

SEZIONE PRIMA
DIRITTO ALLA SALUTE
E CARCERE “IN SENSO STRETTO”

Giulia Camera

Liberi, detenuti in carcere e ristretti in strutture dedicate: diverse prospettive del diritto alla salute

SOMMARIO: 1. La normativa sul diritto alla salute in carcere: il difficile equilibrio tra le esigenze di tutela della collettività e la salvaguardia delle condizioni psico-fisiche del detenuto – 2. Il trasferimento dell'assistenza sanitaria del detenuto dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale – 2.1. L'art. 11 ord. penit. e l'allineamento costituzionale del diritto alla salute del detenuto: riconoscimento di una parità sostanziale o solo formale? – 3. Infermi di mente detenuti e internati in REMS – 4. Madri detenute e madri in ICAM – 5. Detenuti tossicodipendenti o malati di AIDS – 5.1. Tossicodipendenti: soluzioni dentro e fuori le mura del carcere – 5.2. AIDS e condizioni di detenzione – 6. Considerazioni conclusive.

1. *La normativa sul diritto alla salute in carcere: il difficile equilibrio tra le esigenze di tutela della collettività e la salvaguardia delle condizioni psico-fisiche del detenuto*

Le questioni relative alla tutela della salute dei soggetti privati, a vario titolo, della libertà personale e, più in particolare, quello della medicina penitenziaria, sono rimaste per molto tempo ai margini del dibattito scientifico, almeno di quello strettamente penalistico¹. Pare quasi superfluo precisare che in un ordinamento incentrato sul finalismo rieducativo della pena e sul divieto di trattamenti contrari al senso di umanità (art. 27, terzo comma Cost.) si rende necessaria una peculiare attenzione alla salute del detenuto, anche quale condizione imprescindibile per il suo reinserimento nella società².

È, tuttavia, innegabile che il solo accostamento concettuale tra “pena detentiva” e “salute” riveli *ictu oculi* la sua complessità, lasciando emergere

¹ F. CERAUDO, *Principi fondamentali di medicina penitenziaria*, Pisa, 1988; A. DE FEO, *La medicina penitenziaria*, in *Trattato di criminologia e psichiatria forense*, a cura di F. Ferracuti, XI, *Carcere e trattamento*, Milano, 1989, 165 ss.; F. CERAUDO, *L'organizzazione sanitaria penitenziaria in Italia*, ivi, 175 ss.

² Così, in particolare, M. CAREDDA, *La salute e il carcere. Alcune riflessioni sulle risposte ai bisogni di tutela delle persone detenute*, in *Costituzionalismo.it*, 2/2015, 6.

una fitta trama di ambiguità e paradossi non sempre agevole da dipanare³. Non tutti i predicati del diritto alla salute, si è osservato, sono suscettibili di essere riferiti alla persona detenuta, posto che la libertà del malato si trova di fatto subordinata alla necessità di assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria⁴. In una prospettiva più generale, muovendo dalla premessa - non del tutto scevra di criticità, ma ormai riconosciuta anche a livello normativo - per cui la "salute" identifica uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"⁵, l'obiettivo in questione diviene particolarmente problematico riguardo a quei soggetti i cui diritti fondamentali, primo fra tutti la libertà personale, subiscono una limitazione in conseguenza dell'applicazione della sanzione penale. Ciò comporta la necessità di un'adeguata attenzione alle condizioni psico-fisiche del detenuto, tramite un'analisi delle garanzie attualmente riconosciute a tale soggetto a livello legislativo nonché attraverso una valutazione della loro effettiva tenuta tanto sul piano teorico quanto su quello applicativo.

Occorre verificare se il diritto alla salute, che sembrerebbe uno dei diritti fondamentali e "incomprimibili" per eccellenza, subisca variazioni derivanti dallo stato di detenzione del soggetto e se, conseguentemente, le limitazioni imposte possano considerarsi legittime in ragione delle esigenze

³ G. MOSCONI, *Il carcere come salubre fabbrica della malattia*, in *Rass. dir. penit. e crimin.*, 2005, 59 ss.

⁴ C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova, 2002, 44 ss.

⁵ Il concetto di salute, come ampiamente noto, è stato così formulato dall'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, agenzia dell'ONU istituita nel 1948 con l'obiettivo di operare per far raggiungere a tutte le popolazioni il livello di salute più elevato possibile. Nel "preambolo" della sua Costituzione istitutiva è contenuta una definizione ampia di salute quale «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità». La nozione in questione è stata recepita dall'ordinamento italiano con il d.lgs. C.p.S. n. 1068 del 1947, con il quale si è approvato il Protocollo relativo alla costituzione dell'OMS. Per un inquadramento generale dell'OMS si rinvia a A. DAVÌ, voce *Organizzazione mondiale della sanità*, in *Enc. dir.*, XXXI, Milano, 1981, 359 ss. Con particolare riguardo alla nozione di salute, specie nella sua evoluzione storica, V. DURANTE, *Dimensioni della salute: dalla definizione dell'OMS al diritto attuale*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2/2001, 132 ss.; ID., *La salute come diritto della persona*, in *Trattato di biodiritto*, diretto da S. Rodotà, P. Zatti, Milano, 2011, 579 ss.; N. HASSOUN, *The Human Right to Health*, in *Phil. Compass*, 2015, 276 ss.; B. PACCAGNELLA, *L'evoluzione del concetto di salute*, in *Pace diritti umani*, 3/2005, 21 ss. Per una lettura critica della definizione ampia di salute proposta dall'OMS v., per tutti, D. CALLAHAN, *The WHO definition of "health"*, in *The Hastings Center Studies*, 1973, 77 ss. e, per specifiche considerazioni relative ai soggetti ristretti, A. MASSARO, *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione: coordinate di un binomio complesso*, in *questo volume*.

di sicurezza strettamente connesse alla detenzione del reo⁶.

La tematica corre sul filo del difficile bilanciamento tra la tutela della salute e l'efficacia della pena, con il rischio costante di compromettere la salute del ristretto per salvaguardare la sicurezza della collettività (ma anche viceversa).

Uno dei possibili fili conduttori da seguire nel tentativo di ricondurre a unità una materia indubbiamente eterogenea e articolata può essere quello di un confronto tra le modalità di tutela della salute riconosciute rispettivamente al libero cittadino, al soggetto detenuto in carcere e al ristretto in strutture penitenziarie dedicate. Il riferimento è, in particolare, alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) che, con la L. 9/2012 e successive modifiche, hanno sostituito gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)⁷, agli istituti a custodia attenuata per detenute madri (ICAM) previsti dalla legge n. 62 del 2011 e agli istituti a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti (ICAT), che trovano il loro fondamento normativo nell'art. 96 del d.P.R. n. 309 del 1990 e nella circolare DAP 3359/5809 del 21 aprile 1993.

Un ulteriore spunto di riflessione deriva dai possibili canali di collegamento tra la struttura detentiva in senso stretto e quelle "dedicate", esaminando, da un punto di vista normativo, le possibilità per un soggetto ristretto di transitare da un luogo a un altro: il caso più evidente è indubbiamente rappresentato dai rapporti tra il carcere e l'ospedale psichiatrico giudiziario, ma il discorso può e deve essere esteso anche a strutture diverse.

2. *Il trasferimento dell'assistenza sanitaria del detenuto dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale*

Si rende necessaria, in via preliminare, una ricognizione del dato legislativo di riferimento, anche attraverso un rapido *excursus* storico dei cambiamenti più significativi registratisi negli ultimi decenni. Si tratta in effetti di un contesto normativo estremamente frammentato, all'interno del quale è dato senza dubbio rinvenire un difetto di coordinamento sistematico e che, almeno in certi casi, arrestandosi a una prospettiva meramente amministrativa e "spersonalizzata", rischia di non valorizzare

⁶ C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova, 2002, 44 muove dalla premessa per cui il diritto alla salute della persona *in vinculis* pare ancora subire limitazioni più consistenti di quelle operanti per gli individui in libertà.

⁷ Si rinvia fin da ora ad A. LAURITO, *Le REMS e la sfida del nuovo modello terapeutico-riabilitativo nel trattamento del "folle reo"*, in *questo volume*.

adeguatamente “il caso singolo”.

Al fine di rispondere in maniera effettiva alle esigenze sanitarie della popolazione detenuta, il legislatore italiano ha dettato le prime disposizioni in materia di organizzazione dei servizi sanitari all'interno degli istituti penitenziari con la l. n. 354 del 1975⁸, la quale ha sostituito il Regolamento Carcerario Fascista del 1931, incentrato su una concezione della pena altamente afflittiva e mortificante⁹.

La normativa in materia di sanità penitenziaria risultava ampiamente ambigua e lacunosa, soprattutto in seguito all'entrata in vigore della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che nulla disponeva al riguardo. La sanità penitenziaria rimaneva, pertanto, la “grande esclusa” di una delle svolte più significative registratesi a livello normativo in materia di diritto alla salute¹⁰.

⁸ Per tutti i necessari riferimenti relativi ai profili di carattere storico si rinvia a A. SALVATI, *L'evoluzione della legislazione penitenziaria in Italia*, in *Amministrazioneincammino.luiss.it*; B. BRUNETTI, *La tutela della salute in carcere. Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. Evoluzione normativa*, in *Risretti.it*, 1-2; C. CANTONE, *La Riforma della sanità penitenziaria: Problemi e percorsi possibili*, in *Quaderni ISSP*, n. 11, *La Riforma della sanità penitenziaria. Evoluzione della tutela della salute in carcere*, 12 ss.; A. CARNEVALE, A. DI TILLO, *Medicina e carcere. Gli aspetti giuridici, criminologici, sanitari e medico-legali della pena*, Milano, 2006, 24 ss.

⁹ Il Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena del 1931, mirante per lo più a disciplinare la dimensione organizzativa dell'amministrazione penitenziaria, con riguardo al diritto alla salute dei ristretti si limitava a regolare i profili attinenti alla presenza di personale sanitario all'interno degli istituti penitenziari, spettando per il resto al Ministero della Giustizia provvedere alle modalità di cura e assistenza sanitarie del popolo detenuto. L'affidamento della gestione dell'assistenza sanitaria dei detenuti al Ministero della Giustizia aderiva pienamente all'organizzazione del sistema sanitario dell'epoca che, in assenza di un organismo pubblico appositamente volto alla tutela del diritto alla salute dei cittadini, era gestito da enti previdenziali di tipo mutualistico ed era articolato diversamente, da un punto di vista sia quantitativo sia qualitativo, in ragione della categoria lavorativa di appartenenza del soggetto. Nonostante l'istituzione nel 1958 del Ministero della Salute preposto all'organizzazione unitaria dell'attività sanitaria, nell'ambito degli istituti penitenziari il legislatore disciplinava esclusivamente i rapporti di lavoro del personale sanitario esterno all'amministrazione penitenziaria. Si trattava, pertanto, di un'organizzazione del servizio sanitario piuttosto rudimentale che, per assumere connotati più moderni, doveva attendere l'intervento del Legislatore del 1975. Sui punti qualificanti del regolamento Rocco, in particolare, A. SALVATI, *L'evoluzione della legislazione penitenziaria in Italia*, cit.; F.S. FORTUNA, *Il carcere duro, negazione dell'ideologia penitenziaria*, in *Rassegnapenitenziaria.it*, 1/2004, 63 ss.; F. PIETRANCOSTA, *Carcerazione, diritti e condizione detentiva in Italia dal Regio Decreto 787/1931 alla riforma del 1975*, in *Studistorici.com*, 1/2010, 1 ss.

¹⁰ Sottolinea i conseguenti problemi di coordinamento normativo M. RUOTOLO, *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Torino, 2002, 144.

Il legislatore aveva ommesso di specificare quali fossero i (*rectius*: se ci fossero) rapporti intercorrenti tra il servizio sanitario penitenziario e il Servizio Sanitario Nazionale.

L'art. 11, comma 11 ord. penit. si limitava a riconoscere all'amministrazione penitenziaria la facoltà di avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, quando ciò si rendesse necessario in considerazione della circostanza concreta, non specificando se la sanità all'interno degli istituti penitenziari mantenesse una propria autonomia rispetto al Servizio Sanitario Nazionale o se, al contrario, ne risultasse assorbito in ragione della mancata previsione, nella legge istitutiva del SSN, di una deroga espressa in materia di assistenza sanitaria penitenziaria. Quest'ultima tesi sembrava trovare conferma sul piano normativo, in virtù dei principi egualitari enucleati dall'art. 1 legge n. 833 del 1978: una lettura della disposizione limitata ai soli cittadini liberi avrebbe dato adito a contestazioni circa la discriminazione e l'emarginazione delle persone *in vinculis*, ponendosi in aperto contrasto con la tendenza storico-normativa dell'epoca a riconoscere una parità dei diritti civili tra liberi e detenuti¹¹. Nonostante tali argomentazioni risultassero particolarmente convincenti, il Consiglio di Stato, intervenuto sul punto nel 1987, si schierava a favore della specialità ed autonomia del sistema sanitario penitenziario rispetto a quello nazionale, confermando la competenza del Ministero della Giustizia in materia di sanità penitenziaria¹².

Il quadro normativo vigente nei decenni successivi all'entrata in vigore della Carta Costituzionale, che all'art. 32 Cost. riconosce formalmente la salute quale diritto fondamentale dell'uomo e preminente interesse della collettività, presentava dunque possibili profili di disparità di trattamento tra il "cittadino libero" e il "cittadino detenuto", in quanto la tutela della salute del primo era garantita dal S.S.N., mentre la tutela della salute dei soggetti in stato di privazione della libertà personale era assicurata da un diverso apparato dello Stato, ossia dal Ministero della Giustizia.

È solo con la legge delega n. 419 del 1998 ("Delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502") che

¹¹ V. G. MAROTTA GIGLI, *L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari*, in *Rassegna penitenziaria*, it, 1984, 64; B. MAGLIONA, M. PASTORE, *La cartella clinica penitenziaria. Aspetti giuridici e medico-legali*, in *Riv. it. med. leg.*, 1991, 455; F.P.C. IOVINO, *Sul ricovero del detenuto in luogo esterno di cura*, in *Cass. pen.*, 1997, 1550.

¹² Cons. Stato, parere n. 305 del 7 luglio 1987: per tutti B. BRUNETTI, *La tutela della salute in carcere*, cit., 2.

si assiste a un complessivo riordino della medicina penitenziaria ispirato da una considerazione unitaria della tutela della salute tanto del cittadino libero quanto del detenuto, superando la vecchia impostazione che attribuiva al Ministero della Giustizia, nell'ambito del sistema penitenziario, il ruolo sia di gestore delle prestazioni di assistenza sanitaria sia di garante della loro effettiva ed efficace erogazione.

Tra gli aspetti più innovativi introdotti dalla legge-delega vi è l'inserimento del personale e delle strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e l'affidamento alle Regioni e alle Aziende Unità Sanitarie Locali del controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate.

I criteri direttivi imposti dal Legislatore del 1998 sono stati recepiti dal Governo che, con il decreto legislativo del 22 giugno 1999 n. 230, ha espressamente dichiarato: "il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi". Il d.lgs. 230/1999 ha, inoltre, ripartito le competenze tra l'azienda sanitaria locale e l'amministrazione penitenziaria, attribuendo alla prima la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari (art. 3) e alla seconda, in qualità di garante della sicurezza, il compito di disciplinare il regime autorizzatorio e le modalità di accesso del personale appartenente al Servizio Sanitario Nazionale (art. 4).

In altri termini, il sistema sanitario all'interno degli istituti penitenziari, disegnato dal delegante e dal delegato, è articolato su una sorta di doppio binario che affianca al Ministero della Salute, competente in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento, il Ministero della Giustizia quale garante delle esigenze di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati.

Si trattava indubbiamente di una scelta "politica", che interveniva in un contesto fortemente eterogeneo e contraddittorio: se sul territorio nazionale erano rinvenibili realtà di eccellenza, specie se supportate nel territorio di riferimento da ASL efficienti, l'accelerazione subita dalle emergenze penitenziarie (stranieri, patologie infettive, centuplicazione della presenza di tossicodipendenti, tassi sempre più elevati di accertato disagio psichico, sovrappollamento) mostrava la necessità di definire un nuovo modello assistenziale che valorizzasse anche i centri di politica sanitaria regionale e locale¹³.

¹³ Così, C. CANTONE, *op. cit.*, 14. Sugli scetticismi che hanno accompagnato la riforma in questione si rinvia a G. LA GRECA, *Delega al Governo per il riordino della medicina penitenziaria*, in *Dir. pen. proc.*, 1/1999, 15 ss. e ID., *Riordino della medicina penitenziaria*, in *Dir. pen. proc.*, 10/1999, 1218 ss. e, soprattutto, a G. STARNINI, *Il passaggio della sanità*

L'integrale trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria è avvenuto con la legge finanziaria del 2008 (in particolare ad opera dell'art.2, co. 283 e 284, l. 24 dicembre 2007, n. 244) alla quale hanno fatto seguito il d.P.C.M. 1 aprile 2008 e le allegate Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale al fine di disciplinare le modalità e i criteri del trasferimento¹⁴.

Il legislatore dunque, sia pur con estremo ritardo, ha provveduto ad adeguare la realtà carceraria ai principi costituzionali, provando a ripensare il carcere non più solo come luogo-contenitore, ma anche come luogo-sociale e, ancor più nel dettaglio, come luogo-clinico¹⁵.

