoltre un certo numero di studi nei quali si sostiene che in pratica la disinfezione delle siringhe è un mezzo meno efficace per prevenirne la trasmissione. Le statistiche del Dipartimento di Sanità affermano che almeno il 99% delle autorità sanitarie ha reso disponibile ai cittadini i programmi di sostituzione delle siringhe. Nelle carceri non sono mai stati attivati programmi di sostituzione.

Nel 1995, il Comitato consultivo per l'AIDS del Servizio penitenziario ha raccomandato che agenti disinfettanti fossero resi disponibili ai detenuti

in Inghilterra e in Galles come misura per ridurre i rischi di diffusione delle infezioni a causa dello scambio di strumenti per l'iniezione di sostanze stupefacenti. La misura raccomandata aveva trovato applicazione, per poi essere ritirata solo dopo poche settimane a causa di alcune preoccupazioni espresse sulle conseguenze per la salute e sulla sicurezza delle pastiglie. Tre anni dopo è stato lanciato un progetto pilota, che ha coinvolto 11 carceri, e che è stato oggetto di valutazione da parte della Scuola di igiene e medicina tropicale di Londra in un dettagliato rapporto. In tale rapporto si conclude che si sono prodotti benefici reali attraverso la reintroduzione delle pastiglie disinfettanti e ha raccomandato che tali pastiglie venissero rese disponibili all'interno delle carceri. Il 1° dicembre 2003 è stata adottata l'Istruzione del servizio Penitenziario n. 53/2003, che ha introdotto un piano per rendere disponibili le pastiglie a partire dal 1° aprile 2004. Il piano è attualmente oggetto di applicazione e valutazione.

A partire dal 1993, le pastiglie sono state rese disponibili nelle prigioni scozzesi, nella cui giurisdizione, come riferito, è stato di recente avviato un programma pilota sulla sostituzione delle siringhe.

2. Le azioni legali condotte dal ricorrente

Il ricorrente è un detenuto. Nel 2004, egli informò gli avvocati di essere preoccupato per il fatto che la fornitura di pastiglie al posto dell'avvio di programmi di sostituzione delle siringhe non fosse sufficiente a evitare i rischi causati dall'utilizzo condiviso degli stessi aghi infetti. Tali rischi non erano solo limitati a coloro che assumevano droga, ma anche agli altri prigionieri e al personale penitenziario che si sarebbe potuto infettare accidentalmente.

In accordo con i suoi avvocati, il Dipartimento di Sanità riconobbe che le pastiglie avrebbero solo disinfettato, senza però garantire lo standard clinico di sterilizzazione. Il Dipartimento affermò che non vi era alcun piano destinato a reintrodurre un programma di sostituzione delle siringhe. In accordo con i suoi avvocati, l'Avvocato del Tesoro spiegò che l'introduzione delle pastiglie costituiva una risposta ragionevole e proporzionata dal momento che le epatiti B e C sarebbero state rese inefficaci da diversi disinfettanti di modesta potenza ed espresse l'idea che la sostituzione delle siringhe avrebbe incrementato l'uso di droghe, nonché il numero di siringhe in circolazione. Fu sostenuto che non era sempre possibile riprodurre un livello di cure sanitarie simile a quello assicurato nell'ambito della comunità e che le pastiglie disinfettanti costituivano un modo efficace per la pulizia delle siringhe e rientravano nella gamma e nella qualità dei servizi sanitari forniti ai detenuti.

L'11 novembre 2004, il ricorrente diede inizio ad un'azione legale sostenendo che la mancata introduzione di un periodo di prova di sostituzione delle siringhe nelle carceri inglesi e gallesi violava gli articoli 2, 3 e 8 della Convenzione. Non specificò, tuttavia, se egli stesso facesse

assunzione per via endovenosa di sostanze stupefacenti, lamentando il fatto che altri detenuti e il personale sarebbero potuti essere vittime dei rischi connessi con la condivisione delle siringhe. L'autorizzazione a procedere con tali azioni legali gli fu rifiutata dopo l'esame dell'istanza condotto dal Giudice Harrison. Il ricorso fu riproposto oralmente, e venne tenuta un'udienza completa d'anzì al Giudice Beatson; in tale occasione il ricorrente e il Segretario di Stato furono rappresentati da un avvocato.

Il Segretario di Stato si basò sui seguenti motivi:

- il Servizio Penitenziario era preoccupato di non incrementare l'uso di sostanze stupefacenti e sosteneva che non vi fosse una maniera più sicura per iniettarsi sostanze droghe;
- l'uso di sostanze stupefacenti in prigione stava diminuendo – ciò poteva in parte essere dovuto a una mancanza di siringhe e alla preoccupazione per la trasmissione di malattie infettive;
- la sostituzione delle siringhe avrebbe incrementato il loro numero all'interno delle carceri;
- l'introduzione di un sistema di sostituzione delle siringhe doveva essere presa in esame.

Fu ritenuto ammissibile che, se un detenuto si fosse iniettato droghe, sarebbe stato più sicuro utilizzare una siringa nuova al posto di una siringa disinfettata. In seguito, nella fase orale del procedimento, l'avvocato del Segretario di Stato sostenne anche che le siringhe avrebbero potuto essere utilizzate come armi.

