

LE SOLITUDINI IN CARCERE. IL DETENUTO MALATO E IL DETENUTO STRANIERO: DIALOGO A TRE VOCI (*)

di Giovanna Di Rosa

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il detenuto malato. – 3. Il detenuto straniero. – 4. Conclusioni.

1. Premessa.

L'individualizzazione del trattamento è principio cardine dell'ordinamento penitenziario.

L'Ordinamento Penitenziario all'art. 1 recita che il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità e senza discriminazioni improntate alle stesse categorie (tranne il sesso) che ricorrono nel principio di uguaglianza formale di cui all'art. 3 co. 1 Cost. e prevede all'ultimo comma che il trattamento sia attuato secondo il criterio dell'individualizzazione, in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Le Carte dei Diritti, del resto, ci chiedono di riconoscere il diritto del detenuto a un'espiazione della pena senza trattamenti inumani e degradanti, nel rispetto dell'art.3 Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali nei confronti di soggetti detenuti e internati, resa esecutiva in Italia con la legge di ratifica 4.8.1955, n. 848, in evidente rinforzo del principio costituzionale posto dall'art. 27 co. 3 Cost. sul divieto di trattamenti contrari al senso di umanità e alla finalità rieducativa della pena.

Tali premesse, poste a base dell'ordinamento vigente, confliggono con il titolo della relazione, che sembra celare una contraddizione in termini e una sorta di provocazione: come si fa ad essere soli in un carcere improntato all'attenzione al singolo? E cosa significa essere soli in carcere? La solitudine, infatti, si contraddice strutturalmente con un trattamento individualizzato, che è vicinanza e attenzione concreta alla persona detenuta, senza lasciarla sola, e non è propria di una collettività, se pure coatta. Se in carcere c'è solitudine, è più alto il rischio che esso diventi scuola di criminalità e non luogo di ripensamento e crescita, almeno secondo le intenzioni e le norme che lo regolano. Se una persona è sola, non potrà essere rieducata né reinserita.

(*) Il contributo costituisce il testo della relazione svolta dall'Autrice in occasione di un corso di formazione sull'evoluzione del sistema penitenziario, organizzato dalla Scuola Superiore della Magistratura e tenutosi a Roma il 12 giugno 2018.

Certo, non stiamo parlando della solitudine volontaria, cioè dell'autoisolamento per non partecipare al trattamento proposto. Parliamo della solitudine rispetto al proprio essere quando i propri bisogni non vengono ascoltati, prima ancora che soddisfatti ed anche di solitudine rispetto all'istituzione, che per il magistrato di sorveglianza diventa occasione e motivo per interrogarsi sul senso della sua funzione.

La solitudine involge un problema di tutela dei diritti, incluso quello al trattamento individualizzato che, a sua volta, tutela tutti i diritti sottostanti. La recente riforma del d.l. 146/2013 e del d.l. 92 del 2014 ha "rafforzato le modalità di tutela dei diritti già riconosciuti come tali" con le modifiche degli artt. 69 e 35 O.P., ribadendo la permanente esistenza di un controllo generico della corretta esecuzione della pena in capo al Magistrato di Sorveglianza per la tutela dei diritti inviolabili della persona posti dall'art. 27 co. 3 Cost., ma anche dall'art. 2 Cost., e dalle ricordate fonti sovranazionali pattizie, riconosciuti dallo stesso Ordinamento Penitenziario agli artt. 1 e 4, come la giurisprudenza anche della Corte Suprema¹ ha sottolineato. Dobbiamo però vedere se vi sia, effettivamente, un problema di reale tutela dei diritti dei detenuti malati e stranieri e domandarsi se vi sia differenza tra il diritto promesso e il diritto agito, tra la realtà normativa e quella effettiva.

2. Il detenuto malato.

Sappiamo tutti che la salute è un diritto inviolabile prescritto dall'art. 32 Cost. e non comprimibile a causa dello stato detentivo.

Salute è benessere non solo fisico, cioè assenza di patologie fisiche, ma anche psichico. Il disagio psichico incide su ogni patologia fisica e – a maggior ragione – sullo stato di salute fisico di una persona ristretta. Il carcere, di per sé, suscita reazioni che alterano l'equilibrio psico-fisico della persona, inclusi gli addetti alla sorveglianza e all'assistenza dei detenuti, né in carcere la vita si ferma, essendo in continua evoluzione, come nel mondo libero, comprese le malattie che vi si sviluppano o si aggravano.

Un carcere sovraffollato produce un maggior numero di aggravamenti di condizioni di salute minate o precarie e induce patologie, scatenando quelle latenti.

La preminenza del diritto alla salute in carcere è dunque indiscussa: essa è un diritto da assicurare per evitare che il trattamento penitenziario sia inumano e degradante, evitando sconforto nel detenuto che non deve essere esposto a una prova di intensità superiore all'inevitabile livello di sofferenza insito nella detenzione².

Credo che esistano due tipo di solitudine in carcere: quella soggettiva e quella oggettiva.

La prima riguarda quella che la persona percepisce ed è dovuta al carico di attesa che la persona malata prova, se è detenuta, perché accentua la condizione di

¹ Cass., Sez. I, 14.6.2017, n. 54117.

