

I DIRITTI “CONFINATI”

Quando lo Status di detenuto diventa patologico e contaminante i diritti umani.

di Chiara Crisci

Con una decisione lapidaria del novembre 2020, la Consulta, sul Dl scarcerazioni si è espressa in tali termini perentori: ***“Sono “infondate” le questioni di incostituzionalità sollevate dal Tribunale di Sorveglianza di Sassari e dai Magistrati di sorveglianza di Spoleto e di Avellino sul decreto legge n.29 del 2020 e sulla legge n.70 del 2020 relativi alle scarcerazioni, connesse all'emergenza COVID, di detenuti condannati per reati di particolare gravità. Si rigettano le questioni sollevate”.*** E' oramai di palmare evidenza che la situazione a dir poco drammatica che ci interessa a livello sanitario nazionale, abbia reso necessari, opportuni ed improcrastinabili plurimi interventi “chirurgici” ed adeguamenti giuridico-sociali nel rispetto di una “normale” vita sociale della nazione, nel tentativo di dare misure corrette e di intervento immediato sull'eccezionalità ed imprevedibilità del momento storico presentatosi come “attacco alla vita”, a salvaguardia totale della salute pubblica.

Nel microcosmo carcerario si è avvertita l'emergenza epidemiologica con la stessa cassa di risonanza dei fattori importanti che toccano la vita esterna al carcere. Una sorta di doppio binario attivo che porta ad un'unica meta o capolinea concernente i diritti umani in toto considerati e tutelati o da tutelare. Inutile sottolineare che gli spazi ristretti di coabitazione tra persone detenute e la mancanza di risorse umane e tecniche che riguardano “l'altra vita” di essere umani ristretti e operatori del settore, hanno incrementato l'alea del pericolo e l'accesso agli strumenti tecnici di lavoro da remoto con i quali si sta ahimè consolidando l'attuale vita umana esterna per quanto anche i non condannati non stanno più a cielo aperto come si suol dire per proteggersi dal contagio su una pandemia fuori dagli schemi cognitivi e curativi, come l'ignoto che può essere pericoloso di suo e che può agire simile ad un fantasma. Mettiamo in debita considerazione poi, il problema dei problemi che attanaglia da sempre il sovraffollamento della carceri italiane, che ora innesca un ruolo rovinosamente più tragico nelle possibili risposte interventistiche, alle richieste martellanti tra le altre dell'Organizzazione mondiale della Sanità e dal Comitato di prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa per ottenere guarentigie vere e serie sui presidi di sicurezza sanitaria nell'ambito carcerario per garantire anche quel minimo distanziamento sociale in strutture già a prova di container umani. Il guizzo

culturale e l'approfondimento tecnico conoscitivo di indubbio valore dottrinale che ne fa il dott. Fabio Gianfilippi su Giurisprudenza Penale Web 2020, determina senza mezzi termini, una riflessione importante non aggirabile sulla difesa della vita del detenuto. Senza la presunzione di dare ragionamenti impensati o risposte semplici in una confusione anche amministrativa che ha scatenato lo stesso virus di cui oggi si tratta, con i sempre consuetudinari silenzi ordinari della singultante giustizia italiana si rimarcano come sostegni intellettuali l'osservatorio attento sui profili indifferibili sui quali il magistrato di sorveglianza deve operare come chirurgo rianimatore della condizione infausta presentata. Nella Valutazione che ne fa il Garante nazionale dei diritti dei detenuti, il rischio di contagio da coronavirus nelle carceri italiane, deve essere inquadrato e contenuto il più possibile tramite –la dove sia possibile– diminuendo le unità dei “ristretti” con il dovuto monitoraggio e la dovuta sollecitudine, non per senso umanitario ma messa in atto dei diritti inviolabili e non rinunciabili. Gli isolamenti precauzionali, incidono in modo già invadente e pressante sui parametri numerici di contenimento delle strutture già diventate mattatoi umani. Il contagio da coronavirus, intanto, ha un proprio metronomo temporale che non è, in sincronia né alleato di ciò che stabilisce il decreto legge citato. Non vi sono a tutt'oggi stesse procedure per i test da eseguirsi su larga scala per contenere l'ascesa pandemica, laddove gli stessi potrebbero già individuare asintomatici positivi. Altra problematica di non poco conto è laddove si parte da un singolo detenuto e si realizza in qualche ora la diffusione anonima e potenzialmente incontrollabile. Qualcuno auspica provvedimenti di gestione personale più ristretti di quanto già non lo siano ordinariamente, venendo meno i diritti più minimali dell'essere umano; ricalibrare le condizioni di detenzione con altre opzioni per scontare la pena inflitta sul piano esecutivo, non garantisce nulla più sul piano sanitario da un lato, né una esecuzione giusta sul piano giuridico né di effetto deterrente e riabilitativo sul piano sociale vista la condizione di crisi economica che sta attraversando il paese con disagi sempre più amplificati. In un quadro positivo può essere incasellata la scelta di norme che estende per i semiliberi permessi premiali più dilatati nel tempo e l'ammissione per coloro che pur non avendone fatto domanda “formale” possono accelerare la procedura per condizioni di condanna molto “gentile” da rimprovero senza alcun compromesso con la pericolosità sociale.