Al termine del dibattimento, il Giudice Beatson rigettò l'istanza di riesame del ricorrente volta ad ottenere il permesso di avviare l'azione legale. Egli ritenne che le azioni intraprese dal Segretario di Stato volte a proteggere la salute dei detenuti non fossero irragionevoli, notando che la fornitura di siringhe avrebbe rimosso, nei confronti degli detenuti, uno dei disincentivi all'utilizzo dell'iniezione, e che l'effetto di una decisione di introdurre una politica di distribuzione delle pastiglie disinfettanti doveva essere ancora accertato. Egli, inoltre, sostenne che motivi di sicurezza nella gestione della popolazione carceraria, nella quale le persone vivono fianco a fianco, indicano che non è realistico ritenere che si possa applicare lo stesso regime che si applica nella comunità. Egli non riscontrò alcuna questione rilevante ai sensi degli articoli 2 o 3 della Convenzione.

I rappresentanti legali del ricorrente riuscirono ad ottenere una nuova prova che fu presentata con una nuova istanza alla Corte d'Appello. Tale prova era costituita da un rapporto, datato luglio 2005, elaborato dall'Ufficiale sullo sviluppo della tossicodipendenza del gruppo sulle tossicodipendenze nelle carceri scozzesi; tale rapporto, tra l'altro, sosteneva: che rigorose indagini condotte in Germania e in Svizzera dimostravano in maniera consistente che i programmi di sostituzione delle siringhe non incrementano l'uso di sostanze stupefacenti, il numero di coloro che ne fanno uso, o la quantità di droghe in circolazione; che la distribuzione di

candeggina è solo una soluzione parziale e il suo uso si rivela spesso inadeguato; che si è riscontrato che i tassi più bassi di trasmissione dell'HIV e delle epatiti sono il risultato di piani di sostituzione di siringhe operativi per dieci anni in 46 carceri di quattro Paesi europei, senza che tali piani abbiano determinato alcun incremento dell'utilizzo di sostanze stupefacenti, alcuna interferenza con le strategie di prevenzione all'uso delle droghe, o alcuna aggressione nei confronti del personale di custodia e dei detenuti. Si sosteneva che: « [...] può ritenersi che il rifiuto di rendere disponibili ai detenuti strumenti sterili equivale effettivamente a trascurare il fenomeno della diffusione dell'HIV e dell'HCV tra gli stessi detenuti e, indirettamente, a tutta la comunità esterna ».

Il 29 novembre 2005, la Corte di Appello rigettò l'istanza di riesame volta ad ottenere il permesso di avviare l'azione legale. Essa stabilì che si era lungi dal chiarire in che modo l'art. 2 venisse in rilievo in relazione ai fatti del caso. Pur volendo assumere che tale articolo avesse rilevanza, non aveva senso ipotizzare che la mancata attivazione di un periodo di prova di sostituzione di siringhe determinasse una violazione del diritto positivo alla vita. Il ricorrente stesso ha solo fatto riferimento ad un periodo di prova che in sé è indicativo del fatto che i benefici complessivi di una tale politica dovevano ancora essere dimostrati. Non c'era alcuna prova soddisfacente della diminuzione del rischio per la vita derivante da un programma di sostituzione delle siringhe rispetto ad un programma che si basi sull'uso dei disinfettanti. Anche il Regno Unito non era di certo il solo a rifiutarsi di introdurre tali programmi. Fu assicurato che permaneva la legittima preoccupazione che un programma di sostituzione delle siringhe avrebbe potuto far aumentare l'uso di sostanze stupefacenti e il numero delle siringhe presenti nelle carceri. Anche se in futuro la bilancia potrebbe pendere in favore dei programmi di sostituzione delle siringhe, ciò non sembra certo e il Ministero degli Interni ha posto in essere una politica efficace e sensata per la valutazione di tali programmi e i loro risultati. Fu sottolineata la necessità di tenere la questione essere tenuto sotto controllo.

B. Gli strumenti del Regno unito ed europei

La politica del Servizio Penitenziario stabilisce quanto segue:

Standard: Servizio sanitario per i Detenuti (maggio 2004)

« Rendere ai detenuti lo stesso livello e la stessa qualità dei servizi che i cittadini in generale ricevono dal Servizio Sanitario Nazionale. »

Il Comitato per la prevenzione della tortura ha stabilito nell'ambito dei suoi standard generali il seguente approccio ai servizi medici nelle carceri (Capitolo III Servizi sanitari nelle Carceri):

« b. Equivalenza della cura

i) medicina generale

38. Il servizio sanitario in carcere dovrebbe poter fornire trattamenti medici e cure infermieristiche, così come alimentazione appropriata, fisioterapia, riabilitazione e qualsiasi altra struttura specialistica necessaria, in condizioni paragonabili a quelli fruibili dai pazienti nella comunità esterna. La normativa che regola il personale medico, infermieristico e tecnico, così come gli edifici, le installazioni e gli strumenti dovrebbero essere adeguati di conseguenza.

d. Cure sanitarie preventive

52. L'obiettivo del servizio sanitario in carcere non dovrebbe essere limitato alla cura dei pazienti malati. Ad esso dovrebbe essere affidata la responsabilità della medicina sociale e preventiva.