² Corte EDU 11.2.2014, *Contrada c. Italia*; 22277/93; 2.12.20104, n. 61828/00, §39.

dipendenza da altri, propria del carcere, e il senso di impotenza che ne deriva. È nozione comune che la malattia ingeneri insicurezza, inducendo chiunque ad appoggiarsi a qualcuno per gestire l'ansia e la sofferenza che la malattia stessa genera. Diventa intuitivo per qualsiasi essere umano comprendere che questo senso di indipendenza e di solitudine si può amplificare in carcere.

Esiste poi la solitudine oggettiva, quella della cura che tarda ad arrivare, del medico che non fa la visita giornaliera agli ammalati e a coloro che ne facciano richiesta, del mancato accompagnamento – nel ricovero o nell'ascoltare la diagnosi – di una persona cara, quale non è la scorta della polizia penitenziaria, per quanto attenta possa essere.

Qui, oltre la norma, soccorre allora l'ascolto e l'intervento del Magistrato di Sorveglianza, ammesso che abbia gli strumenti per farlo e riesca ad arrivare in tempo e in maniera capillare: a titolo di esempio, riporto il caso dell'Istituto Penitenziario di Opera, in cui si è accertata la grave carenza di medici, oggetto di una segnalazione del disservizio organizzativo attuata tra tante difficoltà ai sensi dell'art. 69 O.P. È anche il caso di ricordare – ancora oggi e nonostante la modifica normativa – che tale segnalazione è proponibile solo verso il Ministro della Giustizia e non anche quello della Salute, che pure ormai gestisce l'assetto sanitario del detenuto.

Come detto sopra, è solitudine oggettiva il lungo tempo di attesa della risposta alle domande poste dal detenuto sulla cura, sulla visita, sull'esame medico, sulla diagnosi. In carcere non si può telefonare al proprio medico, non sono disponibili gli strumenti di consultazione di norma pronti per i liberi e si accentua il senso di impotenza di cui parlavo. Si pensi poi a quanto può essere doloroso gestire da soli la diagnosi di una patologia grave, l'attesa di un colloquio per poterla condividere con i familiari, sempre che si abbia la fortuna di averli.

Certo, si può proporre reclamo giurisdizionale per motivi inerenti le mancate cure prestate, ma non per colmare tutte queste carenze di sistema, su cui si stenta a rinvenire giurisprudenza di merito specifica, ovvero intervenire con provvedimenti che consentano per esempio di informare il congiunto di una diagnosi grave. È intervenuto qualche tentativo giurisprudenziale di adattare gli strumenti normativi per sopperire a queste esigenze, come quello del Magistrato di Sorveglianza di Sassari teso a consentire l'informativa alla moglie del brutto male che gli era stato diagnosticato.

Mi sembra chiaro dunque che questa consapevolezza può contribuire a meglio orientare le decisioni giurisdizionali sulla salute.

Quanto agli strumenti giudiziari tipici dei Magistrati di Sorveglianza, va ricordato il rinvio obbligatorio e facoltativo dell'esecuzione della pena di cui agli artt. 146 e 147 c.p., eccezioni al principio dell'inderogabilità dell'esecuzione della pena legittimamente inflitta, infatti non previsti in tutti gli ordinamenti. Avendo carattere di eccezionalità, le norme sono applicabili ove non risulti possibile il rispetto del diritto primario del singolo alla salute e dell'umanità della pena, contemporaneamente alla carcerazione. Si noti che in alcuni casi, noti anche alla stampa, la giurisprudenza ha evidenziato il profilo della tutela della collettività in relazione alla pericolosità sociale dei condannati come criterio cui attenersi nel contemperare la decisione in relazione allo stato di salute del condannato (TS Milano 3.10.2014, conf. da Cass.9.6.2015, a

seguito della pericolosità indiretta o simbolica, sotto il profilo dell'appartenenza della persona al sodalizio mafioso denominato Cosa Nostra, di cui il condannato era uno storico capo, viste le condizioni del condannato, in regime di art. 41 *bis* O.P. ma in ospedale e adeguatamente curato).

L'evoluzione normativa è stata in effetti progressiva e costante, sì che se ai tempi dell'Imperatore Adriano l'esecuzione delle pene capitali nei confronti delle donne gravide veniva differita a dopo il parto, non per l'applicazione di principi umanitari, ma per la tutela dei diritti del padre³, solo con lo stato liberale, in cui la pena si lega concettualmente alla rieducazione, si è introdotto il principio del rispetto del senso di umanità, che si riflette sulla tutela delle condizioni di salute all'interno delle strutture carcerarie.

È fondamentale allora la relazione sanitaria del carcere, talora corredata della cartella clinica, oltre che dai documenti di parte. La giurisprudenza registra tuttavia decisioni articolate e a volte contrastanti, in particolare sull'accertamento dell'incompatibilità con la detenzione, che costituisce una delle questioni più complesse, non solo per la difficile lettura dei dati medici, ma per la valutazione in concreto delle condizioni di salute rispetto alle cure del carcere, anche tramite il ricovero presso ospedali civili o altri luoghi esterni di cura, secondo la previsione dell'art. 11 O.P., all'assenza di presidi medici adeguati dentro le strutture penitenziarie e al rispetto del senso di umanità, evitando una carcerazione inutilmente afflittiva. La conoscenza da parte del Magistrato di Sorveglianza dei requisiti specifici dell'organizzazione carceraria, per esempio in tema di risposte a improvvise crisi cardiache in presenza di patologie latenti, è indispensabile, ma non si deve dimenticare quel dato di dolore che è dato dalla malattia in sé. Talvolta la giurisprudenza di merito ha individuato la clausola della segnalazione al Dipartimento per la verifica di una situazione penitenziaria compatibile con le condizioni di salute del condannato, anche se in conflitto con il principio della territorialità della pena.

