giugno 2020); Caterina Malagoli (10 giugno 2020), Giulio Romano (16 e 17 giugno 2020); Sebastiano Ardita (17 giugno 2020); Antonio Di Matteo (18 giugno 2020); Giovanni Salvi (2 luglio 2020); Federico Cafiero De Raho (8 luglio 2020); Angelo D'Amico (22 luglio 2020); Francesco Basentini (5 agosto 2020); Bernardo Petralia (10 marzo 2021).

È stata acquisita una corposa documentazione – d'ufficio oppure di volta in volta depositata nel corso delle citate audizioni o fatta pervenire successivamente dagli auditi- per l'approfondimento di taluni temi.

In particolare, all'inizio dell'inchiesta, sono stati acquisiti, per ricostruire il quadro che ha condotto alla concessione di benefici a detenuti sottoposti a regime di cui all'articolo 41-*bis*, comma 2, O.P., e/o ristretti per reati *ex art. 4-bis* O.P. i seguenti dati:

- il numero totale dei detenuti in regime di cui all'art. 41-*bis* nonché quello dei detenuti in Alta Sicurezza e per ciascun sotto circuito di essa;
- il prospetto delle località di esecuzione della pena in conseguenza dei provvedimenti di dimissione e scarcerazione dei detenuti sottoposti al regime dell'art. 41 *bis* O.P. e di quelli appartenenti al circuito dell'Alta Sicurezza;
- una prima indicazione numerica delle istanze pendenti relative a benefici extramurari, sia quelle inerenti l'esecuzione penale esterna di misure cautelari, sia quelle riguardanti invece i detenuti con sentenza definitiva passata in giudicato.

La fase dell'inchiesta è stata caratterizzata da un continuo e costante collegamento con il DAP, per ottenere un aggiornamento periodico sulla presentazione delle istanze di sottoposizione alla misura del differimento pena e/o della detenzione domiciliare, sia dai detenuti sottoposti al regime *ex art. 41-bis* O.P. sia di quelli ristretti nei circuiti dell'Alta Sicurezza e sulle conseguenti decisioni della magistratura.

La Commissione ha costantemente seguito lo sviluppo delle indagini relative ai fatti occorsi negli istituti penitenziari nel marzo 2020, grazie alla fattiva collaborazione della Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo, che ha fornito altresì un notevole contributo sul monitoraggio delle « scarcerazioni ».

Le polemiche insorte a seguito delle notizie di *scarcerazioni* di esponenti *eccellenti* della criminalità organizzata hanno provocato le dimissioni del Direttore del DAP dott. Francesco Basentini a cui sono seguite quelle del Direttore generale dei detenuti e del trattamento del DAP, dott. Giulio Romano, dopo la mancata risposta dell'Ufficio III –Servizi Sanitari- della direzione generale da lui diretta alla Magistratura di Sorveglianza di Sassari, chiamata a decidere sulla compatibilità delle condizioni di salute del detenuto Pasquale Zagaria con il regime penitenziario.

Altra questione emersa incidentalmente nel corso dell'inchiesta è stata la mancata nomina del magistrato Nino Di Matteo come capo del DAP nel giugno 2018. Tale vicenda era venuta all'attenzione mediatica nel corso

della trasmissione televisione del 3 maggio 2020⁽³⁵⁵⁾, durante la quale il consigliere del CSM Di Matteo interveniva con una telefonata in diretta riportando dettagli sulle interlocuzioni preliminari avute con il ministro il quale lo aveva contattato telefonicamente per esplorare la sua eventuale disponibilità a ricoprire il ruolo di capo del DAP o, in alternativa, quello di Direttore generale degli affari penali (« *il posto che fu... di Giovanni Falcone* »), attendendosi una risposta del magistrato nel breve termine di quarant'otto ore.

Il dottor Di Matteo già il giorno successivo diede la sua disponibilità all'incarico come Capo DAP, ma il ministro Bonafede lo informò che nel frattempo aveva già provveduto alla nomina del dottor Basentini. Nella trasmissione televisiva, il magistrato ricordava che, sulla base di puntuali informazioni ottenute dal Gruppo Operativo Mobile (GOM) e trasmesse alla Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo e al DAP e, quindi – riteneva il medesimo – note anche al Ministro, nel mondo del carcere da tempo circolava l'indiscrezione di una sua possibile nomina come Capo dell'Amministrazione penitenziaria e che vi era stata « *la reazione di importantissimi capimafia legati anche a Giuseppe Graviano e ad altri stragisti* » affermando emblematicamente « *se nominano Di Matteo è la fine* ».