[...] ii) malattie trasmissibili

54. Il servizio sanitario in carcere dovrebbe assicurare che le informazioni sulle malattie trasmissibili (in particolare epatiti, AIDS, tubercolosi, infezioni dermatologiche) siano regolarmente messe in circolazione, sia tra i detenuti che tra il personale carcerario. Laddove sia appropriato, dovrebbero essere esperiti controlli medici su coloro con i quali un particolare detenuto abbia contatti regolari (altri detenuti, il personale carcerario, visitatori frequenti). »

Articolo 40 del Regolamento carcerario europeo

« I servizi medici in carcere vanno organizzati in stretta connessione con l'amministrazione sanitaria generale della comunità o della nazione. [...] »

I detenuti hanno accesso ai servizi sanitari disponibili nel paese senza discriminazione fondata sulla loro posizione giuridica. »

C. Argomenti delle parti

1. Fondazione Irlandese per la Riforma Penale, insieme alla Lega Giuridica Canadese HIV/AIDS

L'utilizzo di sostanze stupefacenti è comune in carcere, e molti studi riportano che il 50% ed oltre dei detenuti fa uso di droghe. Anche se è vero che alcuni detenuti smettono di assumere sostanze al momento dell'ingresso in prigione, alcuni di essi continuano: un rapporto dell'Unione europea del 2002 ha mostrato che tra lo 0.3% ed il 34% della popolazione carceraria si inietta droga durante la detenzione. Elevati rischi di HIV e di HCV derivano dall'utilizzo prevalentemente condiviso delle siringhe, spesso fatte in casa (con rischi addizionali di ferite, danneggiamenti alle vene e altre infezioni). È stato riferito che le infezioni da HIV vanno dal 4% in Russia al 38% della popolazione carceraria in alcune prigioni in Spagna. L'ampia maggioranza degli studi peer-reviewed colloca l'infezione da HCV tra il 20 ed il 40% della popolazione carceraria.

La pulizia delle siringhe con il disinfettante, quale la candeggina, non riduce sufficientemente il rischio di infezione. La candeggina non è pienamente efficace nella riduzione della trasmissione dell'HCV. Anche se è stato dimostrato che ripetute applicazioni di candeggina hanno eliminato l'HIV dalle siringhe, studi sul campo hanno indicato che coloro che ne

fanno uso (tra cui coloro che si prendono il disturbo di avvalersi dell'uso della candeggina disponibile) incontrano problemi a seguire le istruzioni correttamente e di conseguenza tale sistema offre protezione nulla o scarsa.

È stato riconosciuto che i programmi di sostituzione delle siringhe (NEP) costituiscono il sistema più efficace di riduzione dei danni nella comunità, riducendo in maniera sostanziale le infezioni senza determinare un incremento dell'avvio, della durata o della frequenza dell'uso illecito di sostanze stupefacenti. I NEP sono stati resi operativi nelle carceri dal 1992 e ora sono attivi in almeno un carcere all'interno di nove Stati: Armenia, Bielorussia, Germania, Kirghizistan, Lussemburgo, Moldova, Scozia, Spagna¹ e Svizzera. I NEP si stanno anche sviluppando in Belgio, Iran, Portogallo, Tagikistan e Ucraina. Le prove e l'esperienza derivata dai progetti sviluppati nelle carceri hanno mostrato che essi determinano la riduzione dello scambio di siringhe e il calo delle overdose per droghe, portano ad una diminuzione del numero degli ascessi e delle infezioni da iniezione, e facilitano l'inserimento di coloro che ne fanno uso in programmi di trattamento specifici. Non è stato dimostrato che essi determinano un aumento del consumo di sostanze stupefacenti, dell'assunzione di droghe tramite iniezione, o di qualsiasi evento causato dall'utilizzo intenzionale delle siringhe come arma o da punture accidentali con aghi non sterilizzati.

2. Fondazione Nazionale AIDS, sostenuta dalla Fondazione per la Riforma Carceraria

La diffusione dell'HIV in coloro che assumono droga per via endovenosa, è di circa il 2.1% in Inghilterra e Galles. Il 31% delle infezioni da HVC sono state riscontrate in coloro che attualmente assumono droghe attraverso l'iniezione endovenosa e il 57% in coloro che hanno cessato tale pratica, mentre solo il 12% di questo tipo di infezioni è stato riscontrato in chi non ha mai assunto droga tramite iniezione. I tassi di infezione sono sostanzialmente più alti tra la popolazione carceraria che tra la popolazione in generale. L'Agenzia per la protezione della salute ritiene che i ai NEP la chiave per prevenire le infezioni tra i consumatori di droghe per via endovenosa presenti nella comunità. Questa è anche l'opinione sostenuta dal Servizio Sanitario Nazionale. Secondo le stime, il 90% di coloro che si iniettano droga per via endovenosa in Inghilterra e in Galles ha aderito ad un servizio di sostituzione delle siringhe. Tuttavia, tali strutture non sono disponibili nelle carceri. In circa otto prigioni sembra che si faccia uso di pastiglie disinfettanti, che dovevano essere rese disponibili in tutte le prigioni nel corso del 2007. Il Servizio penitenziario, ciononostante, ha la responsabilità, in base a quanto stabilito dalle linee guida, di assicurare che i detenuti abbiano accesso a servizi sanitari in linea di massima equivalenti a

¹ I NEP sono stati estesi a tutte le carceri.

quelli offerti nel resto della comunità. Il Ministero della Sanità non ritiene che le pastiglie disinfettanti costituiscano una risposta adeguata ai rischi di diffusione dell'HIV e dell'HCV per i cittadini in generale. Esistono prove considerevoli nel mondo del fatto che i NEP nelle carceri non producono effetti negativi che possono controbilanciare i benefici prodotti sui detenuti. Non ci sono casi di siringhe utilizzate come armi, né alcun incremento dell'uso di sostanze stupefacenti, per via endovenosa o non. L'unica differenza riscontrabile è che il possesso di siringhe ha cessato di essere illegale. Il fatto che l'uso di droghe diminuisca con l'ingresso in prigione probabilmente non è una conseguenza della mancanza di siringhe sterili, bensì del fatto che il possesso e l'uso di sostanze stupefacenti è illegale in prigione e che i detenuti sono strettamente sorvegliati.