- In alcuni casi il rinvio dell'ordine di esecuzione che non significa condono fiscale. Buon segnale è arrivato dall'Unità operativa fortemente voluta dal Garante nazionale avente il tema centrale “Privazione della libertà e salute”, dove si sa che il diritto assoluto di cui si discerne è allo stesso rango costituzionale e di valore etico-sociale del diritto alla vita. Non v'è dubbio che si necessita mettere in risalto le problematiche che con il Covid 19 toccano le

persone con una minorata capacità psico-fisica e di autodeterminazione propria nell' autogestire la propria sicurezza con gli stessi criteri di ragionamento delle persone "normali", problematiche che possono toccare il settore minorile per altre motivazioni più disciplinari che di maturità intellettuale. Come si combinano inoltre, le misure dovute alla sicurezza con il tema profondo del lavoro che comunque si svolge a livello intramurario. Il venir meno anche della formazione produttiva determina una privazione educativa a cui dovrebbe tendere la pena ed anche un equilibrio della salute psichica che tiene in certi frangenti la parte mentale occupata da visioni naturalistiche per il futuro del detenuto che comunque osserva un proprio sviluppo esterno alla condizione attuale. Altro pensiero si estende su coloro che scontano l'ergastolo ed i 41bis ovvero la condanna al fine pena mai, patire il Covid come trappola per topi, non migliora la sopravvivenza carceraria poiché fa avvertire ancor più l'esigenza di sommosse e tumulti per l'azione minacciosa del tipo di morte che può avanzare sulla propria pelle e lo strazio di non avere alcuna forma assistenziale, qui, si concretizza il vero trattamento inumano e degradante. Si siscorre sulle reali opzioni garantiste dell'isolamento ma non si tocca minimamente il dramma dell'isolamento dovuto, quello legittimo concernente un settore rianimatorio per prevenire il decesso immediato e quasi certo. Qui la tavola rotonda dei lavori, non dovrebbe riguardare solo la Consulta ma le varie istanze finanche internazionali che condannano già il paese Italia per la non efficienza carceraria con le garanzie europee dei diritti umani. La Carta dei diritti e dei doveri dei detenuti e degli internati, è prevista, regolata e attuata viene consegnata brevi manu a ciascun detenuto o internato nel momento del primo colloquio con il direttore o chi ne fa le veci all'atto specifico del suo "accoglimento" in istituto. A seguire, viene consegnato una sorta di "materiale didattico" al fine cognitivo di come si svolge la vita carceraria e i diritti acquisiti in essa, ciò reso pubblico anche per i famigliari sul sito della giustizia di facile e pronta consultazione per tutti gli interessati (www.giustizia.it), sostanzialmente però, in un mosaico apparentemente equo di trattamento, ci troviamo in piena zona nera visto il vanto di gestione multicolor che dovrebbe tutelare la società civile in tema di cure effettive ed appropriate per i detenuti in caso pandemico e non solo. Molti medici carcerari, hanno oggettive difficoltà a "prognosticare" l'effetto Covid su coloro che coesistono già con patologie di carattere cronico e grave. Già un certificato medico di compatibilità tra la patologia di cui si è portatori e la situazione emergenziale per la salute, dovrebbe portare senza alcuna riserva a disporre, da parte del giudice dell'esecuzione il rinvio della pena ex art. 47 c.p., o la concessione di misure