La posizione paritaria tra liberi e detenuti nell'ambito dell'assistenza sanitaria, riconosciuta formalmente, sembra risultare di difficile attuazione pratica: il diritto alla salute del detenuto subisce, infatti, incisive limitazioni se si considera che il suo esercizio è subordinato all'emanazione di un provvedimento emesso dal magistrato di sorveglianza o, in casi di assoluta ed estrema urgenza, dal direttore dell'istituto¹⁶.

Occorre, in ogni caso, riconoscere alla legge n. 354 del 1975 il merito di aver attuato, quanto meno formalmente, il dettato costituzionale in

penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, disponibile in *Ristretti.it*. Cfr. M. RUOTOLO, *Diritti dei detenuti e Costituzione*, cit., 147, il quale sottolinea come anche la mera pregnanza simbolica del passaggio al SSN non sia da trascurare, posto che nell'assetto normativo precedente la competenza esclusiva dell'amministrazione penitenziaria ben poteva prestarsi a un uso strumentale della medicina penitenziaria, che asservisse gli interessi del singolo alle esigenze di ordine e disciplina degli istituti.

¹⁴ *Amplius* A. BERNASCONI, *Art. 11*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, a cura di F. Della Casa, G. Giostra, Padova, 2015, 125-126.

¹⁵ V. in particolare E. PIRFO, A. PELLEGRINO, *Disturbi mentali ed intervento psichiatrico in carcere: esiste una specificità del trattamento per gli autori dei reati sessuali?*, in *Riv. it. med. leg.*, 4/2013, 1837.

¹⁶ Cfr. C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, Padova, 2002, pp. 4 e ss.: «Tuttavia, nonostante il recente inserimento della medicina penitenziaria nel servizio sanitario nazionale, il diritto alla salute della persona *in vinculis* pare ancora subire limitazioni più consistenti di quelle operanti per gli individui in libertà. Sotto il profilo contenutistico, non tutti i predicati della formula "diritto alla salute" sono suscettibili di essere riferiti alla persona detenuta: nella realtà delle cose, la libertà terapeutica del malato è, infatti, completamente subordinata all'esigenza di assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria. È il caso, ad esempio, della possibilità di scegliere il luogo di cura o il medico curante, ovvero di proseguire cure iniziate in stato di libertà, anche se, in una prospettiva più generale, il problema concerne l'effettività di tutti i trattamenti sanitari».

ordine sia al riconoscimento della salute quale diritto del singolo e interesse della collettività ai sensi dell'art.32 Cost. sia al divieto di adottare trattamenti contrari al senso di umanità nei confronti di chi sia privato della libertà personale *ex art. 27, terzo comma Cost.*

2.1. *L'art. 11 ord. penit. e l'allineamento costituzionale del diritto alla salute del detenuto: riconoscimento di una parità sostanziale o solo formale?*

Lungi dalla pretesa di esaminare nel dettaglio il complesso delle disposizioni dedicate alla salute del detenuto, il nucleo centrale dell'analisi è rappresentato dall'art. 11 ord. penit., così come modificato dalla legge n. 1 del 1977 prima e dalla legge n. 134 del 1989 poi. Tale norma si inserisce nell'alveo delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario a carattere specificamente terapeutico, volte ad assicurare ai detenuti e agli internati buone condizioni di salute, nonché le cure opportune in caso di infermità e di altre esigenze sanitarie¹⁷.

L'art. 11 ord. penit., integrato dagli artt.17-20 del regolamento esecutivo (d.P.R. n. 230 del 2000), delinea l'apparato organizzativo finalizzato all'analisi delle condizioni del detenuto e dell'internato e alla prestazione di cure somministrabili all'interno delle mura carcerarie. In ogni istituto, pertanto, deve essere garantita la presenza di un servizio medico e di uno farmaceutico, nonché di almeno uno specialista in psichiatria. Si tratta della base normativa volta ad assicurare la dimensione della salute come diritto sociale e, più esattamente, come diritto di prestazione¹⁸.

In attuazione del dettato costituzionale in materia di trattamento sanitario obbligatorio di cui all'art. 32, secondo comma Cost., l'art. 11, commi quinto e sesto ord. penit. prevede tre controlli medici da compiere indipendentemente

¹⁷ In materia di assistenza e medicina penitenziaria, l'ordinamento penitenziario contiene sia norme a carattere preventivo sia norme a contenuto più strettamente terapeutico, quali appunto, l'art. 11. Con le prime (artt. 5-10 ord. penit. integrati dagli artt. 6 e ss. del regolamento esecutivo) si mira ad assicurare la realizzazione di condizioni ambientali e igieniche e di un regime di cura compatibili con il rispetto dell'integrità fisica: queste disposizioni, difatti, disciplinano le caratteristiche degli edifici penitenziari, i locali di soggiorno e di pernottamento, il vestiario e il corredo, l'igiene personale, l'alimentazione, la permanenza all'aperto, le attrezzature per attività di lavoro, istruzione e ricreazione: C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, cit., 83 ss.

¹⁸ M. RUOTOLO, *Diritti dei detenuti e Costituzione*, cit., 143. Per un più generale inquadramento del diritto alla salute nel catalogo dei diritti sociali si rinvia, per tutti, a M. LUCIANI, voce *Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. giur.*, XXVII, Roma, 1991, 2 ss.

dalla richiesta dell'interessato¹⁹: la visita medica generale all'atto dell'ingresso in carcere, i riscontri sanitari da effettuarsi periodicamente e frequentemente durante la permanenza nell'istituto e, infine, i controlli periodici sull'idoneità dei detenuti a svolgere le mansioni lavorative a cui sono adibiti.

Le visite mediche obbligatorie vengono compiute al fine di adottare tempestivamente i provvedimenti sanitari più opportuni a tutela non solo del singolo caso, ma anche della collettività carceraria.

Per quanto concerne il singolo individuo, infatti, la visita medica garantisce l'individuazione di condizioni patologiche che possono giustificare il rinvio dell'esecuzione della pena ovvero l'adozione di provvedimenti sanitari per apprestare le cure necessarie durante la detenzione.

Con riguardo alla collettività, la visita medica consente di tutelare gli interessi della comunità carceraria sotto un duplice profilo: riduce il rischio di diffusione di malattie contagiose e consente di individuare quei soggetti le cui condizioni di salute possono degenerare in atti di etero o auto aggressività.

Il primo presidio medico apprestato ad ogni detenuto o internato consiste nella visita medica generale che viene espletata non oltre il giorno successivo all'entrata nell'istituto, anche in caso di avvenuto trasferimento da altra struttura penitenziaria. In tale sede viene redatta una scheda che confluisce nel diario clinico del detenuto²⁰.

Molteplici sono i profili di rilevanza pratica della visita medica d'ingresso e, più in generale, dell'attività svolta dal "servizio nuovi giunti".

Innanzitutto, consente di evidenziare eventuali patologie psico-fisiche meritevoli di particolari attenzioni e cure durante il periodo di detenzione o di internamento.

In secondo luogo, opera a garanzia del soggetto che entra per la prima volta in un istituto penitenziario, in quanto consente di verificare se nel corso della cattura ovvero dello svolgimento di attività di polizia questi abbia subito lesioni o maltrattamenti.

Infine, l'importanza della visita medica d'ingresso si evince chiaramente laddove si consideri che l'entrata nella struttura penitenziaria è già di per sé evento traumatico per la generalità dei ristretti, ma può ingenerare maggiori sofferenze in soggetti particolarmente deboli e fragili quali i giovani, gli anziani, i tossicodipendenti ovvero persone già affette da patologie psico-fisiche. Una mancata tempestiva individuazione di specifiche

¹⁹ La previsione dell'art. 11 garantisce dunque il rispetto della riserva di legge per i trattamenti sanitari eseguiti in assenza di consenso dell'interessato *ex art. 32*, secondo comma Cost.: A. BERNASCONI, *op. cit.*, 127.

²⁰ C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, cit., 86 ss.; B. MAGLIONA, M. PASTORE, *La cartella clinica penitenziaria*, cit., 453.

patologie, in particolare di natura psichica, può sfociare in quegli atti di aggressività o di autoaggressività che spesso si registrano all'interno delle mura carcerarie²¹. Tali considerazioni hanno condotto l'amministrazione penitenziaria a introdurre, mediante circolari interne, il servizio "nuovi giunti" che è stato successivamente codificato nell'art. 23, terzo comma reg. esec. Tale disposizione prevede che all'ingresso nella struttura penitenziaria il soggetto svolga un colloquio con il direttore dell'istituto personalmente ovvero con operatori dallo stesso delegati con il duplice scopo di raccogliere le generalità e le informazioni rilevanti per la determinazione del regime detentivo e di esplicitare quali siano i diritti e doveri del detenuto. Al c.d. colloquio di primo ingresso segue la visita medica e un ulteriore colloquio condotto da psicologi e criminologi e volto a stabilire il livello di rischio a cui il soggetto è esposto con riguardo al compimento di atti etero o auto aggressivi.

In aggiunta alle visite obbligatorie, la legge di ordinamento penitenziario consente ai ristretti di richiedere ai sanitari controlli medici, anche giornalieri, e al direttore dell'Istituto di essere visitati da un medico di fiducia, nonché di essere sottoposti a trattamenti medici, chirurgici e terapeutici a proprie spese nelle infermerie o nei reparti clinici all'interno del carcere²². Il provvedimento con il quale il direttore autorizzi o meno il ristretto a sottoporsi a proprie spese a visite, trattamenti terapeutici o chirurgici ad opera di un medico di fiducia è inoppugnabile, non prevedendo la legge alcun mezzo di impugnazione. Non si ritiene, inoltre, che tale provvedimento incida sulla libertà personale, riconoscendosi ad esso natura meramente amministrativa²³.

²¹ Sul punto si rilevano numerose circolari dell'amministrazione penitenziaria emesse negli anni 80 del secolo scorso e volte a sollecitare un pronto e approfondito controllo sulle condizioni fisiche e psichiche del neo-ristretto sia per evitare che, se trascurate, le patologie sofferte possano degenerare in atti di aggressività, autoaggressività ovvero di autolesionismo, sia per garantire un miglioramento del quadro clinico generale del detenuto. L'attenzione rivolta in questi anni dall'amministrazione penitenziaria alle possibili conseguenze che l'impatto dell'esperienza carceraria può avere sulla persona ha condotto all'adozione della circolare DAP n. 3233/5683 del 30 dicembre 1987 con cui è stato istituito il servizio "nuovi giunti", incentrato sullo svolgimento del c.d. colloquio di primo ingresso con il direttore dell'istituto ovvero con operatore dallo stesso delegato e di un colloquio a carattere psicologico condotto da esperti del settore: C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, cit., 88. C. GARUTI, *Il "Servizio Nuovi Giunti": un quarto di secolo di circolari, normative e attività dello psicologo*, in *Psicologia e Giustizia*, 2/2012, 1 ss.; A. MORRONE, *La tutela della salute in carcere ed il Servizio Nuovi Giunti*, in *Ristretti.it*.

²² Cfr. P. CATARINELLA, *Osservazioni in tema sia di richiesta dell'indagato detenuto in carcere di essere visitato da un medico di fiducia sia di individuazione dell'autorità giudiziaria competente a provvedere in merito*, in *Giur. mer.*, 1/1999, 1058 ss.

²³ Così già Cass., Sez. I pen., 14 marzo 1986.

Qualora gli accertamenti diagnostici o le cure necessarie non possano essere adeguatamente apprestati all'interno dell'istituto penitenziario, l'art. 11, secondo comma ord. penit. consente il trasferimento del ristretto in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura, con o senza piantonamento. La disposizione in esame riconosce espressamente la competenza a disporre il trasferimento in capo al magistrato di sorveglianza quando sia stata già pronunciata la sentenza di primo grado²⁴. La direzione dell'istituto penitenziario deve inviare all'autorità competente, con la massima sollecitudine e completezza, la documentazione sanitaria per consentire una valutazione ponderata circa l'opportunità e la necessità di disporre il ricovero in strutture esterne.

Il ricovero in strutture esterne, infatti, si configura quale strumento residuale di assistenza sanitaria apprestata al ristretto, in quanto esso può essere disposto esclusivamente qualora i servizi sanitari, terapeutici e diagnostici presenti all'interno del carcere non siano idonei a fronteggiare le esigenze, *rectius* le necessità, che ivi si presentino. L'autorità competente ha, pertanto, l'oneroso e complesso compito di verificare l'assoluta necessità del trasferimento del detenuto in luoghi di cura esterni all'istituto penitenziario, dovendosi muovere sulla linea sottile che separa da una parte le esigenze di prevenzione della comunità carceraria e quelle di assistenza sanitaria del singolo detenuto e dall'altra le esigenze di sicurezza della collettività²⁵. Occorre precisare che l'assoluta necessità del ricovero esterno va valutata non solo sulla base della relazione sanitaria del personale specialistico dell'istituto e della perizia medico-legale, ma anche e soprattutto in considerazione della dimostrazione dell'inidoneità del servizio sanitario carcerario a somministrare le cure prescritte.

Nei casi di assoluta urgenza, quando non sia possibile ottenere prontamente la decisione dell'autorità giudiziaria procedente o del magistrato di sorveglianza, l'art.17, ottavo comma reg. esec. dispone che sia il direttore dell'istituto a provvedere direttamente al trasferimento del detenuto o internato, dandone comunicazione al giudice competente, nonché al DAP e al provveditore regionale.

Come già evidenziato con riguardo al provvedimento con cui il direttore

²⁴ Per risolvere i problemi di individuazione dell'autorità competente ad adottare il provvedimento di ricovero quando ancora non sia stata pronunciata la sentenza di primo grado occorre avere riguardo alla disciplina contenuta nell'art. 240 disp. coord. c.p.p.: il trasferimento viene disposto con ordinanza del giudice che procede e, prima dell'esercizio dell'azione penale, dal giudice delle indagini preliminari.

²⁵ Il rischio che si corre è che il detenuto simuli patologie fisiche o psichiche non esistenti o esageri quelle esistenti allo scopo di ottenere un beneficio non dovuto o, nella peggiore delle ipotesi, di sfruttare il ricovero esterno per la fuga o per finalità criminose.

dell'istituto autorizza o nega le visite da parte di un medico di fiducia a spese del soggetto ristretto, anche il diniego di ricovero in una struttura sanitaria esterna all'istituto non è impugnabile, posto che, come chiarito da una giurisprudenza ormai costante, l'atto in questione avrebbe una natura meramente amministrativa e non inciderebbe sulla libertà personale, ma semplicemente sulle modalità di detenzione²⁶.

La mancata previsione di un sistema giurisdizionale di controllo sui provvedimenti dell'amministrazione penitenziaria riguardanti la salute del ristretto solleva non pochi dubbi di legittimità costituzionale con riferimento alle disposizioni contenute nell'art. 11 ord. penit. Il riconoscimento della natura amministrativa dei suddetti provvedimenti, che consente di escludere anche il ricorso in Cassazione a norma dell'art. 111 Cost., comprime fortemente i diritti del ristretto, dal momento che questi possono estrinsecarsi esclusivamente attraverso delle richieste all'amministrazione penitenziaria il cui eventuale diniego è privo di qualsivoglia controllo in sede giurisdizionale.

Trattasi, peraltro, di una problematica che, a ben vedere, potrebbe agevolmente risolversi se si considera che non solo il riconoscimento di una capacità incisiva sulla libertà personale di tali provvedimenti consentirebbe un controllo ad opera della Suprema Corte *ex art.* 111 Cost.²⁷, ma altresì che la Corte Costituzionale ha già da tempo riconosciuto ai detenuti e agli internati il diritto d'azione ogniqualvolta l'amministrazione penitenziaria abbia adottato provvedimenti mediante procedimenti aventi carattere giurisdizionale, a prescindere dalla natura dell'atto produttivo della lesione²⁸: in quest'ultimo caso, in particolare, la via percorribile sarebbe quella di estendere in via analogica la soluzione derivante dagli artt. 30-*bis* e 14-*ter* ord. penit.²⁹.

²⁶ Cass., Sez. I pen., 30 gennaio 1991, in *Cass. pen.*, 1992, 2817 (s.m); Cass., Sez. I, 27 novembre 1991, in *Cass. pen.* 1993, 434 (s.m); Cass., Sez. I pen., 7 giugno 2002, n. 25830, Cass., Sez. VI pen., 25 marzo 2009, n. 15703, in *Dejure*.

²⁷ Sull'auspicabile riconducibilità dei provvedimenti *de quibus* al controllo giurisdizionale operato dalla suprema Corte *ex art.* 111 Cost., cfr. A. GAITO, E. RINALDI, *Esecuzione penale*, Milano, 2000, 229 ss.; A. SCALFATI, *Giurisdizione di sorveglianza e tutela dei diritti*, Padova, 2004, 2 ss.; C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, cit., 280.

²⁸ Corte cost., 11 febbraio 1999, n. 26, su cui, in particolare, M. RUOTOLO, *La tutela dei diritti del detenuto tra incostituzionalità per omissione e discrezionalità del legislatore*, *Giur. cost.*, 1/1999, 203 ss. e C. SANTORIELLO, *Quale tutela giurisdizionale nei confronti dei provvedimenti dell'amministrazione penitenziaria?*, *ivi*, 222 ss.