MOTIVI DI RICORSO

Sulla base dell'art. 2 della Convenzione, il ricorrente lamenta che le autorità hanno mancato di adottare misure preventive in relazione ad un noto rischio reale ed immediato per la vita a causa della diffusione di virus in carcere. Le autorità, in aggiunta, hanno violato i propri obblighi positivi di tutelare adeguatamente la sua salute ed il suo benessere, di cui all'art. 3, e di proteggere la sua incolumità da minacce fisiche derivanti da altri soggetti o dalla trasmissione di malattie. Egli si basa, tra l'altro, sui rapporti del Comitato europeo per la prevenzione della tortura, i quali stabiliscono che i detenuti hanno diritto agli stessi livelli di cure sanitarie che sono messi a disposizione di coloro che fanno parte della comunità.

Il ricorrente, inoltre, lamenta la violazione dell'art. 14 sulla base del fatto che i detenuti, intesi come un gruppo, in Inghilterra e in Galles sono stati trattati, senza adeguata giustificazione, in maniera meno favorevole delle persone che vivono nella comunità.

DIRITTO

1. Il ricorrente lamenta, sulla base dell'art. 2 (rispetto del diritto alla vita), dell'art. 3 (proibizione della tortura e di trattamenti o pene inumane e degradanti) e dell'art. 8 della Convenzione (rispetto della vita privata), che le autorità hanno mancato di prendere misure volte a prevenire un rischio per la sua vita, la sua salute e il suo benessere a causa del loro rifiuto di introdurre un progetto di sostituzione delle siringhe in carcere.

A. Argomenti delle parti

1. Il Governo

Il Governo ha fatto notare che il ricorrente non ha sostenuto di essere una persona che fa uso di droghe per via endovenosa, né ha addotto alcuna prova relativa a qualsiasi persona che sia rimasta infetta dopo essere entrata in contatto con coloro che fanno uso di sostanze stupefacenti. Inoltre, esso ha sostenuto che il ricorrente non può lamentare di essere vittima di una qualsiasi violazione della Convenzione, altrimenti chiunque in contatto con il sistema carcerario se ne potrebbe lamentare e qualsivoglia carcere in ogni Stato Contraente dovrebbe attivare i NEP.

In riferimento alla sua politica, il Governo ha sostenuto che, nel contesto carcerario, ha prestato la massima considerazione all'uso improprio di droghe da assumere tramite iniezione. La politica di introdurre pastiglie disinfettanti è suscettibile di revisione non appena disponibili nuovi studi e ricerche. Il progetto introdotto nell'aprile 2004 era troppo recente perche si giungesse ad una analisi definitiva e richiede tempo ed attenta valutazione. Inoltre, ha sostenuto che un approccio propriamente cauto è quello appropriato al contesto penitenziario.

In riferimento alle tesi del ricorrente sui NEP, il Governo ha sostenuto che la politica carceraria era volta a ridurre l'uso di sostanze stupefacenti in prigione. L'uso improprio delle droghe è un problema serio, dal momento che esso causa danni alla salute (non esiste una maniera sicura per iniettarsi sostanze stupefacenti vietate) e causa serie preoccupazioni in relazione al mantenimento dell'ordine pubblico e della disciplina in prigione, così come alla commissione di crimini. Sono riscontrabili prove concrete che la più ampia maggioranza di coloro che fanno uso di sostanze stupefacenti smette di assumerle tramite iniezione quando entra in carcere e, anche se le ragioni di ciò possono essere controverse, uno dei fattori che sembra incidere è la mancanza di siringhe e il fatto che è risaputo che la condivisione di una stessa siringa può determinare significativi rischi di infezione. Questi incentivi non potrebbero operare tanto efficacemente se l'assunzione di droga per via endovenosa venisse resa più semplice e meno rischiosa. Il Governo ha sostenuto che le pastiglie disinfettanti siano un modo efficace per ridurre significativamente i rischi associati alle iniezioni, così come dimostrato dal rapporto dalla Scuola di igiene e medicina tropicale di Londra, mentre le preoccupazioni connesse con la sicurezza sono inferiori rispetto a quelle collegate alle siringhe. Inoltre, ha sottolineato che esiste una differenza tra la comunità carceraria e quella esterna: ci sono diverse pressioni sui prigionieri, c'è un grande numero di persone pericolose raggruppate insieme in carcere, alcune delle quali hanno problemi o disturbi mentali che potrebbero essere esacerbati dall'assunzione di droghe e l'uso di droghe tramite iniezione creerebbe rischi ancor più grandi in un tale contesto.

Su un piano comparativo, il Governo non è certo che ogni Stato Contraente abbia introdotto NEP nel proprio sistema penitenziario, mentre sembra che solo un limitato numero di progetti pilota sia stato avviato in pochi Stati contraenti, il che indica la mancanza di un approccio comune o coerente.