L'impotenza che deriva dalla solitudine di fronte alla malattia viene a volte affrontata attraverso il rifiuto alle prestazioni sanitarie praticate dal carcere, tuttavia da valutarsi anche rispetto alla strumentalità che il rifiuto opposto può comportare: la soluzione migliore pare la necessaria comparazione del rifiuto con le spiegazioni offerte dal detenuto in udienza o a colloquio a proposito della fiducia nella terapia, nel sanitario, nella riferita intolleranza a un dato farmaco, nella necessità di un preventivo regime dietetico adeguato e non assicurato dal carcere, nel cambio del prodotto farmaceutico, nella struttura ospedaliera proposta, nella causa di trasferimenti da altro carcere.

Questo elemento coinvolge il limite della facoltà di scelta di cura e medico, che la riforma dell'ordinamento penitenziario non approvata affrontava in maniera più netta e che non viene di noma raccolta dalla giurisprudenza di merito, alla luce della

³ ULPIANO, libro XXVII *Ad Sabinum*. Addirittura PAOLO, in *Sentenze*, 1.12.4, ricorda che "*praegnantēs neque torqueri neque damnari nisi post editum partum possunt*" (le gravide non possono essere torturate né condannate se non a parto avvenuto). Si veda anche E. D'ALTERIO, *Il sistema amministrativo penitenziario*, in *Riv. trim. dir. pubb.*, 2013, 2, 369 ss.

previsione che consente la sola possibilità di visita del sanitario di fiducia a spese del detenuto (art. 11 co. 11 O.P.). Altro caso particolare in cui il profilo comportamentale del detenuto può incidere sul suo stato di salute è l'anoressia, che deriva da un comportamento indotto, talora sorto come volontario o strumentale rifiuto di nutrimento, che poi degenera in una patologia irreversibile e non più controllata, senza valicare i limiti del trattamento sanitario obbligatorio. La giurisprudenza ha spesso escluso che rientri tra le gravi infermità fisiche lo stato di grave debilitazione fisica conseguente a patologia anoressica⁴ salvo che da questi derivi una grave patologia fisica.

Occorre infine riflettere sul disagio morale prodotto dal particolare tipo di vita imposto dal carcere a chi non solo non può approfittare – a causa dello stato di menomazione fisica in cui si trova – dell'opportunità offertagli per la sua rieducazione, ma vede amplificarsi senza rimedio gli effetti negativi della carcerazione⁵. La sofferenza aggiuntiva derivante dalla privazione della libertà in sé considerata è comunque inevitabile: se questa sofferenza è tale – in rapporto alla gravità delle condizioni di salute – da superare i limiti della normale tollerabilità, si giunge al giudizio di incompatibilità con la detenzione⁶. Lo stato di cecità assoluta, per esempio, pur astrattamente compatibile con la permanenza in carcere, si è ritenuto contrastare con il principio dell'umanità del trattamento e sostanzialmente eludere il diritto individuale, integrando l'ipotesi di grave infermità fisica che giustifica il differimento della pena⁷.

Anche per il differimento facoltativo, riguardante la diversa valutazione della "grave infermità fisica", che sin dal 1979 la Corte Costituzionale, con la sentenza n.114 aveva chiarito rinvenirsi quando la situazione è "non suscettibile di guarigione mediante le cure o l'assistenza medica disponibile in luogo di esecuzione", valgono considerazioni analoghe.

Qualche protocollo operativo potrebbe individuare, come talora fatto, il contenuto necessario della relazione medica: una descrizione completa della situazione soggettiva, una diagnosi chiara, la descrizione sull'assunzione regolare – o meno – della terapia, esplicitando le interruzioni volontarie non dipendenti da disfunzioni della struttura carceraria o da trasferimenti di carcere o dal comportamento non collaborante del soggetto volto a fini strumentali di ottenimento del beneficio.

Il giudice può così comprendere il significato della patologia e i suoi effetti, la possibilità di cura all'interno e all'esterno del carcere, l'eventuale mancata rispondenza alle terapie praticabili e agli eventi di rischio, in modo tale da contenere tutti gli elementi per un giudizio consapevole.

⁴ Cass., Sez. I, 2.7.1997, n.4574.

⁵ Cass., Sez. I, 4.2.1997, n.6283; Cass., Sez. I, 29.4.1997, n.3046 ; Cass.Sez. I, 15.10.1996, n.5282.

⁶ Cass., Sez. I, 28.10.1999, n.5949.

⁷ Cass., 5.2.2002, in *Foro it.*, 2002, II, 309; nello stesso senso, per il caso di condannato affetto da glaucoma bilaterale congenito con scompenso corneale e intorbidimento della camera anteriore, associata ad altrettanto grave patologia psichiatrica, si veda Cass., Sez. I, 14.1.1999, n. 355.