²⁹ Si tratta della nota soluzione indicata da Cass., Sez. un. pen., 26 febbraio 2003, n. 25079, Gianni, in *Cass. pen.*, 10/2003, 2941 ss., con nota di R. MURA, *Le Sezioni unite assicurano la garanzia giurisdizionale anche agli interessi legittimi del detenuto, ma*

Deve, tuttavia, segnalarsi il perdurante orientamento restrittivo della giurisprudenza di legittimità, confermato anche a seguito dell'introduzione del reclamo giurisdizionale di cui all'art. 35-*bis* ord. penit.³⁰: sebbene, in effetti, il dato letterale della disposizione possa ricomprendere senza particolari forzature anche le situazioni in questione³¹, la Corte di cassazione ha di recente escluso tale possibilità, affermando che il rimedio introdotto dall'art. 35-*bis* riguarda esclusivamente i diritti di cui all'art. 3 CEDU. I giudici di legittimità hanno confermato il costante orientamento secondo cui le ordinanze di rigetto delle istanze di permesso o di ricovero in ospedale, avanzate *ex art.* 11 della l. n. 354 del 1975, hanno carattere amministrativo inerente alle modalità della detenzione, ma non incidente sulla libertà personale del soggetto. La posizione del detenuto, peraltro, non resterebbe priva di garanzia, posto che l'ordinamento appresterebbe a tutela dell'integrità fisica dei soggetti *in vinculis* lo strumento del differimento obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione della pena³².

Il quadro normativo e giurisprudenziale fin qui esaminato, limitatamente ai profili ritenuti di maggiore rilevanza ai fini di una seppur sintetica analisi della materia dell'assistenza sanitaria apprestata ai detenuti o internati a confronto con i diritti riconosciuti ai cittadini liberi, conduce a una riflessione conclusiva sull'effettività ed efficacia delle garanzie riconosciute all'interno delle mura carcerarie.

Si tratta, in particolare, di verificare quale sia il sistema più adeguato per rispondere alle specifiche esigenze sanitarie che si presentano all'interno degli istituti penitenziari.

L'inclusione della sanità penitenziaria nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale rappresenta il traguardo di un lungo e tormentato percorso volto al riconoscimento al detenuto di una posizione egualitaria rispetto al soggetto libero, con specifico riferimento a uno dei più rilevanti diritti della persona quale quello alla salute.

La premessa indiscussa da cui muove la giurisprudenza costituzionale, del resto, è quella per cui la restrizione della libertà personale non può

mantengono in vita il procedimento de plano, ivi, 4/2004, 1362.

³⁰ Su cui, senza alcuna pretesa di esaustività, F. FIORENTIN, *Il reclamo "giurisdizionale" per la tutela dei diritti delle persone detenute e internate*, in *Rass. pen.*, 3/2013, 235; L. MARAFIOTI, *Il procedimento per reclamo*, in *Manuale della esecuzione penitenziaria*, a cura di P. Corso, Milano, 20156; M. BORTOLATO, *Torreggiani e rimedi "preventivi": il nuovo reclamo giurisdizionale*, in *Arch. pen. web*, 2/2014.

³¹ V. in questo senso A. BERNASCONI, *op. cit.*, 131.

³² Cass. Sez. I pen., 7 aprile 2015, n. 32470, in *Dejure*. In precedenza Cass., Sez. VI pen., 25 marzo 2009, n. 15703.

comportare il disconoscimento delle posizioni soggettive attraverso un generalizzato assoggettamento all'organizzazione penitenziaria che è estraneo al vigente ordinamento costituzionale, il quale si basa sul primato della persona umana e dei suoi diritti. I diritti inviolabili dell'uomo di cui all'art. 2 Cost. sono senza dubbio soggetti ai limiti legittimamente imposti in considerazione dell'applicazione e conseguente esecuzione della pena detentiva, ma tale condizione restrittiva della libertà personale non può giustificare in alcun modo un loro annullamento³³.

L'estensione ai detenuti delle garanzie riconosciute ai soggetti liberi in materia di tutela della salute, tuttavia, potrebbe non rappresentare il metodo più adeguato per fronteggiare le peculiari esigenze fisiologicamente connesse allo stato detentivo. Una lettura del principio di uguaglianza che non si arresti alla soglia della mera uguaglianza formale comporta, come noto, non solo un uguale trattamento dell'uguale ma anche un ragionevolmente diversificato trattamento del diverso³⁴: prescindere dalle circostanze concrete in cui si svolge la vita penitenziaria e, soprattutto, parificare *sic et simpliciter* al soggetto libero colui che libero non è, significa privare di contenuto le garanzie al cui riconoscimento si è tanto faticosamente giunti.

Con ciò non vuole certo auspicarsi un "ritorno al passato" o, meglio, un "acritico ritorno al passato": l'adozione di un sistema sanitario penitenziario autonomo ha, infatti, rappresentato per lungo tempo l'*escamotage* ideale per comprimere i diritti dei detenuti, che restavano quindi confinati nel ruolo di "malati di serie B". Pur tuttavia, chi teme uno sguardo al passato non tiene conto che la creazione di un sistema speciale non necessariamente dovrebbe tradursi in un mero espediente per riconoscere al detenuto minori garanzie, ma, al contrario, ben potrebbe risolversi in un opportuno adeguamento dell'assistenza sanitaria ai peculiari bisogni del ristretto.

Il sistema dell'assistenza sanitaria in carcere, in altri termini, potrebbe essere proficuamente plasmata sulle esigenze proprie degli istituti penitenziari, anche in considerazione delle problematiche in concreto presenti in tali luoghi.

Ad ordinamento giuridico invariato, l'obiettivo minimo resta comunque quello di assicurare una piena tutela giurisdizionale ad oggi fortemente limitata da orientamenti giurisprudenziali anacronistici e costituzionalmente

³³ Corte cost., 11 febbraio 1999, n. 26, cit., punto 3.1. del *Considerato in diritto*.

³⁴ Cfr. C. CANTONE, *op. cit.*, 12, il quale rileva come chi sosteneva la legittimità di un sistema sanitario penitenziario alle dipendenze dell'Amministrazione Penitenziaria fondava la propria opinione proprio sulla "specificità" della sanità penitenziaria che, a sua volta, dipendeva dalla specificità della condizione dei soggetti detenuti: da qui, per esempio, l'esigenza di studi di settore e di un rapporto stretto con il mondo della ricerca criminologica, con particolare riguardo alla psicopatologia forense.

ingiustificabili. A questo scopo, in particolare, sembra prestarsi lo strumento del reclamo *ex art. 35-bis* ord. penit., che, sebbene introdotto come rimedio legato alle contingenze “post Torreggiani”, è strutturato come meccanismo di carattere generale, finalizzato proprio a colmare i vuoti di tutela ravvisabili nel precedente assetto normativo.

3. *Infermi di mente detenuti e internati in REMS*

La questione attinente l’effettività e l’efficacia dell’assistenza sanitaria garantita al ristretto tramite il Servizio Sanitario Nazionale si ripresenta, con profili di ancor più spiccata problematicità, con riferimento ai soggetti affetti da particolari patologie di natura psichica ai quali si riconoscono diversi livelli di tutela a seconda che si trovino all’interno degli istituti penitenziari ovvero siano internati in una Residenza per l’esecuzione di una misura di sicurezza.

Pur senza entrare nelle complesse questioni relative alla collocazione delle misure di sicurezza all’interno del sistema sanzionatorio italiano³⁵, è innegabile come l’ordinamento penitenziario si fondi sulla sostanziale equiparazione tra detenuti e internati, che, ferme restando poche eccezioni, rappresentano il binomio costante di una normativa la quale, per gli uni e per gli altri, dichiara di ispirarsi a finalità rieducative, lasciando nell’ombra le specificità derivanti dalla condizione dei “ricoverati”³⁶. Non è un caso, del resto, che la classica questione relativa all’applicabilità agli internati di tutte le norme dell’ordinamento penitenziario³⁷, si sia posta con profili di complessità se possibile ancora più accentuati in occasione del passaggio dagli OPG alle REMS, che, in maniera per la verità abbastanza sorprendente, non ha comportato interventi normativi sul codice

³⁵ A scopo meramente esemplificativo F. ANTOLISEI, *Pene e misure di sicurezza*, in *Riv. it. dir. pen.*, 1933, 120 ss.; A. DE MARSICO, *Natura e scopi delle misure di sicurezza*, in *Riv. it. dir. penit.*, 1933, 1259 ss.; E. MUSCO, voce *Misure di sicurezza*, in *Enc. dir.*, Agg. I, 1997, 762 ss.; M. GALLO, *Diritto penale italiano. Appunti di parte generale*, I, Torino 2014, 146 ss.

³⁶ T. PADOVANI, *L’ospedale psichiatrico giudiziario e la tutela costituzionale della salute*, in *Tutela della salute e diritto privato*, a cura di D. Busnelli, U. Breccia, Milano, 1978, 241 (nota 12) e 250 ss., con considerazioni che, sia pur riferite a un assetto normativo almeno in parte superato, focalizzano alcune criticità di fondo del trattamento dei soggetti internati che possono considerarsi ancora attuali.

³⁷ Su cui T. PADOVANI, *L’ospedale psichiatrico giudiziario*, cit., 252 ss.

penale, sul codice di rito e (soprattutto) sull'ordinamento penitenziario³⁸. La sanitarizzazione delle nuove strutture e, dunque, l'obiettivo di sottrarle il più possibile a una logica meramente custodialistico-penitenziaria, ha corso l'evidente rischio di decontestualizzare l'esecuzione di quella che resta, anche dopo la riforma, una misura di sicurezza, rendendo ancora più visibili lacune normative che non sempre risulta agevole colmare per via interpretativa³⁹.

Non può del resto trascurarsi la circostanza per cui storicamente il manicomio giudiziario si atteggia a forma di coercizione intermedia tra il manicomio vero e proprio e il vero carcere, che tuttavia, vista l'eterogeneità degli infermi di mente nei confronti dei quali poteva essere disposto l'internamento, solo a fatica si lasciava giustificare con la "specificità patologica" dei soggetti in questione⁴⁰.

L'eterogeneità della popolazione degli internati rappresenta ancora un tratto caratterizzante della normativa di riferimento. Il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario viene altresì disposto, ai sensi dell'art. 222 c.p., nel caso di proscioglimento per infermità psichica ex art. 88 c.p.⁴¹, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti ex art. 95 c.p., ovvero per sordomutismo ex art. 96 c.p.

Il giudice, tuttavia, è autorizzato a disporre il ricovero del condannato

³⁸ Per tutti A. MASSARO, *Sorvegliare, curare e non punire: l'eterna dialettica tra "cura" e "custodia" nel passaggio dagli ospedali psichiatrici giudiziari alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*, in *Riv. it. med. leg.*, 4/2015, 1360 e, anche per i necessari riferimenti bibliografici, A. LAURITO, *op. cit.*

³⁹ V., in particolare, F. DELLA CASA, *Basta con gli OPG! La rimozione di un "fossile vivente" quale primo passo di un arduo percorso riformatore*, in *Riv. it. dir. e proc. pen.*, 1/2013, spec. 92 ss. e C. MAZZUCCATO, G. VARRASO, *Chiudere o...aprire? Il "superamento" degli OPG tra istanze di riforma e perenni tentazioni di "cambiare tutto per non cambiare niente"*, in *Riv. it. med. leg.*, 3/2013, 1341 ss.

⁴⁰ T. PADOVANI, *L'ospedale psichiatrico giudiziario*, cit., 246.

⁴¹ Sono fin troppo note le incertezze cui ha dato luogo la definizione di infermità psichica, con le conseguenti difficoltà evidenziatesi in sede applicativa: l'esigenza era anzitutto quella di evitare sovrapposizioni concettuali tra l'infermità psichica e altri stati patologici, quali disturbi della personalità, anomalie comportamentali, condotte *borderline*, ma anche quella di "liberare" il concetto di infermità dalle pastoie. Le Sezioni unite, con la "sentenza Raso", hanno cercato di individuare un punto di equilibrio, emancipando la nozione di vizio di mente da un paradigma meramente organicista (la nozione di infermità mentale rilevante ex artt. 88 e 89 c.p. è diversa e più ampia rispetto a quella di malattia mentale) ed enfatizzando la componente normativa dell'accertamento: Cass., Sez. un. pen., 8 marzo 2005, n. 9163, Raso, in *Dir. pen. e proc.*, 2005, 837 ss., con ampia nota di M. BERTOLINO, *L'infermità mentale al vaglio delle Sezioni unite*, alla quale si rinvia per tutte le necessarie indicazioni. Per un inquadramento più generale M.T. COLLICA, *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Torino, 2007; F. CENTONZE, *L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi della personalità*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1/2005, 247 ss.

in un ospedale psichiatrico giudiziario ovvero in una casa di cura e di custodia (misure ora eseguite nelle REMS) anche nel caso in cui al condannato sopravvenga un'infermità psichica prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, secondo quanto previsto dall'art. 148 c.p. che stabilisce, inoltre, il differimento e la sospensione della pena qualora l'infermità sia tale da impedirne l'esecuzione.

La condizione di chi abbia commesso il reato "a causa" della propria infermità e quella di chi si trovi in uno stato di infermità mentale sopravvenuta - magari proprio in ragione dello stato detentivo cui si è trovato sottoposto - danno luogo a situazioni già *prima facie* molto differenti tra loro. A ciò si aggiunga che dalle disposizioni alle quali si è fatto riferimento emerge come residuino ipotesi nelle quali il condannato, seppur affetto da infermità mentale, scontò la propria pena all'interno dell'istituto penitenziario. In assenza delle condizioni previste dagli artt. 148 e 222 c.p., infatti, l'infermo reo è detenuto in un istituto penitenziario e, in tale luogo, deve trovare l'assistenza sanitaria e le cure specifiche di cui abbisogna.

L'art. 111 reg. esec, in particolare, prevede il ricovero in OPG/REMS di coloro nei cui confronti sia stata applicata, in via definitiva o provvisoria, la misura di sicurezza prevista dal n. 3 del secondo comma dell'articolo 215 del codice penale, nonché degli imputati, condannati e internati che vengono a trovarsi, rispettivamente, nelle condizioni previste dagli artt. 148, 206 e 212, secondo comma, del codice penale (terzo comma)⁴²; stabilisce poi che gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene un'infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza o l'ordine di ricovero in OPG o in casa di cura e custodia, siano assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici ove sono ricoverati altresì i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, qualora le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari (quinto e settimo comma).

È lo stesso art. 65 ord. penit. a prevedere che i soggetti affetti da infermità

⁴² Un'analogia disposizione è contenuta nel quarto comma dell'art. 111 in ordine al ricovero in una casa di cura e di custodia. L'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza rappresenta evidentemente uno degli elementi di criticità del sistema, anche in considerazione dell'elevato numero di soggetti internati ex art. 206 c.p.: si tratta di un meccanismo che presenta innegabili affinità con le misure cautelari, anche per i problemi di tenuta dei principi fondamentali: P. NUVOLONE, voce *Misure di prevenzione e misure di sicurezza*, in *Enc. dir.*, XXVI, Milano, 1976, 659. Per le necessarie indicazioni sul punto di rinvia a S. GIULIANI, *Art. 206*, in *Codice penale. Rassegna di giurisprudenza e di dottrina*, diretto da G. Lattanzi, E. Lupo, III, Milano, 2015, 1120 ss.

o minorazioni fisiche o psichiche debbano essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento, precisando altresì, al secondo comma, che i soggetti in questione, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari. Analogamente a quanto avviene per le strutture destinate all'esecuzione delle misure di sicurezza, anche gli istituti in questione dovrebbero poter contare su una qualificazione professionale sia dei preposti alla direzione sia degli operatori penitenziari, posto che, lungi dal perseguire intenti ghehettizzanti, la disposizione in questione mira ad assicurare un trattamento adeguato alle peculiari condizioni di salute del detenuto⁴³.

In considerazione delle diverse strutture nelle quali l'infermo di mente può essere detenuto-ricoverato, si tratta di verificare quale tutela sia accordata ai detenuti o internati in carcere e in che modo essa si differenzi da quella garantita all'interno delle REMS.

La materia attinente l'infermità o la seminfermità mentale dei detenuti o internati in carcere trova la propria base normativa ancora una volta nell'art. 11 ord. penit. il quale prevede, al primo comma ultima parte, che ogni istituto penitenziario disponga dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria e, al settimo comma ultima parte, che nel caso di sospetto di malattia psichica siano adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale.

Tale normativa, la cui formulazione appare piuttosto generica⁴⁴, trova un completamento nel regolamento esecutivo, agli artt. 20, 111, 112 e 113 i quali, tuttavia, se sottoposti ad un'attenta analisi, mostrano la loro inadeguatezza a fornire criteri specifici di assistenza ai detenuti infermi di mente.

In particolare, l'art. 20 reg. esec. si articola in diversi commi i quali possono essere ricondotti sostanzialmente a due diverse tipologie di prescrizioni.

Da una parte, si individuano delle previsioni a contenuto specifico che disciplinano alcuni aspetti della vita carceraria del ristretto infermo di mente: il secondo comma consente di sottoporre la corrispondenza dei detenuti e degli internati infermi di mente a visto di controllo oltre che nei

⁴³ E. BERLOLOTTO, *Art. 65*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, cit., II, 907.