Di conseguenza, in relazione alla lamentata violazione dell'art. 8 da parte del ricorrente, il Governo considera che non sia possibile ravvisare una mancanza del rispetto dei diritti del ricorrente. Facilitare l'assunzione di droghe tramite iniezione attraverso la fornitura di nuove siringhe non può considerarsi come una parte componente del diritto al rispetto della vita privata in relazione alla salute. Anche se i NEP sono operativi nella comunità, ciò non implica alcun diritto, se non il fatto che le autorità sanitarie hanno tentato di usare tale metodo per affrontare il problema. Ragioni di sicurezza chiaramente giustificano qualsiasi forma di interferenza, e l'attuale politica persegue come obiettivi legittimi quelli di salvaguardare la salute di coloro che fanno uso di droghe e di coloro che con questi ultimi entrano in contatto. Tentare di incoraggiare coloro che entrano in carcere a cessare la pratica altamente dannosa di assumere droga tramite iniezione è il metodo più efficace per minimizzare i rischi per tutti. Anche se si può considerare una politica di contrasto legittima quella di non fornire alcuno strumento, il Governo ritiene che l'introduzione delle pastiglie disinfettanti prenda in considerazione in maniera efficace le preoccupazioni rilevanti.

2. Il ricorrente

Il ricorrente sostiene che non è stato oggetto di dibattito nell'ambito dei procedimenti interni il suo status di vittima, sostenendo che, indipendentemente dal fatto che egli assuma sostanze stupefacenti per via endovenosa, egli resta un detenuto direttamente a rischio per l'uso di siringhe infette, un rischio riconosciuto come tale anche dalla politica carceraria dal momento in cui ha reso le pastiglie disponibili. I detenuti vivono in stretta prossimità gli uni agli altri; le restrizioni in vigore determinano che i detenuti nascondano le loro siringhe, incrementando il rischio che un detenuto possa accidentalmente ferirsi con una siringa nascosta. Dal momento che l'uso di droghe è sia una violazione delle regole disciplinari sia un crimine, egli non ha alcuna intenzione di confermare o di negare l'utilizzo di droghe. Ad ogni modo, egli ha tratteggiato un'analogia con i casi di sorveglianza segreta in cui i ricorrenti non hanno bisogno di provare che essi siano stati soggetti a tali misure; in maniera simile, non si dovrebbe permettere che le azioni dello Stato tese a depenalizzare l'uso delle sostanze stupefacenti impediscano che siano presentati ricorsi alla Corte.

Il ricorrente ha sostenuto che la giurisprudenza della Corte ha dimostrato che cure mediche inadeguate possono in potenza violare l'art. 8, anche

qualora non siano sufficientemente gravi da rientrare nella fattispecie prevista dall'art. 3. L'art. 8 inoltre implica un obbligo positivo di proteggere l'ambiente in cui le persone vivono. Il mancato avvio dei NEP determina che i detenuti vivano in un ambiente a rischio. Il ricorrente rigetta la singolare tesi del Governo in base alla quale il proprio caso avrebbe richiesto l'immediata introduzione dei NEP in tutto il Regno Unito, suggerendo invece un ragionevole percorso volto all'introduzione di un progetto sperimentale come primo passo logico. Il ricorrente concorda sul fatto che egli non avrebbe la possibilità di chiedere oltre in questa fase. Egli sostiene che molti degli argomenti presentati dal Governo contro i NEP possono allo stesso modo essere rivolti contro coloro che fanno uso di droga nella comunità, dove una mancanza di siringhe può anche agire come disincentivo. La fornitura di pastiglie mostra che il Servizio Penitenziario riconosce che un equilibrio deve essere raggiunto e che i rischi devono essere ridotti. Non c'è alcun motivo per il quale l'equilibrio debba essere raggiunto in maniera differente in carcere. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ad un gruppo di persone vulnerabili, quali i detenuti, egli ritiene che il margine di apprezzamento sia stato ridotto e la mancata prestazione di un livello equivalente di assistenza sanitaria vada esaminato attentamente, in particolare da momento che è noto che ai detenuti devono essere prestati gli stessi servizi medici prestati nella comunità (art. 40 del Regolamento carcerario europeo, e Regolamento del Servizio Penitenziario).

Il Governo, dal punto di vista del ricorrente, non è riuscito a fornire alcuna giustificazione seria necessaria a spiegare la mancanza dei NEP. Non c'è alcuna prova diretta di qualsiasi problema derivante dalle siringhe già in circolazione nelle carceri e nessun caso di aggressione è stato fornito. Al contrario, il ricorrente mostra prove evidenti a sostegno degli aspetti positivi dei NEP. Un numero significativo di prigionieri continua ad iniettarsi droghe in prigione, mentre altri hanno iniziato. Non è stata fornita alcuna prova che dimostri che i detenuti che hanno smesso nel momento in cui sono entrati in carcere lo hanno fatto per la mancanza di siringhe. I risultati dei NEP altrove non hanno mostrato alcun incremento dell'uso, e ciò dimostra che la mancanza di siringhe non opera come disincentivo, né lo fa la paura del contagio causato dallo scambio delle siringhe. Inoltre, non c'è alcuna prova che indichi quanto le pastiglie siano efficaci, o che esse siano tanto efficaci quanto la sostituzione delle siringhe. In effetti l'OMS e il Dipartimento di Sanità ha stabilito che le pastiglie non siano altrettanto efficaci. Non è in alcun modo chiaro quando le pastiglie siano state introdotte, né in quali carceri.