È discussa la necessità che la relazione contenga anche l'esplicitazione conclusiva del giudizio di compatibilità con il regime carcerario applicato in concreto, cosa che personalmente ritengo opportuna e utile, se pur non vincolante.

Va aggiunta qualche riflessione sulla simulazione, sui gesti di autolesionismo e sullo sciopero della fame, atteggiamenti da valutare distinguendo le manifestazioni di solitudine da quelle di mera protesta: i comportamenti autoaggressivi, soprattutto in persone di religione mussulmana, sono notoriamente frequenti, pare per una sorta di purificazione che da tali gesti deriva, così come le ingestioni di oggetti vari quali chiodi, viti, spazzolini da denti, forchette, pezzi di vetro, lamette, cucitura di labbra e ferite da taglio. (Gonin parla di "ingoiatori" per definire i soggetti che usano il proprio intestino come ripostiglio).

Non è un caso che molti rapporti disciplinari in cui incorrono i detenuti riguardino episodi nei confronti di personale medico o paramedico che somministra le cure ovvero che, nella rappresentazione del detenuto, rifiuta o ritarda nella somministrazione o – ancora – se ne disinteressa.

La valutazione del comportamento della persona diventa rilevante anche perché il carcere può scatenare conflitti interni oscillanti tra esigenze, anche esasperate, di autoconservazione e opposte tendenze di annullamento e autodistruzione a scopi più o meno voluti e organizzati, che possono culminare nella tragedia del suicidio, simbolo estremo di una solitudine non compresa. Inoltre il carcere induce a pensare, non fosse altro che per il tempo a disposizione e nel 2017 i suicidi sono stati ben 48. Mi sono recata a vedere la cella dell'ultimo suicidio di San Vittore, a dicembre 2017, e vedendo i lacci delle scarpe che legavano la porta, il cappio penzolante dei vestiti, le quattro brande ancora disfatte dalla camera attigua credo di aver respirato quella solitudine, senza capire come sia potuto trascorrere tutto il tempo necessario senza che nemmeno i compagni di cella si insospettissero. Il Magistrato di Sorveglianza non credo possa ignorare questo né fare a meno di ascoltare tutto, prima di decidere.

Per contro, può capitare che la patologia sia paradossalmente meglio curata in carcere, soprattutto rispetto a soggetti ai margini della società o privi di dimora fissa che, per ragioni di indigenza o culturali, hanno mancato di prevenire o effettuare quelle cure che poi vanno prestate dal carcere quale istituzione sociale. Ciò si verifica tanto più nei confronti della popolazione extracomunitaria, che diventa espressione di una doppia solitudine: quella che deriva dalla patologia e quella dell'essere straniero.

Si rimarca allora il problema dell'interazione con i servizi sociali e gli operatori penitenziari anche in relazione a chi presenta patologie psichiatriche e pare da coltivare la prassi di alcuni Tribunali di Sorveglianza, come a Milano, che tentano di coinvolgere la struttura penitenziaria al fine di individuare luoghi di cura per detenuti gravemente ammalati, privi di abitazione e riferimenti esterni e il fatto che non si possa provvedere alla scarcerazione durante la relativa attesa, nonostante la persona versi in stato di incompatibilità con il carcere.

La discrezionalità del giudice diventa ancora più ampia nei confronti di persone con malattie a lungo decorso, menomazioni fisiche irreversibili o in età avanzata. Tra le

patologie stabilizzate frequente è il caso, già ricordato, dei cardiopatici, anche affetti da progressi infarti o da interventi di by-pass aorto-coronarico⁸.

La patologia oncologica pone a mio parere, oltre al problema di cura e tecnologico, un problema di contenuto etico: le neoplasie, tanto più quelle curate con cicli di chemioterapia, inducono problemi di natura anche psicologica, mentre la psiche è fondamentale, per l'efficacia della cura. Pensiamo quali possano essere gli effetti nell'assorbimento della chemioterapia in carcere.

Sul delicatissimo tema della salute mentale, la carcerazione può indurre o favorire meccanismi di squilibrio psichico precario o debolmente compensato e costituisce fenomeno molto diffuso, al punto che si trovano nelle sezioni ordinarie persone con disagio mentale di vario tipo, per le quali lo stesso regime custodiale diventa la causa che scatena la malattia vera e propria. Il disagio mentale del detenuto determina una sua maggiore difficoltà di integrazione nel contesto detentivo e dunque una sua solitudine specifica, che occorre in primo luogo intercettare e poi gestire correttamente, con interventi strutturali sui regimi, prima ancora che sulle strutture detentive, assicurando comunque un numero adeguato di ore a disposizione degli specialisti. Ricordo che nell'ambito dell'intervento svolto *ex art. 69 O.P.* lo scorso anno presso la Casa Circondariale di Monza, a causa del consistente numero di suicidi che si era verificato, è stata accertata la presenza di specialisti psichiatri per 80 ore al mese per tutto il carcere, e per 16 ore mensili variabili per il coordinatore *équipe* salute mentale, nonostante la previsione della delibera regionale 13.1.2016 prevedesse un monte ore mensili non inferiori a 30 ore ogni 100 detenuti e la media di 600 detenuti presenti, dunque con necessità minima di 180 ore, fatte salve le necessità specifiche, proprio per Monza indicate. È solo un esempio della situazione generale, ovviamente, che viene quindi affrontata con la sola terapia farmaceutica.