alternative alla detenzione ovvero il trasferimento in altre strutture dove ve ne sia necessità ovvero il mantenimento dove le cure necessarie possono essere garantite; l'art. 11 della legge 354 del 1975, è chiaro in merito, poiché espressamente e non esorta a mantenere il detenuto nella struttura "ove siano necessarie cure o trattamenti diagnostici senza gravare il servizio sanitario nazionale o a contraris su provvedimento del magistrato di sorveglianza, trasferire il detenuto in ospedali civili o in altri luoghi di cura". Tutto ciò, in codeste situazioni sfuggenti per il cittadino libero e per lo stesso legislatore è praticabile? L'adeguatezza delle condizioni carcerarie con le condizioni cliniche, già in illo tempore era stata affermata dalla Cass. Pen. Con sentenza n. 19594 /202° sulla base di sentenze pregresse già collaudate. Il venir meno delle consulenze mediche di parte anche solo a fini processuali, non consente un monitoraggio preciso ed adeguato sulle reali condizioni fisiche del detenuto che sta in fase sostanzialmente decisoria. Il Comitato di Bioetica nazionale, ad esempio già si è espresso nel non verbalizzare o fornire pareri da parte dei medici curanti dei detenuti per giudizi di compatibilità o meno con il regime di detenzione, per fugare ogni pregiudizio sul rapporto fiduciario come pure sulla normativa europea di settore, art. 73, punto H., limitando il campo di constatazione del medico all'accertamento clinico delle condizioni patologiche di affezione del detenuto, nulla in più. Quanto incide tutto questo sulle condizioni psichiche del detenuto che oggettivamente non può fruire al meglio dei diritti sanitari? Il dubbio non aleatorio sorge sul crescere della potenzialità dei suicidi in carcere a fronte non di una giustizia negata ma di una vita praticabile, di negazione "insana" di ogni tutela, di mancata riabilitazione sociale e assistenzialismo umano di disumanizzare le strutture e concepirle come veri lager deprivanti la natura umana. I ritardi nelle istruttorie sia per i differimenti delle pene sia per gli esiti conseguibili per i dibattimenti coronano già una detenzione illegittima, abnorme e pericolosa per l'esito della sopravvivenza. Nel caso di errore giudiziario come si combina il tutto con una patologia ad ampio spettro mortale acquisita nello spazio ristretto? Il pianeta carcere, non deve essere considerato come pianeta alieno con cui interrompere rapporti umani e comunicazione sociale e di perdita dei diritti. L'aumento del profilo criminale, l'attitudine ad una pericolosità sociale dovuta solo allo stato di "cattività" di vita, imposto senza ragione severa dei fatti commessi porta ad una emergenza futura prospettica che determina uno stato di terrore altro nel momento dell'uscita dei detenuti dalla condizione che li ingloba ora. L'impianto solidaristico dove dimora? I canali di adeguamento alla "famosa distanza sociale" ha portato l'Italia a seguire la scia di altri paesi europei a

favorire la comunicazione sociale perlomeno l'intrattenimento dei rapporti familiari per il tramite dei dispositivi mobili ed i canali di videoconferenza per i contatti anche legali per mantenere il profilo dignità di esternazione della persona detenuta nelle necessità più semplici ma di sostanza civile. Anche ciò aumenta la disparità di trattamento nelle comunicazioni rispetto a chi può usufruire del solo rapporto epistolare controllato per mancanza di strumenti tecnici esterni o messi a disposizione dei legali o strutture animate dal *favor libertatis*. Diamo uno sguardo leale sulle misure effettive adottate in Italia. Per punti: 1- Presenza di tensostrutture poste agli ingressi degli istituti penali dove il personale (munito di DPI) effettua le procedure di controllo dei nuovi arrivati;

- Il personale sanitario, nel corso della prima visita, valuta lo stato di salute del detenuto e, in caso di sospetto COVID-19, il detenuto viene posto in cella singola con bagno interno ed il personale della zona deve indossare DPI;
- Se il detenuto lascia temporaneamente la struttura, deve sottoporsi a tampone;
- All'ingresso di ogni settore devono essere disposti dispenser di soluzioni disinfettanti;
- Procedura di termo-scanner a tutte le persone che hanno accesso alle strutture (personale tutto),;
- Fornitura di DPI;
- Sintomi di COVID devono essere monitorati in cella sgomberata dagli altri detenuti;
- Casi positivi vengono valutati per il trasferimento sanitario