B. La valutazione della Corte

In primo luogo, al Corte nota che il ricorrente non ha chiarito, in ragione della sua condizione personale, se egli si trovasse o meno di fronte a un

qualsiasi rischio reale o immediato di infettarsi con siringhe sporche o scambiate. Né, in particolare, il ricorrente ha dichiarato se faccia o meno uso di droghe. Il suo ricorso deve quindi essere considerato come riguardante la situazione generale all'interno del sistema penitenziario. Se da un lato la Corte prende nota delle informazioni fornite in relazione agli alti livelli di infezione da HIV e HCV all'interno della popolazione carceraria, dall'altro non si ritiene convinta che un rischio, o una paura, generale e non specifico di infezione dei detenuti in quanto tali sia sufficientemente grave da sollevare questioni fondate sugli articoli 2 o 3 della Convenzione. La Corte comunque prende in considerazione fino a che punto l'art. 8, che in relazione agli aspetti della vita privata protegge l'integrità fisica e morale, possa esigere che le autorità prendano particolari misure preventive per contrastare i tassi di infezione nelle carceri. In tale contesto, la Corte è disposta ad accogliere, ai fini del presente caso, che il ricorrente, detenuto in un carcere ove sia presente un rischio significativamente alto di infezione da HIV e HCV, possa lamentare che la politica sanitaria adottata in riferimento a tali aspetti dalle autorità carcerarie lo riguardi.

Fino ad oggi la giurisprudenza della Corte si è limitata a sostenere che gli atti e le omissioni delle autorità nel campo della politica di assistenza sanitaria possono in alcune circostanze sollevare la loro responsabilità nell'ambito degli obblighi positivi dell'art. 2. Ciò ha inoltre imposto anche obblighi sistemici e strutturali, quali quelli di predisporre regolamenti destinati a vincolare gli ospedali, sia pubblici che privati, ad adottare misure appropriate per la tutela della vita dei propri pazienti, e ad istituire un sistema giurisdizionale effettivo ed indipendente in maniera tale che la causa di morte dei pazienti sottoposti alle cure dei medici, sia nel pubblico che privato, possa essere determinata e che i responsabili vengano perseguiti (*Calvelli e Ciglio c. Italia* [GC], n. 32967/96, § 49, ECHR 2002-I; *Byrzykowski c. Polonia*, n. 11562/05, § 104, 27 giugno 2006; *Silih c. Slovenia*, n. 71463/01, § 117, 28 giugno 2007).

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria preventiva, non esiste un'autorità che possa porre alcun obbligo ex art. 8 su una Parte Contraente di perseguire una particolare politica sanitaria preventiva. La giurisprudenza rivela che i ricorsi sono stati in genere rivolti contro le misure preventive prese dagli Stati al fine di salvaguardare la salute pubblica (quali l'obbligo di usare caschi, strisce o sottopassaggi pedonali, e le cinture di sicurezza obbligatorie, ad es. ricorso n. 8707/79, decisione del 13 dicembre 1979 D.R. 18, p. 255) (per contro i casi in cui il ricorso riguardava la richiesta di sottoporsi a trattamenti medici quali le vaccinazioni: ad es. ricorso n. 7154/75, decisione del 12 luglio 1978, D.R. 14, p. 31). Mentre non è escluso che un obbligo positivo può sorgere al fine di eliminare o prevenire la diffusione di una particolare malattia o infezione, la Corte non è convinta che qualsiasi potenziale minaccia alla salute che intacchi lievemente gli

standard di cui agli articoli 2 e 3 imponga necessariamente allo Stato l'obbligo di adottare specifici provvedimenti preventivi. Le questioni connesse con la politica sanitaria, in particolare per quanto riguarda le misure preventive di carattere generale, rientrano in principio all'interno del margine di apprezzamento delle autorità nazionali che sono nella posizione migliore per stabilire le priorità, l'utilizzo delle risorse e i bisogni sociali (*mutatis mutandis*, *Osman c. Regno Unito*, sentenza del 28 ottobre 1998, *Reports of Judgments and Decisions* 1998-VIII, § 116).

Il ricorrente non può individuare alcun effetto diretto negativo sulla sua vita privata (*mutatis mutandis*, *Benito c. Spagna*, n. 36150/03, decisione del 13 novembre 2006 relativa al fumo passivo nelle carceri), né gli è stata negata una qualsiasi informazione o assistenza per una minaccia alla sua salute della quale le autorità sono direttamente o indirettamente responsabili (v. i casi in materia ambientale, in cui gli individui possono lamentare l'accesso all'informazione o alla protezione, ove essi subiscano gli effetti di pericolose attività industriali o di estrazione mineraria autorizzate o condonate da parte delle autorità, ad es. *Guerra e al. c. Italia*, sentenza del 19 febbraio 1998, *Reports* 1998-I, *Taşkın e al. c. Turchia*, n. 46117/99, ECHR 2004-X, *Giacomelli c. Italia*, n. 59909/00, ECHR 2006-...). Pur riconoscendo la giusta discrezionalità alle decisioni circa l'utilizzo delle risorse e la definizione delle priorità e ad una politica legittima che tenti di ridurre l'uso delle sostanze stupefacenti nelle carceri, e prendendo in considerazione il fatto che alcune misure preventive sono state adottate (pastiglie disinfettanti) e che le autorità stanno monitorando altrove gli sviluppi nei programmi di sostituzione delle siringhe, la Corte conclude che il Governo convenuto non ha mancato di rispettare la vita privata del ricorrente.