Oggi la psichiatria penitenziaria è chiamata ad affrontare nuove sfide nella scelta dei percorsi riabilitativi, prodigando una professionalità specifica rivolta ai detenuti italiani e stranieri, in modo da assicurare cure adeguate anche alle nuove situazioni di marginalità sociale. La strada indicata dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo nella nota sentenza *Murray c. Olanda* del 26.4.2016, ric. n. 1055/10, è quella del riconoscimento della violazione dell'art. 3 CEDU per l'irriducibilità della pena dell'ergastolo in relazione alle condizioni detentive della persona con problemi mentali, riprendendo altre decisioni dello stesso tenore⁹.

La malattia mentale non è – secondo il dato letterale delle norme – causa di differimento della pena: la norma riguarda infatti solo le patologie fisiche, escludendo ogni altro disturbo di natura psichica che non comporti una vera e propria menomazione fisica: la riforma di Ordinamento Penitenziario prevedeva peraltro l'eliminazione di tale norma. La questione, come noto, è attualmente sottoposta alla

⁸ Cass., Sez. I, 31.1.2000, n. 727; Cass., Sez. I, 22.11.2000, n. 8936; Cass., Sez. I, 28.1.1997, n. 563 ha escluso in tali casi il differimento. Si veda anche Cass., Sez. I, 22.3.2017, n. 22766; Cass., Sez. I, 22.6.2016, n. 49825, e nota di G. MUGANI, Differimento della pena per grave infermità e principi costituzionali.

⁹ Si veda G. BERTOTTI, *Riflessioni e analisi in tema di tutela della salute mentale in carcere: la sentenza Murray c. Olanda*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2017, 3.

Corte Costituzionale (Cass. 23.11.2017 n. 13382/18, che ha sospettato di incostituzionalità l'art. 47 *ter* co. 1 *ter* O.P., peraltro affermando l'abrogazione implicita dell'art. 148 c.p., di fatto strada ancora praticata da alcuni Magistrati, che dispongono il ricovero nelle REMS). Secondo parte della giurisprudenza, la sola patologia psichiatrica non determina nemmeno la grave infermità fisica e, a maggior ragione, la sofferenza psichica¹⁰, anche se sempre più spesso si applica l'art. 147 c.p. nella forma della detenzione domiciliare *ex* art. 47 *ter* co. 1 *ter* O.P. presso la CTA che il DSM deve individuare con la massima sollecitudine. Ciò è reso possibile dall'applicazione analogica *in bonam partem* delle citate norme al caso in cui sopraggiunga, in corso di esecuzione della pena, un'infermità psichica, ritenendosi possibile equiparare la grave infermità psichica a quella fisica tutelata dall'art. 147 co. 1 n. 2 c.p. Si ricorda l'ordinanza 28.2.2018 del Tribunale di Sorveglianza di Messina la quale, nell'ottica lungimirante di impedire una carcerazione in condizioni inumane e degradanti, valorizza significativamente il dato dell'inumanità del trattamento, che non può essere teso alla rieducazione di un soggetto in stato di infermità psichica tale da non comprendere il significato della pena. La decisione, ampia e diffusa, citata, fa comprendere che il superamento della solitudine del malato di mente è insita anche nella capacità di lettura delle norme, da parte di un interprete accorto e sensibile. La stessa Corte Edu, nel recente caso *W.D. contro Belgio* del 6.9.2016, n. 73548/2013, ha del resto sottolineato che l'allocatione nel reparto psichiatrico all'interno del carcere può determinare un trattamento contrario all'art. 3 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali, in presenza di cure non adeguate.

È bene ricordare infine che sono state studiate e individuate una serie di psicopatologie carcerarie, ossia di forme psicopatologiche proprie, dette psicosi carcerarie: si tratta di patologie connaturate allo stato detentivo o costituenti aggravamento di patologie preesistenti¹¹: si pensi alla claustrofobia ed alle conseguenze che ne possono derivare.

Uno sguardo alla casistica evidenzia alcuni problemi di difficile soluzione sulla compatibilità concreta con lo stato detentivo:

1. La semplice frattura, per esempio, di un piede, e la conseguente prescrizione di fisioterapia, non praticabile nell'istituto penitenziario per la mancata attivazione del servizio riabilitativo;
2. La dialisi più volte la settimana, con apprestamento di scorte e di mezzi continuativamente e in modo stabile;
3. L'epatite e la conseguente terapia interferonica, non praticabile se il soggetto è immuno-depresso a causa della situazione carceraria;
4. La polineuropatia agli arti inferiori, a causa della quale il detenuto non sia autosufficiente;

¹⁰ Cass., Sez. I, 15.4.2004, n. 25674, che precisa che tale situazione non giustifica nemmeno la detenzione domiciliare *ex* art. 47 *ter* O.P.

¹¹ C. SERRA, *Psicologia penitenziaria. Sviluppo storico e contesti psicologico, sociale e clinico*, Giuffrè, 1999.

5. La cardiopatia, che presenta una patologia latente anche per anni, ma sottopone la persona a rischi di eventi fatali ed improvvisi;
6. La patologia oncologica e i suoi problemi di cura e aspettativa di vita;
7. Le varici esofagee e il relativo rischio improvviso di sanguinamento;
8. La tossicodipendenza e le sue possibilità di cura;
9. Da ultimo, il caso per esempio del malato di Aids conclamata e in stato di incompatibilità assoluta con la detenzione che, appena scarcerato, commette la rapina per procacciarsi i soldi necessari alla nuova dose di stupefacente.