⁴⁴ Per un vaglio critico della disposizione, definita "sostanzialmente priva di contenuto", si rinvia a C. TERRANOVA, *La tutela della salute in carcere*, *Quaderni CSM*, 1, 1983, 50. Le più generali criticità del trattamento delle infermità psichiche in carcere sono chiaramente evidenziate da A. DE ANGELIS, *Il disagio mentale in ambiente penitenziario: strategie e competenze della polizia penitenziaria*, in *Quaderni ISSP*, 11/2012, 59 ss.; F. FIORI, *I minorati psichici nel sistema penitenziario italiano, profili di gestione e compatibilità con l'esecuzione penale*, ivi, 75 ss. V. anche G. BERTOTTI, *Riflessioni e analisi in tema di tutela della salute mentale in carcere: la sentenza Murray c. Olanda*, in *Giurisprudenzapenale.com*, 2017, 3.

casi ordinari di cui all'art. 38 anche per esigenze connesse al trattamento terapeutico accertate dal sanitario; il quarto e quinto comma prevedono o escludono l'ammissione ai lavori produttivi o ai servizi utili sulla base del giudizio espresso dal sanitario il quale valuta, altresì, l'opportunità di assegnare il soggetto idoneo allo svolgimento dei suddetti lavori ad attività ergoterapiche; il settimo comma subordina l'applicazione delle sanzioni disciplinari alla valutazione compiuta dal sanitario circa la sufficiente capacità naturale del detenuto di avere coscienza dell'infrazione commessa e adeguata percezione della sanzione conseguente.

Dall'altra, il primo comma dell'art. 20 reg. esec. si configura quale norma di garanzia generale volta a riconoscere una più facile partecipazione dei ristretti infermi di mente «alle attività trattamentali e, in particolare, a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dei limiti stabiliti dall'articolo 37. Il servizio sanitario pubblico, territorialmente competente, accede all'istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico da parte del servizio pubblico e per il loro successivo reinserimento sociale». Delle esigenze contemplate nel primo comma si deve tener conto, altresì, in sede di concessione dei permessi di colloquio e di autorizzazioni alla corrispondenza telefonica (terzo comma).

Sia l'*incipit* della disposizione sia le disposizioni che regolano alcuni profili concreti della vita carceraria di tali soggetti risultano, quindi, peccare di un'estrema genericità/indeterminatezza.

Per quanto attiene il complesso accertamento delle infermità psichiche, l'art. 112 ord. penit. si limita ad individuare l'autorità competente a richiedere l'espletamento della procedura e il luogo in cui esso deve avvenire, senza specificare in alcun modo i criteri a cui attenersi nella valutazione della patologia⁴⁵.

⁴⁵ Sembra opportuno riportare integralmente la formulazione dell'art. 112 ord. penit., rubricato *Accertamento delle infermità psichiche*: 1. L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212, secondo comma, del codice di procedura penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, è disposto, su segnalazione della direzione dell'istituto o di propria iniziativa, nei confronti degli imputati, dall'autorità giudiziaria che procede, e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria. 2. L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per

Infine, l'art. 113 ord. penit., disciplinando le convenzioni tra amministrazione penitenziaria e servizi psichiatrici pubblici, dispone che la prima, al fine di agevolare la cura delle infermità ed il reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, organizzi le strutture di accoglienza tenendo conto delle più avanzate acquisizioni terapeutiche anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi psichiatrici territoriali pubblici.

L'estrema lacunosità degli interventi prescritti nei casi di detenzione in carcere di soggetti infermi o seminfermi di mente non può non sollevare forti perplessità. Prevedere quale garanzia massima per questi detenuti una più facile partecipazione ai trattamenti e alle attività "risocializzanti" non sembra assolutamente soddisfare le esigenze di tutela e cura richieste dalla peculiare materia dell'infermità mentale, soprattutto laddove si consideri che il carcere è luogo già di per sé idoneo a determinare l'insorgenza di disturbi psichici e psicologici di notevole rilevanza. Le condizioni di vita carcerarie idonee a innescare patologie psico-fisiche in soggetti ristretti sani possono produrre conseguenze ancor più gravi qualora interessino soggetti già affetti da infermità o seminfermità mentale al momento dell'ingresso in istituto.

In altri termini, le carenze normative in materia di tutela del diritto alla salute del detenuto o internato infermo di mente in carcere si accompagnano e si sommano a problematiche più strettamente pratiche connesse alla struttura e ai trattamenti previsti *in loco*.

La presenza all'interno dell'istituto penitenziario di almeno uno specialista in psichiatria *ex art.11 ord. penit.*, di psicologi, assistenti sociali e criminologi clinici contattati ai sensi dell'art. 80 ord. penit. così come il sostegno apprestato secondo il generico schema dei periodici e frequenti riscontri rappresentano misure inadeguate rispetto ai trattamenti terapeutici che si rivelano più proficui nel settore delle patologie psichiatriche e psicologiche, mancando soprattutto quella tipologia di assistenza individualizzata e continuativa che consente l'instaurazione di un rapporto tra l'operatore sanitario specializzato e il malato, necessario a comprendere le esigenze e,

particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni. 3. All'esito dell'accertamento, l'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza, ove non adotti uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice di procedura penale o dagli articoli 70, 71, e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.

di conseguenza, le cure da apprestare a quest'ultimo⁴⁶.

È stato efficacemente evidenziato, a conferma dell'impressione che nel carcere il concetto di salute si trovi costretto entro limiti piuttosto angusti, che l'approccio terapeutico nelle strutture penitenziarie si limita a predisporre un rimedio a una malattia già manifestatasi, senza però "prendere in carico" il soggetto e senza predisporre un programma individualizzato: non è un caso, del resto, che la prassi più diffusa sia quella di collocare i soggetti affetti da malattie mentali in apposite sezioni degli istituti di detenzione "ordinari", fornendo loro le terapie necessarie, ma al limitato fine del loro mantenimento all'interno della realtà carceraria⁴⁷. Si pensi, in proposito, alla persistente presenza in molti penitenziari italiani della c.d. cella liscia, intesa come una cella provvista solo di un arredamento essenziale, in cui spesso vige un sistema di controllo continuo e alla quale il detenuto è assegnato per esigenze di salute e/o di sicurezza, che il più delle volte (il che, ancora una volta, è emblematico) faticano a distinguersi nei loro contorni reciproci⁴⁸.

A ben vedere, quindi, si evidenziano possibili profili di disparità di trattamento, già "sulla carta", non solo in riferimento ai liberi cittadini che possono disporre delle prestazioni di psicoterapia erogate dai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale – prestazioni che, in considerazione dell'assoggettamento dell'assistenza sanitaria dei detenuti o internati al SSN, dovrebbero essere riconosciute anche nei confronti dei soggetti *in vinculis* – ma anche in rapporto con i destinatari della misura del ricovero in REMS.

I criteri guida per il superamento degli OPG e delle CCC e la costituzione delle REMS fissati dall'art. 3-ter d.l. 22 dicembre 2011 n. 211, convertito in legge 17 febbraio 2012 n. 9, si sostanziano nella previsione

⁴⁶ Per alcune delle più evidenti criticità al riguardo M. CAREDDA, *La salute e il carcere*, cit., 14 ss.

⁴⁷ M. PALMA, *Relazione al Convegno Dagli OPG alle REMS. Il trattamento del malato psichiatrico autore di reato e la complessa attuazione della Legge 17 febbraio 2012 n. 9*, tenutosi a Roma il 19 febbraio 2016 e disponibile su www.radioradicale.it (ultimo accesso 12.04.2017), il quale sottolinea anche come spesso lo scopo perseguito sia quello di diminuire la conflittualità tra detenuto e istituzione e come in alcuni casi il rimedio sia quello del trasferimento continuo del soggetto, senza considerare il cumulo dei provvedimenti ispirati da ragioni di sicurezza (art. 41-bis ord. penit., art. 14-bis ord. penit., isolamento), da cui potrebbe addirittura derivare una violazione dell'art. 3 CEDU.

⁴⁸ M. PALMA, *Relazione al Convegno Dagli OPG alle REMS*, cit.; R. GRIPPO, *Illegittimità dell'isolamento totale e della cella liscia. Rapporti tra sorveglianza particolare, sanzioni disciplinari, "41 bis" e circuiti: strumenti alternativi o in sovrapposizione?*, in *Penalecontemporaneo.it*, 12 marzo 2012, 10 ss.

di un'esclusiva gestione sanitaria delle nuove strutture e di un'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, laddove necessaria in relazione alle condizioni dei soggetti ricoverati, nonché nella tendenziale destinazione delle strutture ai soggetti provenienti dal territorio regionale di ubicazione delle stesse⁴⁹.

In aderenza a tali criteri e, in particolare, in ordine alla gestione sanitaria delle REMS, il decreto attuativo del 1° ottobre 2012 ha introdotto un aspetto significativo e innovativo, individuando quali componenti l'organico delle nuove strutture personale appartenente esclusivamente al settore medico. A differenza di quanto avveniva all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, in cui l'organico era prevalentemente composto da agenti di polizia penitenziaria, nelle REMS presta la propria opera un personale medico altamente specializzato (infermieri, operatori socio-sanitari, psichiatri, educatori e psicologi) idoneo a prestare l'assistenza adeguata alle specifiche esigenze dei soggetti ricoverati.

Il processo di superamento del vecchio sistema degli OPG può ritenersi ancora in fase di attuazione, se non altro perché i tempi non sono ancora maturi per un bilancio e, viste le differenti opinioni registratesi anche in riferimento alla gestione sanitaria⁵⁰, una prudente sospensione del giudizio sembra per certi aspetti doverosa. Certo è che la *ratio* della normativa in esame può ravvisarsi nella volontà del legislatore di accentuare l'importanza che il trattamento medico riveste in casi di reati commessi da infermi di mente, privilegiando l'adozione di strumenti di intervento volti a rispondere alle esigenze di cura, piuttosto che a quelle di controllo e di custodia. La sanitarizzazione delle nuove strutture, in altri termini, risponde, certamente in maniera più adeguata di quanto avvenisse in passato, alle esigenze di cura dell'internato/ricoverato attraverso un sistema che, pur lasciando aperta la problematica questione relativa alle perduranti esigenze di sicurezza delle REMS, segna un passo decisivo lungo la via del graduale superamento di una logica "manicomiale".

L'assistenza psicologica e psichiatrica in carcere diverge da quella garantita nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza proprio sotto il profilo del bilanciamento operato dal legislatore tra le esigenze di

⁴⁹ Sui due aspetti della territorializzazione e della sanitarizzazione come linee portanti del nuovo "sistema REMS" si rinvia, anche per le necessarie indicazioni bibliografiche ad A. MASSARO, *Sorvegliare, curare e non punire*, cit., 1357 ss. e ad A. LAURITO, *op. cit.*

⁵⁰ Emblematiche le incertezze relative ai profili di responsabilità penale del medico psichiatra per fatti che si verificano all'interno delle nuove residenze: sul punto L. BRIZI, *Dallo psichiatra "medico-terapeuta" allo psichiatra "medico-direttore": forme e modelli di responsabilità penale nel nuovo volto delle REMS*, in *questo volume*.

cura e quelle di custodia, privilegiandosi negli istituti penitenziari queste ultime. Come si è cercato di chiarire, in effetti, l'estrema laconicità del dato normativo di riferimento rende carente, già in astratto, il sistema di tutela. Non si tratta dunque di una delle manifestazioni di quella «effettività di tipo rinnegante»⁵¹ che pare caratterizzare in maniera pressoché strutturale l'universo penitenziario: in questo caso è già il “dover essere normativo” a rivelare chiaramente tutta la propria inadeguatezza.

Sebbene tale disparità possa trovare un ragionevole fondamento nel più attenuato stadio patologico in cui versano i soggetti detenuti in carcere rispetto a quelli ricoverati in REMS, preme sottolineare altresì che quello dell'infermità mentale è un campo particolarmente complesso e con potenziali esiti peggiorativi di estrema rilevanza, le cui probabilità di verifica possono aumentare sensibilmente in ragione del contesto logistico e delle condizioni in cui il malato si trova a vivere. Prescindere da questi fattori, significa aumentare quei casi di auto ed etero aggressività che rappresentano i profili più preoccupanti dell'ambiente carcerario.

4. *Madri detenute e madri in ICAM*

La questione delle tutele riconosciute alle madri detenute necessita di essere affrontata tenendo conto dei diversi profili di rilevanza costituzionale che vengono in rilievo. L'assistenza sanitaria prestata alle madri detenute, infatti, non può essere sottoposta ad adeguato vaglio critico senza considerare profili ulteriori rispetto a quello del diritto alla salute “in senso stretto” ex art. 32 Cost., quali il diritto-dovere di educare i figli, il diritto dei figli di beneficiare del rapporto genitoriale essenziale per la loro crescita psico-fisica e, più in generale, il valore della famiglia (artt. 29, 30, 31 Cost.)⁵².

È alla luce dei diversi interessi costituzionalmente garantiti ai quali si è fatto riferimento che va letta l'articolata normativa dedicata alle madri sottoposte a limitazioni della libertà personale.

Trattasi, infatti, di un quadro normativo particolarmente frammentato, ma nel quale, ciononostante, non fatica a riconoscersi una *ratio* di particolare favore volta a ridurre il più possibile l'ipotesi di immissione dell'infante nel circuito carcerario, stante non solo le ripercussioni negative che il regime

⁵¹ F. BRICOLA, *Introduzione a Il Carcere “riformato”*, Bologna, 1977, 9.

⁵² Cfr., anche per ampi riferimenti bibliografici D.M. SCHIRÒ, voce *Detenute madri*, in *Dig. disc. pen.*, Agg., Torino, 2016, 242 ss.

detentivo produrrebbe sul suo processo di sviluppo psico-fisico, ma anche il rischio che le misure applicate alla madre finiscano di fatto per ripercuotersi su un soggetto del tutto incolpevole quale è, in questi casi, il minore. Potrebbe forse dirsi che ad essere centrale è non solo (e non tanto) l'interesse della madre, quanto piuttosto quello del figlio⁵³.

La disciplina di settore sembra muoversi lungo una linea progressiva che parte dalla fase cautelare e perviene fino a quella esecutiva in senso stretto: le norme contenute nel codice di rito (artt. 275, quarto comma, 284 e 285-*bis* c.p.p.) rispondono all'esigenza di evitare alla madre imputata, ma soprattutto al figlio, ogni contatto con l'ambiente carcerario, mentre, in presenza di una sentenza di condanna, vengono anzitutto in considerazione la disciplina in materia di rinvio dell'esecuzione della pena (artt. 146 e 147 c.p.) e, successivamente, quelle relative alla detenzione domiciliare e alla detenzione domiciliare speciale (artt. 47-*ter* e 47-*quinquies* ord. penit.). Nel caso in cui l'ingresso in carcere risulti inevitabile, residuerà l'applicazione della disciplina generale di cui all'art. 11 ord. penit. (commi otto e nove).

In quest'ottica possono essere lette le modifiche apportate dalla legge n. 62 del 2011⁵⁴ alle disposizioni di cui agli artt. 275, quarto comma e 284 c.p.p., nonché l'introduzione *ex novo* dell'art. 285-*bis* c.p.p.

In particolare l'art. 1, primo comma della suddetta legge, intervenendo sull'art. 275, quarto comma c.p.p., ha innalzato da tre a sei anni il limite di età della prole, quale presupposto di applicazione del divieto di disporre la custodia cautelare in carcere per la madre (o per il padre, qualora la madre sia assolutamente impossibilitata a prestare assistenza alla prole⁵⁵), salvo che sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.

⁵³ Pare, tuttavia, opportuno precisare che anche la donna "non madre" è portatrice di esigenze di salute alle quali potrebbero meglio assolvere carceri interamente femminili, anziché, come spesso avviene in ragione del ridotto numero di donne detenute rispetto alla popolazione carceraria complessiva, in piccole sezioni di grandi carceri maschili: ciò, infatti, consentirebbe una maggiore specializzazione delle prestazioni mediche richieste da quella che qualcuno non esita ormai a definire una "medicina di genere". Per queste considerazioni M. GRAZIOSI, *Salute della donna e detenzione, Allegato 3 del Tavolo 3 – Donne e carcere degli Stati generali dell'esecuzione penale*, in www.giustizia.it, 2 (ultimo accesso 12.04.2017).

⁵⁴ Per un commento organico della legge v. C. FIORIO, *Madri detenute e figli minori*, in *Dir. pen. proc.*, 8/2011, 932 ss.; P. CORVI, *La n. 62/2011 rafforza almeno sulla carta la tutela delle detenute madri*, in *Corr. merito*, 8-9/2011, 838 ss.; S. MARCOLINI, *Legge 21 aprile 2011, n. 62 (Disposizioni in tema di detenute madri)*, in Penalecontemporaneo.it, 5 maggio 2011; A. BALSAMO, *Nuove disposizioni a tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori (l. 21 aprile 2011, n. 62)*, in Penalecontemporaneo.it, 23 maggio 2011.

⁵⁵ La giurisprudenza di legittimità ha chiarito al riguardo che il requisito dell'assoluta

L'innalzamento del limite di età della prole rilevante ai fini dell'esclusione della custodia cautelare è chiara manifestazione dell'intento del legislatore di privilegiare il rapporto genitore-figlio, in risposta al diritto-dovere all'educazione costituzionalmente tutelato, rispetto alle esigenze cautelari. Queste ultime, infatti, prevalgono sulle esigenze genitoriali solo in casi eccezionali, ravvisati dalla giurisprudenza prevalente ogniqualvolta sussistano puntuali e specifici elementi dai quali emerga un non comune, spiccato, allarmante rilievo dei pericoli di cui all'art. 274 c.p.p.⁵⁶.

Per contro, nei casi in cui si ravvisino quelle esigenze cautelari di eccezionale rilevanza che non consentono l'esclusione della misura cautelare detentiva, trova applicazione la norma introdotta *ex novo* dalla legge n. 62 del 2011 con l'art. 285-bis c.p.p., rubricato *Custodia cautelare in istituto a custodia attenuata per detenute madri*.