Ne consegue che questa parte del ricorso deve essere respinta in quanto palesemente infondata conformemente a quanto previsto dall'art. 35 §§ 3 e 4 della Convenzione.

2. Il ricorrente lamenta che egli è stato discriminato dal momento che coloro che sono in carcere in Inghilterra e in Galles sono trattati meno favorevolmente di coloro che vivono nella comunità. L'art. 14 della Convenzione prevede che:

« Il godimento dei diritti e delle libertà riconosciuti nella Convenzione deve essere assicurato senza nessuna discriminazione, in particolare quelle fondate sul sesso, la razza, il colore, la lingua, la religione, le opinioni politiche o quelle di altro genere, l'origine nazionale o sociale, l'appartenenza a una minoranza nazionale, la ricchezza, la nascita o ogni altra condizione. »

1. Argomenti delle parti

Il Governo sostiene che il ricorrente non ha esaurito i ricorsi interni in riferimento all'art. 14 della Convenzione, la cui violazione non è stata

eccepita nei procedimenti giudiziari interni. Ad ogni modo, il governo sostiene che l'essere un detenuto non è una "condizione" o una caratteristica personale capace di rivelare l'esistenza di una discriminazione, e che neppure i detenuti sono in una posizione tale che sia possibile determinare in via comparativa presunte differenze di trattamento. Il contesto carcerario è distinto e richiede un diverso approccio politico a tali questioni. Paragonare coloro che assumono droghe per via endovenosa in carcere con coloro che si trovano nella comunità è fuorviante. Ad ogni modo, qualsiasi differenza di trattamento va giustificata in quanto persegue un obiettivo legittimo ed è proporzionata.

Il ricorrente sostiene di avere esaurito i ricorsi interni. In base a quanto statuito nel caso *Azinas c. Cipro* ([GC], n. 56679/00, § 38, ECHR 2004-III), i fatti su cui si basa il suo ricorso sono stati sottoposti ai giudici interni che hanno avuto l'opportunità di occuparsi della sostanza delle sue doglianze. Egli sostiene che l'"altra condizione" rilevante ai sensi dell'art. 14 è quella di essere detenuto. I detenuti sono trattati diversamente a causa della propria condizione in quanto tale. Mentre in molti contesti i detenuti non sono in una posizione analoga a quella di coloro che sono in libertà, in questa circostanza lo sono, come è stato anche riconosciuto dal fatto che essi sono titolari degli stessi standard di cure sanitarie. Il ricorrente evidenzia che molte autorità di polizia oggi operano la sostituzione delle siringhe per coloro che si trovano sotto la custodia della polizia.

2. La valutazione della Corte

In relazione a quanto sostenuto dal Governo circa il fatto che il ricorrente non abbia esaurito i rimedi interni dal momento che non ha invocato l'art. 14 nell'ambito dei procedimenti giudiziari, la Corte richiama i principi di flessibilità e del rifiuto di eccessivi formalismi sviluppati nella sua giurisprudenza sull'art. 35, ed in particolare che è sufficiente che il ricorrente abbia sollevato in sostanza dinanzi alle autorità nazionali la sua doglianza (vedi ad es. *Cardot c. Francia*, sentenza del 19 marzo 1991, Serie A n. 200, § 34). La Corte osserva che le argomentazioni del ricorrente in relazione al fatto che, in quanto detenuto, gli siano stati negati trattamenti preventivi invece disponibili nella comunità sono anche state sollevate dinanzi ai giudici interni che si sono pronunciati per l'archiviazione. Tale è in sostanza la sua doglianza dinanzi alla Corte, che pertanto respinge le obiezioni del Governo sul punto.

Per quanto il Governo sostenga che il ricorrente non possa lamentare che l'essere detenuto sia una condizione tale da essere considerata nell'ambito del divieto di trattamenti discriminatori, la Corte osserva che l'essere un detenuto condannato può essere considerato come una condizione tale da porre l'individuo in una diversa posizione giuridica, la quale, anche se può essere imposta involontariamente e generalmente per un periodo temporaneo, è inestricabilmente legata alle condizioni personali e alla vita

di un individuo, così come può essere diversamente detto di coloro che sono figli illegittimi o che sono coniugati. Su questo piano, le doglianze dei detenuti non ricadono quindi al di fuori degli scopi dell'art. 14. Tuttavia, la condizione giuridica di un detenuto è molto rilevante ai fini dell'accertamento della conformità con gli altri obblighi di cui all'art. 14.

Ai fini dell'art. 14, una differenza di trattamento tra persone che si trovano in situazioni analoghe o molto simili è discriminatoria se non ha una giustificazione oggettiva e ragionevole, cioè se non persegue uno scopo legittimo o se non esiste un ragionevole legame di proporzionalità tra i mezzi impiegati e l'obiettivo che si vuole realizzare. Inoltre, gli Stati Contraenti godono di un margine di apprezzamento nell'accertare se e in che misura le differenze in situazioni altrimenti simili giustificano un diverso trattamento (vedi *Camp e Bourimi c. Paesi Bassi*, n. 28369/95, § 37, ECHR 2000-X).