3. Il detenuto straniero.

La presenza numerica di stranieri nelle carceri è in costante crescita.

Alla data del 30.4.2018, secondo le statistiche DAP, erano presenti 58.285 detenuti, di cui 19.844 stranieri; la regione che ne ha il maggior numero è la Lombardia, con 3.757, seguita dal Lazio, con 2.646 e dal Piemonte, con 1.910. Sono rappresentate quasi tutte le Nazioni e le maggiori presenze riguardano persone provenienti dal Marocco (18,6%), Romania (12,9%), Albania (12,9%), Nigeria (6,3%). Gli istituti penitenziari sono dunque pieni di stranieri, con varie caratteristiche legate alla loro storia e alla loro etnia, che spesso non sottostanno alle regole interne, tanto più nel regime della vigilanza dinamica. Esiste allora una strategia diversa dal contenimento forzato per gestire gli stranieri? O anche per loro si pone il problema della solitudine in carcere?

Come si è detto in premessa, anche per gli stranieri il trattamento deve essere individualizzato e deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto (art. 13 O.P.), inserendosi le indicazioni generali e particolari del trattamento nella cartella personale. I tradizionali elementi del trattamento indicati nell'art. 15 O.P. (istruzione, lavoro, religione, attività culturali, ricreative e sportive, i contatti con il mondo esterno e i rapporti con le famiglie) sono attuati nei confronti di tutti i detenuti, ma sono realmente realizzati in maniera efficace verso gli stranieri, che al momento dell'entrata in vigore di ordinamento penitenziario erano in misura pari all'1% e adesso sono enormemente cresciuti come numero?

Vi è da dire preliminarmente che la gran parte degli stranieri in carcere sono persone fragili, spesso malate a causa delle trascuratezze sanitarie e con fragilità psichiatriche e il carcere diventa un luogo materiale di contenimento, tanto che spesso non si riesce a far comprendere il disvalore del reato commesso. L'extracomunitario è di frequente solo all'interno della comunità detentiva per ragioni di emarginazione, di inferiorità sociale. Essendo tra l'altro privo più di altri di riferimenti familiari, lo straniero diventa il principale destinatario dei provvedimenti di sfollamento e perde spesso, quindi, anche i minimi riferimenti acquisiti, anche se, talora, la causa dei trasferimenti è anche il provvedimento disciplinare dovuti a motivi di ribellione.

Non si dimentichi che persino il momento della scarcerazione è critico: ho personalmente assistito a scarcerazioni subite da stranieri a seguito dell'indulto, che avevano bisogno di tutto per non tornare a delinquere.

Il primo problema è la lingua e si manifesta sin dall'ingresso in carcere, soprattutto da persone che non hanno nemmeno i documenti di identità. Le difficoltà linguistiche aumentano la condizione di emarginazione e isolamento rispetto agli operatori, agli altri detenuti, al personale di polizia penitenziaria e diventa più difficile rispettare le regole di vita dell'istituto penitenziario, sì che si registrano rapporti disciplinari in cui l'interessato dichiara di non aver compreso cosa fosse o meno consentito tenere in cella perché non comprendeva la lingua italiana e di non essere stato in grado di difendersi in sede di contestazione disciplinare, perché non in grado di esprimersi, cui si aggiungono le vicende di autolesionismo, scontro con la polizia o altre etnie, incomprensioni anche gravi, che si amplificano in regimi a celle aperte.

Diventa quindi importante l'esistenza di corsi per insegnare la lingua italiana, che serve per formulare le varie domandine e, in generale, comunicare con educatori, volontari, polizia penitenziaria, avvocati, magistrati.

Corollario di tutto questo è l'esercizio del diritto di difesa a causa della difficoltà di approccio alle dinamiche del processo penale e del trattamento penitenziario e la spiegazione persino dei dati sanitari rilevanti per la visita di primo ingresso, con tutte le sue implicazioni. Il tema include anche la traduzione degli atti giudiziari perché ne sia realmente assicurata la comprensione, come pure quella dei regolamenti di istituto, ove esistenti, e in generale delle regole che sostengono la vita comune in istituto. L'ostacolo linguistico è tuttavia grosso, soprattutto per persone con culture lontane da quella occidentale. Da sempre si è cercato di intervenire parlando le lingue degli stranieri per evitare che i tanti elementi del trattamento diventassero solo un modo di comportarsi e non di essere. Occorre allora ripensare e intensificare il ruolo dell'interprete, sia nella fase della cognizione che in quella esecutiva.

I colloqui in carcere, poi, sono altra criticità: famiglie straniere e difficoltà di collegamenti e contatti, per le telefonate ed anche per le possibilità di videocollegarsi, tanto più difficile in relazione alle distanze geografiche e comunque meno efficace di un contatto diretto.