Auspicabile che tanto sia applicato, in Polonia hanno aumentato le ore di visione della TV comune per "sedare" il giorno che non scorre mai. In Svezia si sono dotati di ornamenti pubblicitari murari per raccomandare l'igiene personale; in Estonia in caso di segni clinici evidenti si garantiscono 14 gg di isolata dimora dal "people village", in Norvegia riuscirebbero a garantire minori ingressi in sezioni di massima sicurezza una sorta di conversione pre-commissione reati di rango criminale duro antisociale al massimo grado; in Lituania si è aumentata la ventilazione dei locali e le informazioni vengono fornite con mezzo audio giornaliero come nelle caserme militari. Il tentativo di adeguarsi ad un qualcosa di astrattamente idoneo ad un pericolo attuale e concreto c'è ma la ragionevolezza in merito? La funzionalità di questo teris dei doveri e diritti irrinunciabili si realizza? Sarebbe il caso di implementare dei piani di azione significativi e di adeguamento serio per gli scenari futuri soprattutto a salvaguardia dell'ordine interno alle carceri, in Danimarca ci si è preoccupati di sospendere l'accesso ai videogiochi o il contrario se non si

usufruisce di richiesta improcrastinabile della visita religiosa. Ahimè non è dato sapere per certo come i servizi di lavanderia vengono gestiti anche per il trattamento dei capi già ritenuti infetti. Indubbio che la situazione non permetta in termini brevi un adeguamento corretto e sicuro nell'intraprendere misure che non facciano pendere l'ago della bilancia a totale soppressione dei diritti umani ma il percorso di garanzie, seppur insidioso non sembra praticabile in tali termini. Ricordiamo che: l'UE integra le politiche sanitarie nazionali, sostenendo i governi locali dell'UE nel raggiungimento di obiettivi comuni, nella condivisione delle risorse e nel superamento delle sfide comuni. Oltre a formulare leggi e norme per i prodotti e servizi sanitari, fornisce anche finanziamenti per progetti in materia di salute nei territori. Lo scopo principe in Europa, è tutelare e migliorare la salute, garantire la parità di accesso a un'assistenza sanitaria moderna ed efficiente per tutti i cittadini –senza condizioni in merito alle condizioni sociali- e coordinare le gravi minacce sanitarie che coinvolgono più di un paese della stessa unione ma rivolto a prospettive altre. La prevenzione e la risposta alle malattie, soprattutto quelle sconosciute sono due temi centrali per la salute pubblica. La prevenzione deve toccare molti settori quali le vaccinazioni sicure, la lotta contro la resistenza microbica, l'etichettatura degli alimenti prodotti in situazione responsabile per il commercio, non a Caso da anni è operativo il Centro europeo per la prevenzione ed il controllo delle malattie ECDC. Prendiamo ad analisi la base giuridica della direttiva 2011/24/UE che si incentra nell'art. 114 TFUE che prevede disposizioni volte a migliorare il funzionamento del mercato interno e la libera circolazione delle merci, persone e servizi che rimanda all'art. 168 TFUE, le finalità di tutte le politiche atte a garantire un “livello elevato di protezione della salute umana” e l'erogazione effettiva di prestazioni di cura che costituiscono l'effettivo obiettivo di realizzazione massima del diritto alla salute di tutti gli individui sembra essere un dettato perentorio non entrando certo nelle competenze dei singoli stati membri. La scelta circa le condizioni per la fruibilità delle prestazioni sanitarie, presenta una duplice valenza, perché per un lato, ricade integralmente sugli Stati membri, e per altro lato quando la prestazione sanitaria, comporta il c.d. sconfinamento nazionale, viene attratta nell'area di influenza del diritto comunitario oggi europeo a tutto campo vero che l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, sancisce che il diritto di ogni persona all'accesso sanitario ed alla prevenzione sanitaria e all'ottenimento di cure mediche sia tutelato alle condizioni previste dalle legislazioni e dalle prassi nazionali mantenendo inalterato il principio cardine della “Health i all policies” livello elevato di salute umana, lasciato alla