Notando in primo luogo che la doglianza del ricorrente rientra, in senso ampio, nell'ambito dell'art. 8 della Convenzione (ad es. *Zarb Adami c. Malta*, n. 17209/02, § 42, ECHR 2006-...) e che l'art. 14 è dunque rilevante, la Corte ha preso in considerazione la tesi del Governo circa il fatto che il ricorrente non può lamentare, in quanto detenuto, di essere in una posizione comparabile con coloro che vivono nella comunità. Tuttavia, mentre ci sono, inevitabilmente, chiare differenze tra coloro che sono privati della propria libertà in conformità con l'art. 5 della Convenzione e coloro che non lo sono, la Corte ricorda che i detenuti non sono privati della tutela degli altri diritti e libertà fondamentali garantiti dalla Convenzione (*Hirst c. Regno Unito (n. 2)* [GC], n. 74025/01, § 69, ECHR 2005-...; *Dickson c. Regno Unito* [GC], n. 44362/04, sentenza del 4 dicembre 2007, §§ 67-68.), anche se il modo e l'ampiezza in cui essi sono ammessi a godere degli altri diritti saranno inevitabilmente influenzati dal contesto. Il fatto che il ricorrente possa o meno lamentare di essere nell'analoga situazione dipenderà quindi dall'oggetto della sua doglianza. Nel caso di specie, il ricorrente lamenta il diverso livello di cure sanitarie applicato in carcere. La Corte osserva che Regolamento carcerario europeo, il Comitato per la prevenzione della tortura (CPT) e lo stesso regolamento carcerario interno prevedono che le cure sanitarie in carcere devono essere uguali a quelle disponibili nella comunità. Ai fini del presente ricorso, quindi, la Corte è pronta a ritenere che i detenuti possono richiedere di essere posti su un piano di parità con coloro che vivono nella comunità per quanto riguarda la fornitura di servizi sanitari (v. anche *Mathew c. Paesi Bassi*, n. 24919/03, §§ 186, 193, ECHR 2005-...).

Ciò che resta da stabilire è se la differenza nella politica di prevenzione applicata nelle carceri dove i NEP non sono disponibili come al contrario lo sono nella comunità possa essere giustificata nei termini dei principi di cui sopra. La Corte nota anzitutto che il margine di apprezzamento deve essere particolarmente ampio nel campo delle misure preventive, nel quale entrano

in gioco considerazioni quali le priorità, le risorse e le politiche sociali. Va osservato che mentre il CPT sostiene l'equivalenza in relazione alla fornitura di trattamenti medici generali in carcere, esso tratta in maniera separata le cure preventive e non presta attenzione alla questione dei NEP. Inoltre la Corte ricorda che le autorità ritengono che, poiché molti individui smettono di fare uso di sostanze stupefacenti nel momento in cui entrano in prigione, la migliore politica sia quella di incoraggiare tale opportunità piuttosto che dare rilievo ad assicurare l'accesso a siringhe sterili per tali detenuti. Non spetta alla Corte imporre la sua opinione in merito alla saggezza di una tale scelta. Nonostante ciò, le autorità non si sono dimostrate insensibili ai problemi di infezione per coloro che continuano a farne uso, o che riprendono a farne uso, e hanno fornito disinfettanti, che, sebbene non possano ritenersi il rimedio ottimale, possono aiutare a diminuire il rischio.

Non è privo di rilevanza in questo ambito il fatto che il rischio di infezione derivi principalmente dal comportamento dei detenuti stessi che sanno, o dovrebbero sapere, che è pericoloso per la propria salute; si tratta di una situazione che può essere contrapposta a quella in cui i danni alla salute derivano da condizioni di cui le stesse autorità sono direttamente responsabili (ad. es. *Kalashnikov c. Russia*, n. 47095/99, § 102, ECHR 2002-VI) e che hanno l'obbligo di elevare agli standard appropriati. Inoltre, nonostante sia vero che in base agli studi condotti non vi sia prova che la fornitura di siringhe non determini un aumento né delle punture con aghi non sterilizzati, né dell'uso di droghe nelle carceri, la Corte ritiene che le autorità sono autorizzate a tenere in debita considerazione l'ampliamento di tali piani in un tale contesto e a procedere con la dovuta cautela in relazione alla loro attuazione. I giudici interni hanno sottolineato che le autorità carcerarie stanno monitorando i progressi dei NEP avviati altrove e hanno avvertito che terranno la questione sotto controllo. Sembra che il primo di tali programmi di fatto sia stato attuato nel Regno Unito, sebbene nel sistema penitenziario scozzese e non in quello inglese o gallese, dove il ricorrente è detenuto.

DECISIONE SHELLEY c. REGNO UNITO

In base i fatti che precedono, la Corte stabilisce che la differenza di trattamento ricade nell'ambito del margine di apprezzamento e ritiene che possa essere considerata al momento proporzionata e sostenuta da una giustificazione oggettiva e ragionevole. Anche questa parte del ricorso deve essere respinta in quanto palesemente infondata conformemente a quanto previsto dall'art. 35 §§ 3 e 4 della Convenzione.

3. Tenuto conto delle conclusioni che precedono, occorre porre termine all'applicazione dell'art. 29 § 3 della Convenzione al presente caso.

Per questi motivi, la Corte, a maggioranza,

Dichiara il ricorso irricevibile.

Lawrence Early
Cancelliere

Josep Casadevall
Presidente