Credo che la vera chiave di volta sia però la figura del mediatore culturale, del quale non è ancora ben chiaro l'inquadramento professionale, al di là dell'art. 35 reg. esec.; ne occorre una ben più massiccia presenza per sopperire alle difficoltà di comprensione del sistema processuale e per la mancanza di legami con il mondo esterno, onde colmare le lacune linguistiche ed anche i bisogni reali legati alle tradizioni culturali non disgiunte dal titolo di reato (si pensi, per esempio, ai reati sessuali) e accedendo alla lettura del disagio psicologico e delle risorse personali dello straniero, in modo tale da realizzare veramente un trattamento individualizzato.

Gli investimenti sui mediatori culturali sono fondamentali: al 31.12.2017, secondo le statistiche DAP, sono pari in totale a 223 su 19.745 stranieri presenti al momento; con riferimento al Nord Africa, su 7.043 detenuti presenti, i mediatori sono 62, pari alla cifra di 0,88 ogni 100 detenuti e la percentuale è analoga con riferimento ai detenuti dell'Est Europa. È in corso di espletamento il bando del 20.2.2018 per 15 posti di mediatori culturali, ancora insufficiente in relazione alle esigenze di cui si è detto sopra.

Lingua e religione camminano di pari passo. I dati statistici sopra riportati evidenziano la prevalenza della componente di persone appartenenti alla religione islamica. A questo proposito, l'art. 26 O.P. prevede la libertà di professare la propria fede religiosa praticandone i riti e con l'assistenza dei ministri del proprio culto. Le religioni che hanno una intesa con lo Stato sono disciplinate con leggi che prevalgono sui culti ammessi del 1929; i Ministri del culto possono dunque accedere agli istituti anche senza particolari verifiche da parte della Direzione del carcere, mentre le altre, tra cui l'Islam, sono praticate da ministri di culto attraverso la più complessa disciplina di cui all'art. 58, D.P.R. 230/2000.

Questo dato apre il problema della radicalizzazione islamica nelle carceri, di cui si è tanto discusso, ma su cui occorrerebbe ragionare per comprendere la reale consistenza del fenomeno. Spesso abbiamo sentito che il carcere è uno dei luoghi di addestramento al terrorismo di matrice islamica. Al di là del fatto che di questo fenomeno non risulta condiviso dall'esperienza della Magistratura di Sorveglianza, cui spesso, purtroppo, le relative informazioni non sono trasmesse, può in linea di principio ricordarsi l'importanza dell'assegnazione, secondo le linee guida poste dall'art. 14 O.P. e la necessità di sentire anche esperti e mediatori sul punto, condividendosi la gestione multidisciplinare¹² e prestando attenzione alla necessaria informazione al Magistrato di Sorveglianza. Occorre poi investire attraverso la formazione e la valorizzazione di guide spirituali italiane, ossia radicate e integrate in Italia e che siano in grado di promuovere il rispetto delle leggi, senza negare il valore della cultura musulmana, alla quale dare l'esatto significato attraverso la corretta conoscenza della cultura islamica¹³.

È anche noto il problema dell'autolesionismo, di cui si è detto sopra, che costituisce spesso un mezzo per comunicare, se pure attraverso una modalità totalmente estranea alla cultura occidentale. L'istituto penitenziario non sempre è in grado di intervenire e probabilmente non può farlo, se non per medicare le ferite, ma più probabilmente occorrerebbe intervenire in termini di prevenzione.

L'assenza di legali familiari, che talora si riscontra, giustifica allora la loro elevata mobilità all'interno degli istituti penitenziari, come si è detto, ma costituisce un dato critico, ove si pone come momento di interruzione del trattamento praticato.

Ancora, grande attenzione deve essere prestata alle loro condizioni di salute, la cui raccolta è già critica, a fronte dei problemi linguistici e alle condizioni psicopatologiche, spesso non intercettate dal giudice della cognizione, che si evidenziano solo in ambito detentivo.

Quanto al percorso detentivo, occorre specificarlo in ragione delle attitudini e del vissuto.

¹² F. DEL VECCHIO, [Il detenuto a rischio radicalizzazione e i rimedi della prevenzione terziaria: triage iniziale, scelta allocativa e ruolo degli operatori penitenziari](#), in questa *Rivista*, fasc. 6/2017, p. 193 ss.; E. MAZZANTI, [L'adesione ideologica al terrorismo islamista tra giustizia penale e diritto dell'immigrazione](#), in *Dir. pen. cont. – Riv. trim.*, 1/2017, p. 35 ss.

¹³ Si veda A. CUCINIELLO, *L'islam nelle carceri italiane*, Fondazione ISMU, Milano, 2016 (www.ismu.org).

Si dovrà fare in ogni caso il conto con le norme sull'espulsione nelle sue varie forme: dal 2004, la Corte Costituzionale ha con la propria ordinanza dichiarato costituzionale l'art. 16, d.lgs. 286/1998, in quanto norma che anticipa solo l'esecuzione dell'espulsione, e non si può negare che tale disposizione condiziona in qualche modo il trattamento. A questo proposito, va anche evidenziato che spesso in carcere non sono gestiti i rinnovi delle istanze di permesso di soggiorno dalla detenzione, affidati all'interessato e alle sue capacità, cosa che dovrebbe invece essere organizzata più efficacemente, mentre i contatti con le Ambasciate e i Consolati non sono spesso risolutivi, in ragione della riferita non certezza della nazionalità dei soggetti rispetto ai quali si effettua l'intervento.