Ancora una volta, la riforma del 2011 si rivela, quanto meno sulla carta, indirizzata a favorire l'applicazione di strumenti alternativi a quelli detentivi in senso stretto quando destinatari di essi risultino essere madri (o padri) con prole. Nelle ipotesi di cui all'art. 275, quarto comma c.p.p. il giudice può disporre la custodia di donna incinta o madre di prole di età non superiore ai sei anni⁵⁷, ovvero padre, qualora la madre sia deceduta o

impossibilità della madre di prestare assistenza alla prole, ai fini dell'esclusione della custodia cautelare in carcere per il padre, deve individuarsi non solo in riferimento al soggetto chiamato a prestare assistenza, ma anche, e soprattutto, alla situazione del figlio, in considerazione del rischio in concreto derivante per quest'ultimo dal *deficit* assistenziale, sotto il profilo della irreversibile compromissione del processo evolutivo-educativo, dovuta alla mancata, valida ed efficace presenza di entrambi i genitori: Cass., Sez. VI pen., 23 giugno 2015, n. 35806, in *Dejure*. Si è inoltre ritenuto che la condizione di assolutezza dell'impedimento materno costituisce perciò il perno del bilanciamento tra esigenze di tutela dei minori e esigenze cautelari: l'intervento dei servizi sociali e un nucleo familiare esteso capace di sostenere il compito materno possono però compensare l'assenza del padre: Cass., Sez. VI pen., 4 aprile 2014 n. 36388, in *Dejure*.

⁵⁶ V. in particolare Cass., Sez. I, 3 ottobre 2012, n. 47861, in *Proc. pen. e giust.*, 3/2013, 77 ss., con nota di E. MARIUCCI, *Le "illusioni applicative" sulla tutela della maternità nella fase cautelare*; Cass., 15 giugno 2004, in *Guida dir.*, 2004, 47, 88; Cass., Sez. VI, 8 marzo 2012, n. 38763, CED Cass. 253372, secondo la quale non basta il riferimento alla "gravità dei fatti" e alla "disinvoltura" con cui sono stati commessi i reati.

⁵⁷ La previsione del limite dei sei anni di età ha suscitato dubbi di legittimità costituzionale per possibile contrasto con il principio di uguaglianza (rispetto ai minori di età di poco superiore ai sei anni), ma anche con l'art. 31 Cost.; senza considerare che l'automatico in questione eliminerebbe la possibilità per il giudice di esprimersi nel merito, rendendo non effettivo l'obbligo di motivazione. La Corte costituzionale, con la sentenza del 7 dicembre 2016, n. 17, in *Penalecontemporaneo.it*, 3 marzo 2017, con nota di E. ANDOLFATTO, *Custodia cautelare in carcere ed esigenze di tutela dei figli minori: la sentenza della Corte costituzionale sull'art. 275, comma IV, c.p.p.*, ha ritenuto infondate

assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole, presso un istituto a custodia attenuata per detenute madri (ICAM)⁵⁸.

Gli ICAM si caratterizzano per un regime custodiale meno incisivo rispetto al carcere e per un ambiente più consono alle esigenze del minore. In questo senso, mancano gli elementi tipici dell'edilizia carceraria, a partire dalle sbarre, ed è presente personale di polizia penitenziaria non in divisa affiancato da esperti che coadiuvano i genitori nella cura dei figli e ne consentono una regolare uscita dall'istituto.

Trattasi, pertanto, di un luogo particolarmente idoneo alla detenzione di madri con prole dal momento che, se da una parte consente di dare una risposta a quelle esigenze di cautela che rappresentano il presupposto della misura, dall'altra assicura che lo sviluppo psico-fisico del minore non venga turbato sotto i profili cognitivo, relazionale ed educativo⁵⁹.

Sempre al fine di sottrarre il minore al regime carcerario, nell'ambito dell'art. 284 c.p.p. la legge n. 62 del 2011 ha previsto quale luogo per l'esecuzione degli arresti domiciliari, oltre che l'abitazione o altro luogo di privata dimora ovvero luogo pubblico di cura o di assistenza, anche una casa famiglia protetta, laddove istituita. Il legislatore ha poi delegato il Ministro di Giustizia a specificare con proprio decreto le caratteristiche tipologiche delle case famiglia protette e, conseguentemente, individuare convenzionalmente con gli enti pubblici o privati le strutture idonee per tale utilizzo.

L'aspetto innovativo della disposizione è da rintracciarsi nella possibilità di disporre la misura degli arresti domiciliari nei confronti di quei soggetti con figli minori di dieci anni che, essendo privi di domicilio o disponendo di un domicilio inidoneo non potrebbero usufruirne, essendo dunque destinati al carcere in maniera necessaria⁶⁰. Ciò si traduce, evidentemente,

le questioni, chiarendo che «l'individuazione normativa del limite dei sei anni di età del minore per l'applicazione del divieto di custodia cautelare in carcere non può essere accostata alle presunzioni legali assolute che comportano l'applicazione di determinate misure o pene sulla base di un titolo di reato»: il limite d'età dei sei anni rientrerebbe dunque nelle scelte discrezionali del legislatore, il quale ha operato in questo modo un bilanciamento tra le esigenze di difesa sociale e l'interesse del minore.

⁵⁸ S. MONETINI, *I bambini ospitati negli istituti penitenziari femminili con le madri detenute. Il ruolo dell'Amministrazione penitenziaria*, in *Rassegnapenitenziaria.it*, 2/2012, 92 ss.; I. DEL GROSSO, *ICAM e case famiglia protette, Allegato 2 del Tavolo 3 – Donne e carcere degli Stati generali dell'esecuzione penale*, in *www.giustizia.it*, 1 ss. (ultimo accesso 12.04.2017).

⁵⁹ Per tutti P. CORVI, *op. cit.*, 840.

⁶⁰ In tal senso G. MASTROPASQUA, *La legge 21 aprile 2011 n. 62 sulla tutela delle relazioni tra figli minori e genitori detenuti o internati: analisi e prospettive*, in *Dir. famiglia*, 4/2011, 1853 ss.

in un rafforzamento delle tutele funzionali al “benessere” del minore, consentendogli uno sviluppo più equilibrato sul piano affettivo, cognitivo e psico-fisico in un ambiente le cui caratteristiche divergono significativamente da quelle di un istituto penitenziario⁶¹.

Non possono tuttavia ignorarsi i profili di criticità che si sono di fatto concretizzati: il legislatore, laddove con l'art. 4, secondo comma della legge n. 62 del 2011 ha escluso che il ricorso alle case famiglie protette potesse comportare nuovi oneri per la finanza pubblica, ha di fatto vanificato l'accesso alla misura da parte degli indigenti⁶².

Non mancano voci critiche che individuano quale ulteriore pecca della riforma legislativa l'eccessiva rigidità della misura, posto che l'unico soggetto preposto alla sua applicazione è il giudice della cautela, privando così l'amministrazione penitenziaria della possibilità di procedere autonomamente alla collocazione nelle strutture in questione delle detenute che si rivelino meno pericolose in fase trattamentale⁶³.

Per quanto attiene alla normativa applicabile a donna incinta o madre nei confronti delle quali sia stata pronunciata una sentenza di condanna, a venire in considerazione sono le disposizioni contenute nel codice penale agli artt. 146 e 147, nonché quelle di cui agli artt. 47-ter e 47-quinquies della legge di ordinamento penitenziario, le quali, analogamente a quanto avviene in fase cautelare, rispondono all'intento di evitare o, quantomeno limitare temporalmente, la detenzione in senso stretto.

L'art. 146, primo comma, nn. 1 e 2 c.p. dispone il differimento obbligatorio della pena, che non sia pecuniaria, quando essa riguardi donna incinta o madre di infante di età inferiore ad anni uno. L'art. 147, primo comma, n. 3 c.p. consente il differimento dell'inizio dell'esecuzione della pena restrittiva della libertà personale applicata nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni.

Pare opportuno precisare al riguardo, con considerazioni che valgono *a fortiori* per i detenuti affetti da AIDS e per quelli tossicodipendenti⁶⁴, che il rinvio dell'esecuzione della pena, evidentemente di carattere eccezionale rispetto all'inderogabilità dell'esecuzione, si giustifica storicamente proprio con precipuo riferimento alle esigenze di tutela della salute⁶⁵. In questo caso

⁶¹ G. MASTROPASQUA, *Esecuzione della pena detentiva e tutela dei rapporti familiari e di convivenza. I legami affettivi alla prova del carcere*, Bari, 2007, 104.

⁶² G. MASTROPASQUA, *Ibidem*.

⁶³ F. FIORENTIN, *Tutela del rapporto tra detenute madri e figli minori*, in *Giur. merito*, 11/2011, 2616 ss.

⁶⁴ *Infra*, §§ successivi.

⁶⁵ C. FIORIO, *Libertà personale e diritto alla salute*, cit., 135. Per maggiori indicazioni si

a venire in considerazione sono più generali “ragioni umanitarie”, ma la preoccupazione del legislatore è in ogni caso quella di individuare un accettabile equilibrio tra le ragioni del singolo e quelle specialpreventive. Da una parte, quindi, si tratta di valorizzare il reale e “concreto” rapporto tra la madre e il figlio, capace di andare oltre il mero dato dell’affidamento formale⁶⁶. Dall’altra parte l’art. 147, quarto comma c.p., introdotto proprio dalla legge n. 40 del 2001, stabilisce che il rinvio facoltativo dell’esecuzione della pena non possa essere disposto (o se concesso, vada revocato) qualora emerga il concreto pericolo della commissione di altri delitti (quarto comma).

Non si rivela del tutto agevole il coordinamento tra la disciplina del rinvio dell’esecuzione della pena e quella della detenzione domiciliare. L’art. 47-ter, comma 1 lett. a) individua tra i possibili destinatari della misura alternativa la madre incinta o madre di prole di età inferiore a dieci anni con lei convivente⁶⁷. L’attuale formulazione dell’art. 47-ter, comma 1-ter ord. penit. prevede che la detenzione domiciliare venga concessa anche al di là dei limiti di pena previsti dal primo comma qualora possa essere disposto il rinvio della pena ex artt. 146 e 147 c.p. Il legislatore attribuisce, quindi, un potere discrezionale al tribunale di sorveglianza, senza però chiarire i criteri di valutazione cui lo stesso dovrebbe uniformarsi: l’impressione è quella per cui si sia voluto introdurre uno strumento duttile, anche al fine di superare l’alternativa secca tra carcerazione e libertà risultante dagli strumenti codicistici⁶⁸.

rinvia a M. ROMANO, G. GRASSO, *Commentario sistematico del codice penale*, II, Milano, 2005, 394 ss., i quali sottolineano come la sede più consona delle disposizioni in questione sarebbe stata la legge sull’ordinamento penitenziario.

⁶⁶ V. Cass., Sez. I pen., 10 aprile 2013, n. 21367, in *Dejure*: «la norma, infatti, è diretta a tutelare il rapporto del figlio con la madre, sia durante la gravidanza che dopo il parto, ritenendo che detto rapporto, nel primo anno di vita del bambino, rivesta importanza tale, per la tutela dell’integrità psicofisica del minore, da sopravanzare l’interesse dello Stato ad eseguire una pena ormai definitivamente stabilita; ma tale eccezione - così come quella prevista dall’art. 146 c.p., comma 1, n. 3 - si giustifica solo con riferimento alla situazione concreta ed effettiva in cui la madre e il figlio si trovano, cosicché la veste giuridica eventualmente assunta da tale situazione fattuale è irrilevante. Ovviamente, un provvedimento formale di affidamento del bambino adottato da un giudice civile sarebbe indicativo di una situazione di fatto sottostante corrispondente a quanto disposto, ma la mancanza di tale provvedimento non impedisce di ritenere che un affidamento di fatto ad altri vi sia stato, così da valutare insussistente l’esigenza di tutela del minore approntata dall’art. 146 c.p.».

⁶⁷ La successiva lett. b) prevede poi l’accesso alla misura per il padre, esercente la responsabilità genitoriale, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole.

⁶⁸ L. CESARIS, *Art. 47-ter*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, a cura di F. Della

La modifica alla legge di ordinamento penitenziario apportata dalla riforma del 2011 se con riguardo all'art. 47-ter ord. penit. si è limitata ad integrare il novero dei luoghi in cui è possibile espiare la pena della reclusione non superiore a quattro anni⁶⁹, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, includendovi espressamente le case famiglia, ha assunto profili più interessanti ed incisivi nell'ambito dell'art. 47-quinquies ord. penit., introdotto *ex novo*, che disciplina la c.d. detenzione domiciliare speciale⁷⁰: la misura, secondo quanto previsto dal primo comma, è riservata alle condannate madri di prole di età non superiore ad anni dieci che sono ammesse alla detenzione domiciliare anche quando non ricorrono le condizioni di cui all'art. 47-ter ord. penit., se non sussiste un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti e se vi è la possibilità di ripristinare la convivenza con i figli. Si tratta evidentemente di uno strumento destinato a trovare applicazione soprattutto in riferimento a soggetti che si trovino già in carcere in esecuzione della pena, posto che per le madri ancora libere nel momento dell'emissione dell'ordine di esecuzione gli strumenti più "incisivi" sono rappresentati dal rinvio della pena o dalla detenzione domiciliare "comune", fruibile anche dallo stato di libertà quando la pena inflitta non superi i quattro anni⁷¹.

Ai sensi del comma 1-bis, l'espiazione di almeno un terzo della pena o di almeno quindici anni, sempre che non si tratti di madre condannata per taluno dei delitti indicati nell'art. 4-bis ord. penit., può avvenire presso un istituto a custodia attenuata per detenute madri (ICAM) ovvero, se non sussiste un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti o di fuga, nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, ovvero in luogo

Casa, G. Giostra, Padova, 2015, 566, a cui si rinvia per le necessarie precisazioni ulteriori relative al coordinamento tra il rinvio dell'esecuzione della pena e la detenzione domiciliare. V. anche M. ROMANO, G. GRASSO, *op. cit.*, spec. 397 e 404, i quali, in particolare, sottolineano come, specie in riferimento all'art. 147 c.p., la regola sembrerebbe essere quella della detenzione domiciliare, salvo che la situazione concreta suggerisca il rinvio della pena o, all'opposto, la sua esecuzione in via ordinaria; P. CANEVELLI, *Misure alternative al carcere a tutela delle detenute madri*, in *Dir. pen. proc.*, 7/2001, 808.

⁶⁹ Per i profili problematici di tale estensione v. L. CESARIS, *Art. 47-ter*, cit., 573.

⁷⁰ La detenzione domiciliare speciale risponde all'evidente intento di attuare l'art. 31 Cost., rappresentando al tempo stesso un ulteriore adeguamento alle indicazioni sovranazionali relative proprio ai genitori detenuti: L. CESARIS, *Art. 47-quinquies*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, cit., 597-598.

⁷¹ L. CESARIS, *Art. 47-quinquies*, cit., 599. *Contra* P. CANEVELLI, *Misure alternative al carcere*, cit., 810. e M. CANEPA, S. MERLO, *Manuale di diritto penitenziario*, Milano, 2010, 322, ad avviso dei quali la disposizione riguarderebbe la donna "condannata", non importa se libera o detenuta.

di cura, assistenza o accoglienza, al fine di provvedere alla cura e all'assistenza dei figli. Nel caso in cui la madre non possa indicare dei luoghi privati, la pena può essere espiata nelle case famiglia protette, ove istituite.

Al compimento del decimo anno di età del figlio, su richiesta del beneficiario della detenzione domiciliare speciale, il tribunale di sorveglianza può disporre la proroga della misura se ricorrono i requisiti per l'applicazione della semilibertà di cui all'art. 50, secondo, terzo e quinto comma, ovvero l'ammissione all'assistenza all'esterno dei figli minori di cui all'art. 21-*bis* in considerazione del comportamento tenuto dall'interessato nel corso della misura e risultante dalle relazioni redatte dal servizio sociale nonché della durata della misura e dell'entità della pena residua (comma otto).

Indicazioni significative in riferimento alla *ratio* della detenzione domiciliare speciale sono state fornite dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 239 del 2014, che ha dichiarato l'illegittimità dell'art. 4-*bis* ord. penit. nella parte in cui non esclude la detenzione domiciliare dal divieto di concessione dei benefici penitenziari, estendendo poi in via consequenziale la dichiarazione di illegittimità costituzionale all'art. 47-*ter*, primo comma, lettere a) e b)⁷².

Si tratta di una pronuncia rilevante non solo perché la Corte assesta un nuovo colpo alle preclusioni fondate su insuperabili automatismi presuntivi, specie in riferimento all'art. 4-*bis* ord. penit. che raramente è stato interessato da scelte manipolative *in bonam partem*⁷³, ma anche, come anticipato, perché offre al Giudice delle Leggi l'occasione per ricostruire il quadro di tutela del minore nell'ordinamento penitenziario⁷⁴. Di particolare interesse, poi, risulta la precisazione per cui, contrariamente a quanto affermato dal giudice *a quo*, ad avviso della Corte costituzionale

⁷² Corte cost., 22 ottobre 2014, n. 239, in *Cass. pen.*, 1/2015, 111 ss., con nota di E. APRILE e in *Penalecontemporaneo.it*, 27 ottobre 2014, con nota di F. FIORENTIN, *La Consulta dichiara incostituzionale l'art. 4 bis ord. penit. laddove non esclude dal divieto di concessione dei benefici la detenzione domiciliare speciale e ordinaria in favore delle detenute madri*.