gestione responsabile dei singoli Stati membri. Vietando dunque, qualsiasi “armonizzazione” delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri in materia di sanità. Ne discende, ce in riferimento alla salute umana, una competenza limitata al sostegno al coordinamento e al completamento dell’azione degli Stati membri. Ad ulteriore conferma di ciò si evidenzia come la Corte di Giustizia abbia sempre tutelato la salute in modo indiretto attraverso la garanzia sugli altri interessi afferenti a materie esclusive della UE come i farmaci, continuare la prestazione quando sia tran frontiera ma con suggerimenti normativi sul mantenimento delle garanzie minime di tutela del diritto che appare disumanizzato. La formalizzazione nella Dichiarazione universale diritti dell’uomo, art. 25 e quanto stabilito nella Costituzione OMS – World Health- resa operativa il 7 aprile del 1948, oltre ad avere sancito l’universalità del diritto alla salute, ne ha allargato la portata si legge infatti nella Cost. cit., “La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente un’assenza di malattia o infermità”, ha in sostanza compendiato il concetto che la tutela della salute si realizza non solo con la cura delle malattie e delle infermità ma anche favorendo condizioni di benessere attraverso la rimozione di fattori che incidono negativamente sulla salute dell’intera collettività. Prendendo le mosse da ciò la salute ad oggi è considerata il risultato di una serie di fattori di tipo sociale, ambientale, economico e genetico che esorta gli Stati a predisporre più ampie tutele possibili in ambito della salute, non limitate solamente al sistema assistenziale sanitario, questo per ampio raggio conoscitivo ribadito nei concetti anche nella Carta di Ottawa durante la Conferenza internazionale per la Promozione della Salute nel 1986. La Sinfonia è di un unico spartito, l’esecuzione strumentale si lascia all’eclettismo dei componenti dell’orchestra nazionale. Senza fare un elenco domestico sul presunto federalismo amministrativo introdotto dalle leggi 59/1997 e 191/1998, leggi Bassanini per i servizi sanitari per arrivare poi nel 1999 alla riforma Bindi D.L. n. 229 che ha ampliato o meglio aggiustato l’impianto del SSN non si è arrivati a predisporre un meccanismo semplificato, unificato, poco burocrate e di tutela della salute pubblica si vuole solo sostenere il decentramento regionale con discriminazioni evidenti nel tessuto sociale, politica casalinga. Il problema investe invece la risorsa umana. Arriveremo ad un sindacato tesserante per le cure sanitarie con obbligo di voto ad esigenze manifeste. Non solo è stato imbavagliato l’art. 32 Cost. italiana ma reso iabile anche l’art.2 Cost.: *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di*

solidarietà politica, economica e sociale” , intimamente connesso al valore della dignità umana (diritto ad un’esistenza degna) a braccetto con l’art.3 Cost., [---] pari dignità sociale; bisogna realizzare la protezione dell’integrità psico-fisica e la piena salubrità, lo Stato dunque deve astenersi a porre in essere azioni che comporterebbero la lesione di tali diritti e la disuguaglianza nella tutela degli stessi. Il SSN non deve creare un calendario del martirologio del detenuto in quanto persona di secondario problema rispetto al cittadino cielo aperto con fedina penale immacolata. (si consiglia la lettura attenta del manuale del prof. Gavino Maciocco, ordinario del Dipartimento di salute pubblica di Firenze, sull’Evoluzione storica del diritto alla salute 2011). La salute intesa come “equilibrio psico-fisico dinamico con il contesto sociale in cui la persona vive, è un diritto inalienabile indipendentemente dalle condizioni di libertà o detenzione. Il diritto alla vita come ribadisce il Consiglio d’Europa, deve essere protetto dalla legge. Nessuno può essere privato intenzionalmente della vita lasciando da parte chi prevede la pena di morte pronunciata da un tribunale ritenuto legittimo. Il diritto di non essere ucciso o barattato nella scelta delle cure sanitarie da un altro uomo per contenimento sociale. E da qui, siccome si aggancia al diritto alla vita il diritto di morire con dignità non v’è chi non veda l’ostacolo di una mala gestione rispetto ad una sana e prudente reazione a fini di tutela ma non a scapito del disorientamento giuridico sui diritti umani che oggi più di ieri vedono esposti i detenuti ad una rinuncia illegittima e di crimine internazionale. Garantire le garanzie non è un auspicio o un impegno è obbligo non derogabile né dismettibile. Non si può adottare nel campo salute pubblica alcuna filosofia epicurea né il verso di Lorenzo de’Medici del doman non v’è certezza per sconfiggere soggetti mitologici in questo caso pandemici.