I magistrati di Sorveglianza intervengono con i loro strumenti consueti e ricercano i punti di riferimento stabili (famiglia, domicilio, lavoro) che di solito mancano negli stranieri irregolari. Si cerca però di mutuare gli istituti processuali esistenti, cercando di adattarli allo straniero. Difficile fare altro, ma non si può non considerare che le opportunità non sono sempre perfettamente in linea con i canoni ermeneutici: talvolta il lavoro non è regolare o il domicilio è in condizioni di condivisione con altre persone che hanno a loro volta problemi penali, e così via.

D'altro canto, la Magistratura di Sorveglianza sta ancora tracciando il proprio profilo in questa tematica, visto che dopo anni di oscillazioni giurisprudenziali di merito e della stessa Cassazione, solo in tempo relativamente recente è stata guidata dalla Corte Suprema, la quale, a Sezioni Unite¹⁴, ha infatti chiarito come le misure alternative si possano concedere anche agli stranieri irregolari, definitivamente chiudendo su un orientamento¹⁵ che riteneva di per sé preclusiva la condizione di clandestinità. La svolta è avvenuta grazie al riconoscimento del principio che l'ordinamento non opera alcuna discriminazione del trattamento penitenziario in relazione alla liceità o meno della presenza dello straniero nel territorio dello Stato ed anzi precisando che lo stesso titolo detentivo legittimava la permanenza del condannato straniero nel territorio dello Stato. Il fenomeno si è configurato in maniera sempre più crescente e massiccia, (si consideri che i detenuti stranieri, nel 2006, anno della sentenza delle Sezioni Unite, erano 13.152 e oggi 31.5.2018 sono 19.929), mentre l'assenza di permesso di soggiorno è una criticità al fine del rinvenimento di un lavoro, anche se la Circolare 27/1993 del Ministro del Lavoro ha chiarito che la persona extracomunitaria detenuta può lavorare se ammessa alla semilibertà e all'affidamento in prova al servizio sociale.

Va anzi ricordata la recente sentenza Cass., Sez. I, 18.5.2017, n. 49242 che ha cassato con rinvio la decisione del Tribunale di Sorveglianza, imponendo che la misura di sicurezza dell'espulsione fosse decisa previo accertamento, in via incidentale, dei presupposti della protezione sussidiaria, di norma attribuita alla competenza di altra autorità. La Corte di Cassazione ha precisato che occorre che il Tribunale di Sorveglianza dia prevalenza non ai motivi di sicurezza interna dello Stato, ma al

¹⁴ Cass., Sez. Un., 27.4.2006, n. 7458.

¹⁵ Cass., Sez. I, 11.11.2004, Rv. 230191; Cass., Sez. I, 5.6.2003, Rv. 225219; Cass., Sez. I, 20.5.2003, Rv. 226134.

richiamo agli obblighi internazionali ratificati dall'Italia, contenuto nell'art. 20, d.lgs. 251/2007, tra cui – prosegue la Corte – quello del divieto di procedere all'espulsione della persona che si trova nella condizione posta dall'art. 19, co. 2 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, anche e nonostante perduri la pericolosità sociale per la sicurezza dello Stato.

Tale pronuncia ribadisce il principio che l'accertamento del Magistrato di Sorveglianza non è legato alla prossimità temporale del fine-pena¹⁶ ma costituisce una svolta, rispetto alla prassi interpretativa, sulla rilevanza della normativa sovranazionale e nell'ottica di rispetto delle carte europee, valorizzandone la prevalenza sulla permanenza di pericolosità sociale del condannato e, dunque, sulla sicurezza interna dello Stato.

Il quadro complessivo depone comunque per una solitudine relazionale e materiale, che affonda in tutti gli aspetti della vita di una persona, sino alle abitudini ed esigenze alimentari e all'ubicazione in sezioni distinte per nazionalità, ancora da approfondire.

Ho provato fino ad ora a ragionare in termini di strumenti pari a quelli previsti dall'ordinamento italiano per i cittadini. Evidenzio però, anche dopo aver parlato con un esperto psicologo, che la solitudine dello straniero in carcere è forse dovuta alla sua assenza di ruolo e di funzione, che invece il cittadino ha, persino nel momento in cui riconosce di aver commesso un reato. La situazione dello straniero senza legami è invece quella di chi si trova in una terra in cui è privo di responsabilità, non riuscendo quindi a introiettare il disvalore e la necessità di rispetto delle regole che non ha mai interiorizzato perché sono di un Paese cui non appartiene. La solitudine dello straniero è dunque quella di chi non ha responsabilità e, di conseguenza, identità. Credo sia su questo che occorra riflettere.

4. Conclusioni.

Al termine di queste riflessioni, mi pare evidente quanto sia difficile il compito del Magistrato di Sorveglianza, schiacciato da contraddizioni di principi e carenze di sistema, caratterizzato da quella discrezionalità che a sua volta è elemento che può rafforzare la solitudine del detenuto. Lo sforzo interpretativo affidatoci è immane ma importantissimo. Forse, allora, anche la solitudine del Magistrato di Sorveglianza meriterebbe attenzione e tutela.

¹⁶ In questo senso, Cass., Sez. I, 17.11.2014, n. 46938; Cass., Sez. I, 29.11.2007, n. 46986; ma anche le più risalenti Cass., Sez. I, 22.3.1997; Cass., Sez. I, 29.9.1986.