⁷³ Così F. SIRACUSANO, *Detenzione domiciliare e tutela della maternità e dell'infanzia: primi passi verso l'erosione degli automatismi preclusivi penitenziari*, in *Giur. cost.*, 5/2014, 3940 ss. Sullo stesso aspetto v. anche L. PACE, *La "scure della flessibilità" colpisce un'altra ipotesi di automatismo legislativo. La Corte dichiara incostituzionale il divieto di concessione della detenzione domiciliare in favore delle detenute madri di cui all'art. 4-bis dell'ordinamento penitenziario*, *ivi*, 3948 ss.; M. RUOTOLO, *Tra integrazione e maieutica: Corte costituzionale e diritti dei detenuti*, in *Rivistaaic.it*, 3/2016, 27-28; G. TABASCO, *La detenzione domiciliare speciale in favore delle detenute madri dopo gli interventi della Corte costituzionale*, in *Arch. pen. web*, 3/2015, 14 ss.

⁷⁴ Sul punto, in particolare, D.M. SCHIRÒ, *La "carcerazione degli infanti" nella lettura della Corte costituzionale*, in *Cass. pen.*, 3/2015, 1067 ss.

non può ritenersi che la detenzione domiciliare speciale prescinda da qualsiasi contenuto rieducativo o trattamentale: pur risultando indubbiamente prioritario l'interesse del minore all'instaurazione di un rapporto il più possibile "normale" con la madre, «la misura in questione partecipa, [...] anch'essa della finalità di reinserimento sociale del condannato, costituente l'obiettivo comune di tutte le misure alternative alla detenzione: il che è comprovato tanto dal requisito negativo di fruibilità, rappresentato dalla insussistenza del pericolo di commissione di ulteriori delitti, quanto dalla disciplina delle modalità di svolgimento della misura e delle ipotesi di revoca»⁷⁵. L'attenzione non è, quindi, focalizzata unicamente sul minore, ma anche sulla madre. Anzi, l'attenzione all'interesse del minore sembra a tratti restare sullo sfondo: nessuna valorizzazione, in effetti, è attribuita alla gravità dei reati commessi dalla madre, al fine di valutare se gli stessi siano sintomatici di un'incapacità del genitore di accudire ed educare il minore⁷⁶.

Se le disposizioni sin qui esaminate sono chiara manifestazione della volontà del legislatore di tutelare il rapporto tra la madre condannata e il figlio mediante strumenti volti ad escludere o a ridurre i loro tempi di permanenza negli istituti penitenziari, a una logica parzialmente diversa risponde, l'introduzione *ex novo* da parte del legislatore del 2011 dell'art. 21-ter ord. penit. La nuova disposizione, infatti, presuppone che la madre condannata stia già scontando la propria pena all'interno del carcere e, dunque, si occupa di apprestare una tutela adeguata quando il minore versi in condizioni di salute particolarmente gravi.

Malgrado le perplessità relative all'introduzione dell'art. 21-ter ord. penit. e/o alla sua collocazione⁷⁷, il nuovo articolo rappresenta un elemento particolarmente innovativo nel panorama delle facoltà riconosciute a

⁷⁵ Corte cost., 22 ottobre 2014, n. 239, cit., punto 8 del *Considerato in diritto*.

⁷⁶ Così L. CESARIS, *Art. 47-quinquies*, cit., 603-604.

⁷⁷ V. in particolare L. CESARIS, *Art. 47-quinquies*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, cit., 298, la quale osserva che la previsione riproduce essenzialmente quella contenuta nell'art. 30 ord. penit. relativa ai permessi di necessità, pur prevedendo accanto all'imminente pericolo di vita anche le gravi condizioni di salute del minore. L'Autrice sottolinea come, in ogni caso, si sarebbe rivelata più coerente una collocazione del nuovo articolo proprio tra le disposizioni relative ai permessi di necessità. Cfr. Cass. Sez. I pen., 13 marzo 2015, n. 32456, in *Dejure*, la quale ha chiarito che l'art. 21-ter non trova applicazione nel caso di figli maggiorenni colpiti da identiche infermità o *handicap*, atteso il tenore testuale della disposizione: questa esclusione, peraltro, non dà luogo ad un'irragionevole disparità di trattamento, sia perché rientra nella discrezionalità del legislatore la scelta di apprestare una più incisiva tutela per i minori che necessitano maggiormente della presenza dei genitori, sia perché il contatto tra i detenuti ed i figli disabili maggiorenni può essere assicurato nelle forme consentite dagli artt. 30 e 30-ter ord. penit.

sogetti *in vinculis* in ordine all'uscita dall'istituto penitenziario: la madre e il padre imputati, condannati o internati possono essere autorizzati dal magistrato di sorveglianza o, in caso d'urgenza, dal direttore dell'istituto a visitare il figlio che versi in imminente pericolo di vita o in gravi condizioni di salute ovvero, con provvedimento del giudice competente, ad assistere il minore durante le visite specialistiche di questo, relative a gravi condizioni di salute. La *ratio* della disposizione è chiaramente di stampo umanitario, in quanto finalizzata non tanto a responsabilizzare il genitore nei suoi compiti assistenziali, quanto piuttosto a garantire un supporto, anche solo affettivo, al minore che versi in gravi condizioni di salute⁷⁸.

⁷⁸ Ad un'attenta analisi dell'art. 21-ter ord. penit. emerge una sostanziale differenza tra il primo e il secondo comma. Il primo comma, infatti, attribuisce il diritto di visitare il figlio minore che versi in gravi condizioni di salute tanto alla madre imputata, condannata o internata, quanto al padre che si trovi nelle medesime circostanze. Il padre e la madre sono, dunque, titolari di tale diritto in posizione paritaria e senza alcuna discriminazione. Ai fini del riconoscimento ai genitori del diritto di visitare il figlio in gravi condizioni di salute, inoltre, rileva esclusivamente la minore età del figlio stesso, con ciò ravvisandosi una profonda differenza, tra l'altro, con tutte le disposizioni in materia di concessione di benefici ai genitori *in vinculis*, rigidamente ancorate a specifici limiti di età della prole. Ulteriore elemento peculiare riguarda l'autorità competente a concedere l'autorizzazione: per le esigenze di celerità che la particolare condizione di salute del minore importa, è prevista la competenza del magistrato di sorveglianza ovvero, in casi di particolare urgenza, del direttore dell'istituto, a differenza di quanto avviene con riguardo ai permessi ordinari ai cui rilascio provvede il giudice competente secondo il riparto operato dall'art. 11 ord. penit. Per contro, il secondo comma riconosce al padre il diritto di assistere la prole durante le visite specialistiche esclusivamente qualora la madre sia deceduto o assolutamente impossibilitata, escludendo dunque quella parità nella titolarità e nell'esercizio del diritto che caratterizza l'ipotesi di cui al primo comma. La concessione dell'autorizzazione è, inoltre, subordinata all'età del figlio, che non deve avere più di dieci anni. Ai fini dell'individuazione del giudice competente a concedere l'autorizzazione si applicano qui i tradizionali criteri di riparto di cui all'art. 11 ord. penit. Nonostante il più ridotto ambito di operatività del secondo comma rispetto al primo, entrambe le norme configurano l'attribuzione ai genitori di un diritto soggettivo a cui corrisponde, pertanto, l'atto dovuto dell'autorità competente che, una volta riscontrata la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge per la concessione del beneficio, non può compiere alcuna valutazione discrezionale in ordine alla meritevolezza o alla pericolosità sociale del destinatario. Per un approfondimento sul confronto fra primo e secondo comma dell'art. 21-ter ord. penit. si rimanda a G. MASTROPASQUA, *La legge 21 aprile 2011 n. 62 sulla tutela delle relazioni tra figli minori e genitori detenuti o internati: analisi e prospettive*, in *Dir. famiglia*, 4/2011, 1853 ss. Per un vaglio critico dei differenti limiti di età considerati ai fini della concessione dei benefici di cui al primo e al secondo comma dell'art. 21-ter ord. penit. cfr. L. CESARIS, *L'art. 21-ter O.P. all'esame della Corte di Cassazione*, in *Rassegnapenitenziaria.it.*, 1/2015, 281 ss. Un inquadramento generale dell'art. 21-ter ord. penit. è offerto anche da C. CARILLO, *Il diritto di visita al minore infermo*, in *Leg. pen.*, 1/2015, 1 ss.

L'art. 11 ord. penit., con la consueta laconicità che lo contraddistingue, dedica alle donne detenute due disposizioni al fine di garantire l'assistenza sanitaria alle gestanti e alle puerpere attraverso la previsione di servizi speciali a ciò preposti all'interno di ogni istituto penitenziario (ottavo comma), nonché di consentire alle madri di tenere presso di sé i figli fino all'età di tre anni, per la cura e l'assistenza dei quali sono predisposti appositi asili nido (nono comma)⁷⁹. È l'art. 19 reg. esec. a specificare che l'assistenza sanitaria alle gestanti, alle madri e ai bambini deve essere prestata da specialisti in ostetricia e ginecologia, incaricati o professionisti esterni, da personale paramedico ostetrico e da professionisti specialisti in pediatria, prevedendo inoltre l'organizzazione di appositi reparti ostetrici e asili nido negli istituti o sezioni che ospitano gestanti e madri con bambini. Tale disposizione ha il merito di colmare la lacuna lasciata dall'art. 80 ord. penit. che, con riguardo agli esperti del cui operato l'amministrazione penitenziaria può avvalersi nell'ambito dell'assistenza sanitaria ai detenuti, non contempla specialisti in ostetricia e ginecologia né in pediatria.

Sebbene l'arsenale degli strumenti legislativi messi a disposizione della madre detenuta (e dei minori) sia particolarmente articolato e sebbene, già a livello astratto, non manchino difficoltà di coordinamento sistematico, a risultare decisivo è il dato sconcertante di una sostanziale incapacità della lettera della legge di tradursi in un cambiamento effettivo sul piano delle tutele. Non può, infatti, ignorarsi che il sistema di detenzione alternativo delineato dal legislatore del 2011 è rimasto per lo più inattuato. A fronte dell'esistenza sul territorio nazionale di soli 4 ICAM⁸⁰, l'unica strada percorribile sembra quella degli strumenti ordinari predisposti dal codice di rito con riguardo a tutti gli altri detenuti.

Il modello differenziato di ambiente detentivo riservato alla madre imputata avrebbe rappresentato e rappresenta, laddove attuato, un sistema virtuoso in grado di rispondere sia alle esigenze di sicurezza della collettività sia a quelle educative e relazionali del minore. In attesa di una più diffusa attuazione, non rimane che fare riferimento alla scarsa normativa in tema di rinvio dell'esecuzione della pena prevista dal codice penale agli artt. 146 e 147 c.p.

⁷⁹ Dalla lettura delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario dedicate alle detenute donne «emerge con evidente immediatezza che il carcere è un luogo pensato da uomini per “contenere” uomini»: G. BREZZI, *Detenzione femminile, Allegato 5 del Tavolo 3 – Donne e carcere degli Stati generali dell'esecuzione penale*, in www.giustizia.it, 1 (ultimo accesso 12.04.2017).

⁸⁰ Al 31 dicembre 2016, secondo i dati forniti dal DAP e disponibili sul sito www.giustizia.it (ultimo accesso 12.04.2017), gli ICAM presenti sul territorio nazionale sono quelli di Torino “Lorusso e Cutugno”, Milano “San Vittore”, Venezia “Giudecca” e Cagliari.

5. *Detenuti tossicodipendenti o malati di AIDS*

Le questioni relative al detenuto tossicodipendente sintetizzano in maniera emblematica alcuni degli aspetti più significativi del complesso rapporto tra salute e sicurezza.

In primo luogo, le scelte effettuate dal legislatore più recente, ispirate a politiche di evidente marca securitaria dirette alla criminalizzazione del “nemico pericoloso”, hanno senza dubbio contribuito ad arricchire la già folta schiera di detenuti tossicodipendenti, che rappresentano ormai da tempo una parte considerevole della popolazione carceraria⁸¹. Il riferimento è anzitutto alla c.d. legge Fini-Giovanardi (legge n. 49 del 2006), ispirata all’evidente intento di inasprire il trattamento sanzionatorio per i reati legati alla droga⁸².

Non si è esitato a rinvenire, nella stagione di riforme che va dall’inizio degli anni Novanta del secolo scorso fino alla legge n. 251 del 2005 (c.d. legge *ex Cirielli*), un’autentica controriforma rispetto alla scommessa anticustodialistica della legge Gozzini: la pena detentiva diviene una sorta di panacea non solo per gli appartenenti alla criminalità organizzata, ma anche per i recidivi reiterati e persino per i consumatori-spacciatori di droghe c.d. leggere⁸³. Il “cuore” della legge n. 49 del 2006, come ampiamente noto, è stato smantellato dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 32 del 2014⁸⁴ che, tralasciando le labirintiche questioni applicative che

⁸¹ Sull’incidenza dei tossicodipendenti nella composizione della popolazione carceraria, tra i molti, E. DOLCINI, *La “questione penitenziaria” nella prospettiva del penalista: un provvisorio bilancio*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 4/2015, 1655 ss.; F. CORLEONE, *Il carcere malato*, in *Ristretti.it*; M. RUOTOLO, *Dignità e carcere*, Napoli, 2014, 94. A ciò si aggiunga che nel carcere affluiscono in larga misura i tossicodipendenti più problematici, con storie di lunghi e gravi disagi, con esperienze di profonde deprivazioni affettive, con carenze e ampi disadattamenti sociali e familiari, ma anche con personalità reattive che mostrano spesso, accanto alla antisocialità, anche aspetti psichiatrici: M.G. GRAZIOSO, *La custodia attenuata: un modello di trattamento per i detenuti tossicodipendenti*, in *Dir. pen. proc.*, 1/1997, 76.

⁸² Tra i primi commenti critici, in particolare, C. RUGA RIVA, *La nuova legge sulla droga: una legge “stupefacente” in nome della sicurezza pubblica*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1/2006, 234 ss.; A. MANNA, *La nuova disciplina in tema di stupefacenti ed i principi costituzionali in materia penale*, in *Dir. pen. proc.*, 7/2006, 829 ss.

⁸³ F. DELLA CASA, *Quarant’anni dopo la riforma del 1975 (ovvero: il continuo divenire della “questione penitenziaria”*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 3/2015, 1163 ss. Con specifico riferimento alla legge n. 251 del 2005 anche G. MARINUCCI, *Certezza d’impunità per i reati gravi e “mano dura” per i tossicodipendenti in carcere*, in *Dir. pen. proc.*, 2/2006, 170 ss.

⁸⁴ Per tutti M. GAMBARDELLA, *La sequenza “invalidità” e “reviviscenza” della legge all’origine del nuovo sistema penale degli stupefacenti*, in *Cass. pen.*, 2014, 1132 ss.; V.

ha determinato, sembra aver prodotto effetti apprezzabili sul numero dei detenuti tossicodipendenti⁸⁵.

Lo stato di tossicodipendenza è stato considerato a lungo una condizione da isolare e neutralizzare più che una malattia da curare: l'*iter* storico che ha segnato la risposta dell'ordinamento a fronte del detenuto tossicodipendente mostra segnali di significativa affinità rispetto a quello che ha scandito il percorso del folle reo. Non è un caso che la disciplina introdotta dalla legge n. 1041 del 1954 prevedesse il ricovero coatto in ospedali psichiatrici nei confronti di chi, a causa di grave alterazione psichica per abituale abuso di stupefacenti, si rendesse pericoloso a sé e agli altri o rappresentasse fonte di pubblico scandalo.

La svolta nel senso di una "cultura terapeutica" viene solitamente individuata nella legge n. 685 del 1975⁸⁶: si rinuncia alle sanzioni nei confronti del consumatore di droga e si prevede il diritto a ricevere un'adeguata assistenza a fini riabilitativi⁸⁷. Per ciò che attiene, più nello specifico, al piano dell'esecuzione penitenziaria, la legge del 1975 prevede che il soggetto ritenuto abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti, condannato o imputato, possa ricevere la cura e l'assistenza necessarie all'interno di appositi reparti carcerari.

In questo contesto normativo e culturale profondamente mutato, tanto sul versante dell'approccio scientifico e medico alle dipendenze quanto sul versante penitenziario, si inserisce il d.P.R. n. 309 del 1990.

Da una parte la necessità di un approccio terapeutico si è radicata con sempre maggiore consapevolezza, tanto che il legislatore del 1990, pur

MANES - L. ROMANO, *L'illegittimità costituzionale della legge c.d. "Fini-Giovanardi": gli orizzonti della democrazia penale*, in *Dir. pen. cont.*, 1/2014, 215 ss.

⁸⁵ Nella Relazione annuale al Parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, presentata dal Dipartimento Politiche Antidroga, 111, nota 18, si legge: «pur non essendo propriamente un provvedimento "svuotacarcere", la sentenza della Corte costituzionale ha avuto un impatto sulla popolazione detenuta: alla fine dell'anno 2014 la percentuale di detenuti presenti con ascritto il reato di cui all'articolo 73 è arrivata al 34%, il valore più basso riscontrato dal 2000».

⁸⁶ Così, di recente B. SCARCELLA, *Trattamento e cura del tossicodipendente autore di reato: il volto di un altro carcere*, in *Giurisprudenzapenale.com*, 2/2017, 3 ss. Sulla legge n. 685 del 1975, in particolare, F. MANTOVANI, *Ideologia della droga e politica antidroga*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1986, 369 ss.; V. PATALANO, *La nuova disciplina degli stupefacenti nei suoi profili penalistici e di polizia criminale*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1977, 890 ss.

⁸⁷ S. RIONDATO, *Introduzione alla disciplina degli stupefacenti*, in *Commento pratico sistematico al testo unico sugli stupefacenti*, a cura di S. Riondato, Padova, 2006, 7, il quale rileva come il risultato della legge fu però quello di una sorta di liberalizzazione preterintenzionale, che determinò un significativo incremento del traffico e consumo di stupefacenti ben oltre le aspettative legate alla tolleranza prevista per l'uso personale.

inasprendo la risposta sanzionatoria per il consumo voluttuario di droga, pone particolare attenzione agli strumenti di riabilitazione⁸⁸.

Dall'altra parte il sovraffollamento carcerario ha già assunto quella "consistenza emergenziale" tornata d'attualità con la sentenza *Torreggiani* e a tenere banco è il dibattito relativo alle misure alternative alla detenzione. Non è un caso, del resto, che la stessa legge n. 49 del 2006 risultasse portatrice di un messaggio sostanzialmente contraddittorio, visto che all'estremo rigore in fase di comminatoria facevano da contraltare le generose vie di fuga concesse ai soggetti tossicodipendenti in fase di esecuzione della pena⁸⁹, a partire dall'affidamento in prova in casi particolari e dal lavoro di pubblica utilità.

Analogamente a quanto avviene per le madri detenute, quindi, si delinea un sistema progressivo che mira ad evitare per quanto possibile il contatto con il carcere o la permanenza nello stesso e che predisponde, per i casi in cui la "carcerizzazione" risulti inevitabile, trattamenti differenziati allo scopo, almeno sulla carta, di tenere conto della peculiare condizione di salute del detenuto.

5.1. *Tossicodipendenti: soluzioni dentro e fuori le mura del carcere*

Anche la normativa di settore relativa ai detenuti tossicodipendenti, contenuta integralmente nel d.P.R. n. 309 del 1990 e in parte modificata dalla legge n. 49 del 2006, si articola lungo le "tradizionali" fasi della custodia cautelare (art. 89), della sospensione dell'esecuzione della pena (art. 90), delle misure alternative "speciali" (art. 94) e, nel caso in cui proprio non si riesca ad evitare il contatto con l'ambiente carcerario, di un regime esecutivo *ad hoc* (art. 95, che per la verità costituisce sul punto una mera norma di rinvio). Gli artt. 89 e 94 si riferiscono anche al soggetto alcooldipendente.

È possibile fin da subito evidenziare due peculiarità rispetto allo "statuto speciale" del malato di AIDS. In primo luogo, le previsioni relative al ristretto tossicodipendente, lungi dal trovarsi sparse tra codice penale, codice di rito e ordinamento penitenziario, sono contenute nel d.P.R. n. 309 del 1990, restituendo l'impressione di *corpus* normativo maggiormente organico. In secondo luogo, si tratta di una disciplina ispirata a un più evidente *favor* nei confronti del detenuto "malato": il *favor* in questione, pare opportuno sottolinearlo, deve essere valutato non solo (e, verrebbe

⁸⁸ V. ancora S. RIONDATO, *op. cit.*, 10-11.

⁸⁹ C. RUGA RIVA, *op. cit.*, 260.

da dire, non tanto) sul piano delle alternative al carcere, ma anche sul versante dei circuiti differenziati per ragioni diverse da quelle di mera sicurezza. Proprio in questa seconda prospettiva si inseriscono l'art. 95 del d.P.R. n. 309 del 1990 nonché il regime di custodia attenuata previsto dalle circolari DAP, così come l'altisonante affermazione di principio contenuta nell'art. 96 del d.P.R. n. 309 del 1990, il quale, al primo comma, chiarisce che il detenuto (imputato o condannato) tossicodipendente «ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione», anche quando, precisa il secondo comma, il soggetto non sia stato ammesso alle misure sostitutive di cui agli artt. 90 e 94 per la prosecuzione o l'esecuzione del programma terapeutico al quale è sottoposto o intende sottoporsi.

Si tratta probabilmente di disposizioni ultronee, nel senso che il loro contenuto ben si sarebbe potuto ricavare, a tacer d'altro, dall'art. 32 Cost.: il fatto che si trovino ribadite a quindici anni di distanza dall'entrata in vigore dell'ordinamento penitenziario rappresenta però una (ri)affermazione di principio meritevole di segnalazione.

La linea di tendenza che, più in generale, il legislatore del 1990 ha mostrato di seguire, è stata quella di favorire il più possibile la volontaria partecipazione del tossicodipendente a trattamenti socio-terapeutici⁹⁰.

Certo, non si può negare il rischio per cui sullo sfondo di ogni intervento volto a privilegiare percorsi alternativi al carcere si intraveda più una "spersonalizzata" esigenza di deflazione che l'obiettivo di una reale individualizzazione del trattamento: un solido riconoscimento normativo (*rectius* legislativo), sebbene non rappresenti certamente un punto d'arrivo, può però almeno rappresentare un confortante punto di partenza.

Il testo unico, in particolare, instaura quello che è stato definito un "doppio binario", esigendo un intervento tanto da parte degli enti territoriali quanto da parte delle ASL che, attraverso i SERT (Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze), devono provvedere *ex art.* 96, terzo comma d.P.R. n. 309 del 1990 alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti, d'intesa con le Direzioni degli Istituti penitenziari e in collaborazione con i servizi sanitari penitenziari⁹¹. Il quarto comma del medesimo art. 96 stabilisce che il Ministero di Giustizia organizza con proprio decreto, su base territoriale, i servizi sanitari interni agli istituti, provvedendo d'intesa con le autorità regionali e con i SERT.

⁹⁰ M. CLERICI, *Trattamenti per tossicodipendenti in carcere: riflessioni da un'esperienza multicentrica di follow-up*, in *Rassegnapenitenziaria.it*, 2/2006, 61.

⁹¹ R. BIANCHETTI, G. LEGGIERI, *Gradualità dell'offerta penitenziaria: "primo livello" trattamentale per detenuti tossicodipendenti*, in *Rassegnapenitenziaria.it*, 2/2004, 107-108.

La circolare DAP 3359/5809 del 21 aprile 1993 ha poi istituito tre circuiti, finalizzati a una differente allocazione dei detenuti per ragioni di sicurezza: il circuito di terzo livello, c.d. di custodia attenuata, è riservato ai detenuti tossicodipendenti non particolarmente pericolosi⁹².

L'attuazione del "regime speciale" può avvenire o attraverso la destinazione di un intero istituto alle finalità in questione (ICAT: *Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti*) o istituendo una o più sezioni (SEATT: *Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti*) all'interno di istituti penitenziari di grandi dimensioni. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del SERT territoriale e, se necessario, del DSM, svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. In alcuni istituti sono poi istituite *Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale* (CASA), che costituiscono le aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere e dove, ancora una volta, il personale del SERT è chiamato a svolgere un ruolo di rilievo⁹³.

Si è efficacemente rilevato come con gli Istituti a Custodia Attenuata si siano introdotte strutture detentive in cui le esigenze riabilitative prevalgono su quelle contenitive e nelle quali, pertanto, la custodia – ma non la sicurezza – è attenuata: nelle strutture in questione «non si assiste alla rinuncia all'aspetto custodiale, tipico di una detenzione, ma ad una sua attenuazione a favore di programmi trattamentali specifici, che devono svolgersi in sicurezza e al fine di garantire la sicurezza dell'istituto e delle persone che vi afferiscono»⁹⁴.

Resta ovviamente, come già anticipato, l'astratta possibilità di evitare "a monte" l'ingresso nel circuito carcerario.

Nella fase cautelare a venire in considerazione è la disciplina prevista dall'art. 89 del testo unico, il cui primo comma prevede che qualora ricorrano i presupposti per la custodia cautelare in carcere il giudice, ove non sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, dispone gli arresti domiciliari quando imputata è una persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero. Gli arresti domiciliari (secondo comma) possono essere disposti anche nei

⁹² Sulla distinzione in circuiti, anche per le necessarie indicazioni al riguardo, A. MASSARO, *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione*, cit.

⁹³ R. PALMISANO, *Temi per Stati Generali dell'Esecuzione Penale. Tavoli 4 e 2*, in *www.giustizia.it* (ultimo accesso 12.04.2017).

⁹⁴ E. ANNICIELLO, *I circuiti penitenziari: biunivocità tra sicurezza e trattamento*, in *Quaderni ISSP*, n. 10, *Gli spazi della pena*, 2012, 43.

confronti di un soggetto già in custodia cautelare che intenda sottoporsi a un programma di recupero, sempre che non ricorrano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza. Pur senza entrare nel dettaglio di una disciplina in realtà particolarmente complessa, risulta evidente la prevalenza accordata alle esigenze di cura per il detenuto tossicodipendente in attesa di giudizio⁹⁵.

L'art. 90 d.P.R. n. 309 del 1990 prevede che il tribunale di sorveglianza possa sospendere l'esecuzione della pena detentiva inflitta per reati commessi dal soggetto «in relazione al proprio stato di tossicodipendenza» per cinque anni, qualora accerti che la persona si sia sottoposta con esito positivo a un programma terapeutico e socio-riabilitativo eseguito presso una struttura sanitaria. Il giudice può altresì sospendere l'esecuzione della pena pecuniaria qualora l'interessato si trovi in disagiate condizioni economiche. La sospensione può essere concessa solo quando deve essere espiata una pena detentiva, anche residua e congiunta a pena pecuniaria, non superiore a sei anni o a quattro anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-*bis*⁹⁶. All'istanza di sospensione presentata *ex art.* 91 è allegata, a pena di inammissibilità, la certificazione sanitaria attestante la procedura con la quale è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, il tipo di programma scelto, la struttura presso la quale è stato eseguito, le modalità e i risultati dello stesso.

Si tratta, dunque, di un beneficio concepito dal legislatore a maglie piuttosto strette. Non solo si richiede una connessione tra il reato commesso e lo stato di tossicodipendenza⁹⁷, ma è anche necessario che il programma

⁹⁵ G. AMATO, *Con la terapia un'alternativa alla reclusione*, in *Guida dir.*, 2006, 12. Cass., Sez. VI pen., 16 luglio 2013, n. 30559, in *Dejure* ha precisato che le esigenze cautelari di eccezionale rilevanza cui fa riferimento l'art. 89 non coincidono con una normale situazione di pericolosità, ma si identificano con un'esposizione al pericolo dell'interesse di tutela della collettività di consistenza tale da non risultare compensabile rispetto al valore sociale rappresentato dal recupero del soggetto tossicodipendente, valutato anche in termini di probabilità. Sulle modifiche apportate all'art. 89 dalla legge del 2006 v. anche M. MENEGHELLO, *Misure cautelari personali eseguite nei confronti di tossicodipendenti e alcooldipendenti*, in *Commento pratico sistematico alle modifiche al testo unico sugli stupefacenti*, a cura di S. Riondato, Padova, 2006, 81 ss.

⁹⁶ Si tratta di una diversificazione dei limiti di pena evidentemente dettata da esigenze di sicurezza: G. AMATO, *Le modifiche alla normativa sugli stupefacenti*, Roma, 2006, 79.

⁹⁷ Sebbene si sia ipotizzato che qualunque reato commesso dal tossicodipendente debba considerarsi connesso al suo stato (L. PISTORELLI, *Sospensione dell'esecuzione delle pene detentive*, in *Stupefacenti. Sostanze psicotrope. Stati di tossicodipendenza*, Torino, 1990, 140), un'interpretazione maggiormente rispettosa della lettera della legge impone una lettura più restrittiva. Si è per esempio sostenuto che, muovendo dallo stato di tossicodipendenza del soggetto, il nesso richiesto dall'art. 90 potrebbe ritenersi sussistente per tutti i reati che trovino ragione in quello stato o siano finalizzati ad alimentarlo

terapeutico intrapreso abbia avuto esito positivo⁹⁸.

L'intervento legislativo del 2006, richiedendo che il programma terapeutico intrapreso si sia già concluso, ha contribuito a meglio definire l'ambito applicativo del beneficio in questione rispetto a quello dell'affidamento in prova terapeutico, previsto dell'art. 94 del testo unico⁹⁹. Quest'ultimo, applicabile in presenza degli stessi limiti di pena previsti dall'art. 90, può infatti essere richiesto dal soggetto tossicodipendente¹⁰⁰ (ma anche alcooldipendente, contrariamente a quanto avviene per la sospensione dell'esecuzione) «che abbia in corso un programma di recupero o che ad esso intenda sottoporsi». Anche in questo caso si rende necessaria l'allegazione, a pena di inammissibilità, della documentazione medica che attesti, tra l'altro, l'idoneità del programma in corso o da intraprendere ai fini del recupero del condannato. Il tribunale concede la misura quando ritiene che la stessa contribuisca al recupero del condan-

ulteriormente: così C. ZAINA, *La nuova disciplina degli stupefacenti*, Giuffrè, 2006, 535. Sull'insufficienza del mero dato temporale anche G. AMATO, *Droga e attività di polizia*, Roma, 1992, 202.

⁹⁸ In giurisprudenza, di recente, Cass., Sez. I pen., 14 dicembre 2012 n. 11050, in *Dejure*. Sul carattere eccezionale dello strumento Cass., Sez. I pen., 3 maggio 2016 n. 29331, in cui si precisa che il meccanismo in questione riguarda soltanto i condannati affetti da tossicodipendenza, non essendo per contro applicabile ai soggetti affetti da ludopatia o da altre dipendenze differenti dalla tossicodipendenza, ancorché a quest'ultima assimilabili.

⁹⁹ Sulla *ratio* della misura alternativa, sospesa tra "rieducazione" e "recupero" e secondo alcuni distinta da quella comunemente individuata in riferimento all'affidamento in prova ordinario, si rinvia a G.L. MALVASI, *Affidamento in prova in casi particolari per i tossicodipendenti*, in *Le misure alternative alla detenzione*, cit., 467 ss.

¹⁰⁰ L'esatta delimitazione della nozione di tossicodipendente ai fini della concessione della misura prevista dall'art. 94 è stata al centro di letture discordanti da parte della giurisprudenza. Secondo una lettura restrittiva, lo stato di tossicodipendenza andrebbe tenuto distinto dalla condizione di mero abuso di sostanze stupefacenti: si tratterebbe in effetti di «categorie distinte, aventi autonomo riconoscimento normativo e, comunque, non omologabili sicché l'accertamento della tossicodipendenza non si risolve in quello dell'uso abituale, il quale – alla stregua dei parametri del DSM IV (Manuale diagnostico dei disturbi mentali elaborato dall'*American Psychiatric Association*), costituenti criteri guida aventi natura scientifica largamente riconosciuti nella comunità scientifica internazionale – costituisce condizione essenziale ma non sufficiente per la diagnosi della tossicodipendenza»: Cass., sez. IV pen., 27 giugno 2012, n. 38040, in *Dejure*; Cass., sez. IV pen., 14 luglio 2016, n. 39530 (in riferimento all'art. 89 d.P.R. n. 309 del 1990). *Contra* Cassazione penale sez. I, 13 gennaio 2016 n. 14008, in *Giurisprudenzapenale*. *it*, 20 maggio 2016, con nota di M. NIGRO, *Eliminata definitivamente la distinzione tra tossicodipendenza e abuso di sostanze stupefacenti ai fini della concessione dell'affidamento in prova ai servizi sociali*, con cui la giurisprudenza di legittimità ritiene che le due nozioni confluiscono nella più generale categoria dei "disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze".

nato e assicuri la prevenzione del pericolo che egli commetta altri reati.

Sebbene la sospensione dell'esecuzione della pena rappresenti un meccanismo "animato dalle migliori intenzioni" e, soprattutto, astrattamente funzionale al recupero terapeutico del detenuto, i dati mostrano uno scarsissimo uso della misura, probabilmente anche in considerazione della esiguità dei controlli che la stessa consente¹⁰¹. Per contro, l'affidamento in prova, in casi particolari, mostra un maggior successo applicativo, ma le statistiche evidenziano come solo il 15% dei detenuti tossicodipendenti acceda alla misura alternativa¹⁰². Non è certo questa la sede per l'elaborazione di dati che pretendano di avere una qualche affidabilità dal punto di vista statistico, ma ciò che risulta evidente è come il carcere rappresenti ancora il luogo privilegiato per il trattamento del detenuto tossicodipendente. Gli ICAT presenti sul territorio nazionale non riescono ancora a soddisfare il "fabbisogno" mostrato dall'attuale popolazione ristretta.

Le conclusioni divengono, dunque, analoghe a quelle già anticipate a proposito degli ICAM: il significativo passo in avanti compiuto a livello normativo fatica a tradursi anche in mutamento effettivo delle condizioni di detenzione (e dunque di salute) di soggetti che, sia pur per ragioni diverse, evidenziano la necessità di un trattamento differenziato.

5.2. AIDS e condizioni di detenzione

L'esecuzione della pena nei confronti del tossicodipendente segue un percorso normativo differente rispetto a quello previsto per soggetti affetti da AIDS, sebbene lo stato di tossicodipendenza e l'infezione da HIV possano sussistere congiuntamente. L'esigenza nei confronti del soggetto sieropositivo, in effetti, è quella di sottrarre al circuito carcerario un soggetto le cui condizioni di salute si rivelino con lo stesso strutturalmente incompatibili, ma anche quella di contenere il rischio di contagio¹⁰³. È una circostanza indubbiamente peculiare quella per cui, scorrendo il documento finale predisposto dagli *Stati generali per l'esecuzione penale*, istituiti nel 2015

¹⁰¹ *Amplius R. Tucci, L'esecuzione della pena detentiva nei confronti dei soggetti tossicodipendenti*, in *www.altrodiritto.unifi.it*, 2001, Cap. 6.

¹⁰² Secondo i dati forniti dal DAP e disponibili su *www.giustizia.it* (ultimo accesso 12.04.2017), sono circa 3000 i soggetti che accedono alla misura alternativa dell'affidamento in prova, a fronte di una popolazione detenuta con problemi droga-correlati che oscilla intorno alle 13.000 unità.

¹⁰³ Per più considerazioni al riguardo L. CESARIS, *Art. 47-quater*, in *Ordinamento penitenziario commentato*, cit., 587-588.

presso il Ministero della Giustizia¹⁰⁴, si trovi ampio spazio dedicato al soggetto tossicodipendente o alcolodipendente, mentre solo un rapido cenno è dedicato ai malati di AIDS, annoverati nell'elenco dei soggetti vulnerabili insieme a Rom, stranieri, *homeless*, tossicodipendenti, sofferenti psichici, omosessuali, madri sole, lavoratori disoccupati o precari. La condizione dei malati di AIDS, tuttavia, si rivela indubbiamente peculiare: non può in effetti trascurarsi il dato quantitativo, così come deve necessariamente prendersi in considerazione la specificità della condizione del soggetto affetto da HIV/AIDS, specie se in fase avanzata della malattia, che rendono particolarmente difficoltoso assicurare al detenuto cure adeguate e corrispondenti allo standard extramurario¹⁰⁵.

Le disposizioni che vengono in considerazione sono anzitutto quelle contenute nell'art. 275, commi 4-*bis*, 4-*ter*, 4-*quater* c.p.p., che dispongono il divieto di custodia cautelare per l'imputato affetto da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-*bis*, secondo comma c.p.p., ovvero da altra 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: se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture sanitarie penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti, il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza. Il giudice, secondo quanto previsto dal comma 4-*quater*, può comunque disporre la custodia cautelare in carcere per soggetti imputati per i delitti di cui all'art. 380 c.p.p., relativamente a fatti commessi dopo l'applicazione delle misure disposte nei commi precedenti: in questo caso il giudice dispone che l'imputato venga condotto in un istituto dotato di reparto attrezzato per la cura e l'assistenza necessaria.

I casi di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria, secondo quanto previsto dall'art. 286-*bis* c.p.p., sono definiti con decreto del Ministro della Sanità, da adottare di concerto con il Ministro di Giustizia,

¹⁰⁴ M. RUOTOLO, *Gli Stati generali dell'esecuzione penale: finalità e obiettivi*, in *Penalecontemporaneo.it*, 11 marzo 2016. Il documento conclusivo e le relazioni dei singoli tavoli tecnici sono consultabili su www.giustizia.it (ultimo accesso 12.04.2017). Sul punto v. anche AA. VV., *Gli Stati generali dell'esecuzione penale*, Pisa, 2016.

¹⁰⁵ Amplius B. MAGLIONA, *Carcere, HIV/AIDS e tutela dei diritti umani: aspetti etico-deontologici e riflessi medico legali della gestione sanitaria del detenuto sieropositivo*, in *La prigionia malata. Letture in tema di AIDS, carcere e salute*, a cura di B. Magliona, C. Sarzotti, Torino, 1996, 69 ss.

stabilendo anche le procedure diagnostiche e medico-legali per il loro accertamento.

L'art. 146 c.p., la cui attuale formulazione risale alla legge n. 40 del 2001, prevede poi il rinvio obbligatorio della pena per persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art. 286-*bis*, secondo comma c.p.p., ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultino incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trovi in una fase "terminale" della sua malattia.

Il quadro è completato dall'art. 47-*quater* ord. penit., il quale stabilisce, al primo comma, che le misure dell'affidamento in prova al servizio sociale e della detenzione domiciliare possono essere applicate, anche oltre i limiti di pena previsti dagli articoli 47 e 47-*ter* ord. penit., su istanza dell'interessato o del suo difensore, nei confronti di coloro che sono affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria (sempre accertate ai sensi dell'articolo 286-*bis*, secondo comma c.p.p.) e che hanno in corso o intendono intraprendere un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS¹⁰⁶.

L'attuale assetto normativo è il risultato di un percorso particolarmente accidentato, che ha richiesto progressivi interventi "correttivi" ad opera prima della Corte costituzionale e poi del legislatore¹⁰⁷ e che rappresenta una delle testimonianze più evidenti di come le esigenze di sicurezza siano in grado di "interferire" su quelle relative alla salute, imponendo regimi trattamentali in grado di tener conto della condizione e di malato e di reo (o imputato) del soggetto. L'originaria formulazione dell'art. 286-*bis* c.p.p., infatti, prevedeva un'ipotesi di assoluta incompatibilità tra malattia e carce-

¹⁰⁶ Per più ampie considerazioni al riguardo si rinvia a L. CESARI, *op. cit.*; A. CENTONZE, *L'esecuzione della pena detentiva e la ricostruzione sistematica della nozione di gravità delle condizioni di salute del detenuto*, in *Rassegnapenitenziaria.it*, 3/2006, 14 ss. G.M. PAVARIN, *Le ipotesi di detenzione domiciliare*, in *Misure alternative alla detenzione*, a cura di F. Fiorentin, Torino, 2012, 277 evidenzia lo scarso successo applicativo delle due nuove forme di affidamento in prova al servizio sociale e di detenzione domiciliare, attribuendo lo stesso al fatto che, almeno per la detenzione domiciliare, i soggetti presi in considerazione dalla norma potranno accedere, nella maggior parte dei casi, al differimento dell'esecuzione o alla detenzione domiciliare "ordinaria", che non richiedono il tortuoso iter burocratico-sanitario previsto invece dall'art. 47-*quater*.

¹⁰⁷ Per un inquadramento generale A. MARGARA, *Normativa per i detenuti malati di AIDS: è per morire o per vivere?*, in *Quest. giust.*, 1995, 124 ss.; A. VELLUCCI, G. STARNINI, S. FARINELLI, D. DE DONATIS, *L'infezione da HIV e il regime carcerario*, in *Cass. pen.*, 10/1994, 2898 ss.; A. BERNASCONI, *op. cit.*, 134 ss.

re, riferita alle ipotesi di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria (primo comma); era poi prevista la possibilità per il giudice procedente di individuare, discrezionalmente, ulteriori ipotesi di incompatibilità con la custodia cautelare in carcere (secondo comma). A ciò si aggiungeva l'ampia disposizione contenuta nell'art. 146 c.p., come risultante dalla legge n. 222 del 1993, che subordinava il rinvio obbligatorio della pena ai soli casi di AIDS conclamata, senza riferimento alcuno all'effettiva incompatibilità delle condizioni di salute del soggetto con lo stato di detenzione.

Erano molte le criticità rilevate nei confronti della disciplina in questione, ma, per quel che qui maggiormente interessa, si era soprattutto avviata una campagna mediatica volta a stigmatizzare il trattamento di favore riservato agli "intoccabili per legge", i quali, contando sulla sostanziale impunità, sarebbero stati incentivati nella commissione di reati¹⁰⁸. La sicurezza, dunque, viene in considerazione non solo e non tanto nella sua dimensione di esigenza interna alla gestione del singolo istituto penitenziario, quanto piuttosto nella sua sfuggente consistenza di "allarme sociale", direttamente connessa alle istanze generalpreventive della sanzione penale¹⁰⁹.

La Corte costituzionale, con le sentenze n. 438 e 439 del 1995, modificando il proprio orientamento al riguardo, giunge a dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 146 c.p. e dell'art. 286-bis, primo comma c.p.p., nella parte in cui, rispettivamente, stabilivano il differimento della pena o il divieto di custodia cautelare in carcere anche quando l'espiazione della pena e l'applicazione della misura potessero avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti (in presenza delle esigenze cautelari di eccezionale rilevanza di cui all'art. 275, quarto comma c.p.).

Il legislatore, modificando l'art. 146 c.p. con la legge n. 231 del 1999 (con formulazione poi confermata dalla legge n. 40 del 2001), stabilizza per via normativa le indicazioni della Corte costituzionale: il rinvio dell'esecuzione della pena non deve aver luogo quando le condizioni del soggetto sieropositivo siano comunque compatibili con l'ambiente carcerario. Sul versante cautelare, la stessa legge n. 231 del 1999 ha anzitutto

¹⁰⁸ Per tutti V. GREVI, *Gravi condizioni di salute dell'imputato e custodia cautelare in carcere*, in *Dir. pen. proc.*, 2/1995, 159 ss. Il dibattito in questione è efficacemente ricostruito da C. FIORIO, *Gli accertamenti medico-peritali sulle condizioni personali e di salute della persona detenuta*, in *La giustizia penale differenziata*, a cura di M. Montagna, Torino, 2016, spec. 529 ss. e ID., *Il regime penitenziario per gli ammalati di AIDS tra tutela del condannato ed esigenze della collettività*, in *Giur. it.*, 1993, II, 827 ss.

¹⁰⁹ Sui molteplici volti della sicurezza A. MASSARO, *Salute e sicurezza nei luoghi di detenzione*, cit.

abrogato il primo comma dell'art. 286-*bis* c.p.p., spostando la disciplina relativa al divieto di custodia cautelare per soggetti sieropositivi nell'art. 275 c.p.p. e ha escluso qualsiasi forma di discrezionalità giudiziale, rimettendo a decreti ministeriali la definizione dello stato di AIDS conclamata o di grave deficienza immunitaria¹¹⁰.

La disciplina attuale, dunque, nel “bilanciamento” tra esigenze di sicurezza ed esigenze di salute, sembrerebbe in qualche modo privilegiare le prime¹¹¹. Non è un caso che il sistema preveda, almeno per la fase cautelare, la “norma di chiusura” dell'art. 275, comma 4-*quinqüies*, il quale stabilisce che la custodia in carcere non possa essere comunque disposta o mantenuta quando la malattia si trovi in una fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative¹¹².

Ciò che caratterizza la materia in questione è l'assenza di una disciplina *ad hoc* per i casi in cui il malato di AIDS resti in carcere in esecuzione della pena: si fa riferimento all'assegnazione dell'imputato in un istituto “attrezzato” nell'art. 275, comma 4-*quater*, ma mancano analoghe previsioni relative alla fase esecutiva in senso stretto. Lo “statuto speciale” del malato di AIDS, altrimenti detto, segue la cadenza tipica che si riscontra in riferimento alle madri detenute e ai tossicodipendenti, ma manca l'ultimo anello della catena, rappresentato dalla previsione degli ICAM e degli ICAT. Si tratta certamente di una carenza in larga parte colmata dall'art. 47-*quater* ord. penit., che secondo alcuni avrebbe manipolato, fino a snaturarlo, il volto delle misure alternative alla detenzione¹¹³. Per quel che qui maggiormente interessa, il legislatore, assecondando l'onda di

¹¹⁰ Sulle due linee dell'intervento legislativo in P. CANEVELLI, *Tutela dei soggetti affetti da AIDS o da altre malattie gravi e misure alternative al carcere. Aspetti giuridici*, in *Dir. pen. proc.*, 10/1999, 1226 ss. Per considerazioni critiche sul riferimento alle condizioni di AIDS conclamata e grave deficienza immunitaria B. MAGLIONA, *Tutela dei soggetti affetti da AIDS o da altre malattie gravi e misure alternative al carcere. Aspetti giuridici*, *ivi*, 1236: se infatti «il principio che la legge ha inteso salvaguardare è quello del rispetto delle esigenze umanitarie e di salute dei soggetti con infezione da HIV, allora si deve ammettere che non è la stadiazione della malattia a fondare una presunzione di incompatibilità con la detenzione; se invece il principio che si è voluto affermare è quello della tutela della salute della restante popolazione carceraria, allora è necessario prendere atto che il rischio per la comunità intramuraria deriva da tutti i soggetti con infezione da HIV e non solo da quelli che si trovano nelle fasi più avanzate di malattia».

¹¹¹ B. MAGLIONA, *Tutela dei soggetti affetti da AIDS*, *cit.*, 1234.

¹¹² B. MAGLIONA, *ibidem*. Anche in riferimento all'art. 286-*bis* c.p.p., peraltro, parrebbe che il legislatore indichi come via “preferibile” quella di apprestare le cure idonee nell'ambiente carcerario: A. BERNASCONI, *op. cit.*, 136.

¹¹³ L. CESARIS, *op. cit.*, 595.

spinte emotive, avrebbe assicurato ai malati di AIDS un accesso pressoché incondizionato alle misure alternative, realizzando altresì una disparità di trattamento rispetto ai malati “comuni”, sia pur in condizioni gravi o gravissime¹¹⁴. Tali considerazioni sono indubbiamente convincenti, ma non può fare a meno di osservarsi come i benefici previsti dall’art. 47-*quater* ord. penit. siano riservati a coloro che superino la “soglia di gravità” indicata dall’art. 286-*bis*, secondo comma c.p.p. e, quindi, dai decreti ministeriali di riferimento. I malati di AIDS “sotto soglia” sono parificati agli altri detenuti malati. Potrebbe ovviamente ritenersi che l’AIDS, quando non conclamata, non presenti esigenze di tutela peculiari e che anzi la previsione di strutture dedicate possa alimentare il sospetto di “ghettizzazione” dei malati in questione. Non può, tuttavia, fare a meno di notarsi la peculiarità della scelta legislativa, specie, si ripete, se messa a confronto con quelle effettuate in riferimento a madri e tossicodipendenti.

6. Considerazioni conclusive

Ogni indagine teorica chiamata a confrontarsi con la tutela della salute del soggetto a vario titolo detenuto deve scontrarsi con la difficoltà di dar conto dell’eterogenea situazione applicativa che quell’indagine pure pretende di descrivere. La stessa distinzione tra categorie di “malati” (sofferente psichico, sieropositivo, tossicodipendente) rivela tutta la propria fragilità se solo si consideri che spesso il medesimo soggetto è al tempo stesso dipendente da sostanze stupefacenti, affetto da HIV/AIDS e portatore di patologie psichiatriche.

L’impressione complessiva, tuttavia, è quella per cui la salute dei soggetti ristretti in carcere soffre di una condizione peggiore rispetto non solo ai soggetti liberi, ma anche ai detenuti che accedano a circuiti alternativi. Si tratta di considerazioni che valgono anche in riferimento al sofferente psichico che, almeno stando all’attuale assetto normativo delle REMS, può contare su un’assistenza sanitaria indubbiamente più efficiente di quella di cui disporrebbe in carcere.

¹¹⁴ L. CESARIS, *op. cit.*, 587 e 595. Cfr. anche G. LOCATELLI, *Il trattamento sanzionatorio dei soggetti tossicodipendenti o affetti da HIV: evoluzione della normativa fino alla legge 12 luglio 1999, n. 231*, in *Cass. pen.*, 2/2000, 553, ad avviso del quale la legge del 1999 sarebbe espressione di una concezione perdonista e lassista nei confronti del reo tossicomane (anche malato di AIDS) che, anziché condurlo verso il recupero sociale, rischia di spingerlo verso l’illegalità aumentando la sensazione dell’impunità.

L'attribuzione della sanità penitenziaria alla competenza del Servizio Sanitario Nazionale sembra aver realizzato una svolta rimasta, almeno fino a questo momento, in larga parte simbolica, almeno nella misura in cui pretenda di estendere ai soggetti ristretti un modello di tutela che implica il riferimento strutturale a soggetti liberi.

La via di un possibile miglioramento, dunque, passa anzitutto per una differenziazione degli spazi dell'esecuzione: visto che ormai da tempo lo spazio della pena ha conquistato la giusta rilevanza nel dibattito relativo alla pena¹¹⁵, un'autentica rivoluzione penitenziaria, forse, dovrebbe passare attraverso gli architetti e non solo attraverso i giuristi, anche al fine di rischiarare quegli aspetti relativi alla tutela della salute che ancora restano nell'ombra.

In secondo luogo, si rende necessaria una formazione culturale e professionale degli operatori chiamati a confrontarsi con condizioni di malattia, quali quelle psichiatriche, che richiedono indubbiamente competenze peculiari: ciò implica non solo una più attenta preparazione degli operatori penitenziari, ma anche la garanzia di medici in numero e con competenze adeguati alla struttura di destinazione.

Fino a quando l'individualizzazione del trattamento “per ragioni di salute” non riesca a tradursi in una cifra effettiva del sistema penitenziario “*in action*”, ogni riflessione relativa alla tutela della salute negli istituti penitenziari è destinata a spiacciarsi sulla constatazione per cui il carcere rappresenta la prima malattia da curare, traducendosi in un agente patogeno che aggrava le condizioni di salute di chi è malato e, spesso, è causa di condizioni patologiche ulteriori¹¹⁶.

È evidente che qualsiasi “prospettiva *de iure condendo*” passi anzitutto attraverso la destinazione di risorse più consistenti al settore penitenziario, visto che un progetto senza una base capace di sostenerlo è in grado, al più, di riempire le pagine di libri o le locandine di convegni, ma non di veicolare un autentico cambiamento.

¹¹⁵ Per tutti Av. Vv., *Il corpo e lo spazio della pena. Architettura, urbanistica e politiche penitenziarie*, a cura di S. Anastasia, F. Corleone, L. Zevi, Roma, 2011 e Aa. Vv., *Volti e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, a cura di F. Corleone, A. Pugiotta, Roma, 2013.

¹¹⁶ V., tra i molti, L. BACCANO, F. MORELLI, *Morire di carcere*, in *Criminalia*, 2009, 435 ss.; Aa. Vv., *Malati in carcere. Analisi dello stato di salute delle persone detenute*, a cura di M. Esposito, Milano, 2007; Av. Vv., *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Firenze, 2015, consultabile su www.ars.toscana.it (ultimo accesso 12.04.2017).