Nella trasmissione televisiva, interveniva, quindi anche il ministro *pro tempore* Bonafede, confermando che proprio Di Matteo gli aveva comunicato l'esistenza di tali intercettazioni all'interno degli istituti penitenziarie delle quali era tuttavia già al corrente prima che il magistrato fosse da lui contattato.

Capitolo II

IL DIRITTO ALLA SALUTE NEL SISTEMA PENITENZIARIO

2.1. PRINCIPI GENERALI

Appare opportuno inquadrare le norme esistenti prima della pandemia al fine di stabilire la valenza dei decreti legge e relative leggi di conversione nonché delle circolari emesse per far fronte allo stato di emergenza dichiarato il 31 gennaio 2020, provvedimenti assunti per assicurare il diritto costituzionalmente garantito alla salute della popolazione carceraria e diminuire il numero dei detenuti, di gran lunga superiore alla capienza degli istituti penitenziari, nonché per garantire le esigenze di sicurezza e tutela della collettività.

Vanno quindi esaminati gli istituti previsti dal codice penale, dal codice di procedura penale e dall'ordinamento penitenziario in tema di custodia cautelare ed in tema di esecuzione di pene definitive, atteso che « *la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività* » (art. 32 Cost.) e che le pene, per assolvere la finalità rieducativa prevista dall'art. 27, comma 3, della Costituzione, non

⁽³⁵⁵⁾ Trasmissione televisiva « Non è l'Arena », in onda su LA7, domenica 3 maggio 2020

possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità, istituti chiari agli operatori del diritto ma che spesso sono stati mediaticamente confusi.

Per i soggetti indagati o imputati, nei cui confronti non vi è stata una sentenza di condanna passata in giudicato, va premesso che condizione generale per l'applicabilità delle misure cautelari è la sussistenza di gravi indizi di colpevolezza e di esigenze cautelari (pericolo di inquinamento probatorio, pericolo di fuga, pericolo di reiterazione di gravi delitti o della stessa specie di quello per cui si procede) e che la custodia cautelare in carcere può essere disposta solo quando le altre misure coercitive o interdittive, risultino inadeguate.

È tuttavia previsto, dall'art. 275, comma 4-*bis* c.p.p. il divieto di custodia cautelare in carcere per indagati/imputati affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria ovvero da altra malattia particolarmente grave tale da determinare l'incompatibilità con lo stato di detenzione e da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere. Se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e non vi siano idonee strutture sanitarie penitenziarie il giudice dispone gli arresti domiciliari presso un luogo di cura.

Inoltre, sempre in linea generale, in caso di applicazione di misure cautelari coercitive, cioè, ai fini che qui rilevano, custodia cautelare in carcere e arresti domiciliari, è prevista la possibilità, *ex art.* 299 c.p.p., per il pubblico ministero, per l'indagato e per l'imputato, di chiedere la revoca o la sostituzione della misura.

La revoca può essere disposta quando vengano meno i gravi indizi di colpevolezza o le esigenze cautelari; la sostituzione con misura meno grave quando le esigenze cautelari risultino attenuate ovvero la misura applicata non appaia più proporzionata all'entità del fatto o alla sanzione che si ritiene possa essere irrogata.

Avuto riguardo alle condizioni di salute, rappresentate dall'indagato e dall'imputato o segnalate dal servizio sanitario penitenziario, il giudice, se non ritiene di accogliere la richiesta di revoca o sostituzione della custodia cautelare in carcere, dispone con immediatezza gli accertamenti medici del caso, eventualmente nominando un perito che dovrà tenere conto del parere del medico penitenziario e riferire in termini brevissimi.

Per i soggetti condannati, il legislatore ha operato scelte costituzionalmente orientate, prevedendo il differimento — obbligatorio o facoltativo — dell'esecuzione della pena (art. 146 e 147 c.p.) o la detenzione domiciliare (art. 47-*ter* O.P). In tale sede, visto l'oggetto dell'inchiesta, saranno esaminati solo i profili dei suddetti istituti relativi alla salute dei detenuti.

Con riguardo all'istituto della detenzione domiciliare, la legge 26 luglio 1975, n. 354 prevedeva, nella sua originaria formulazione e nel titolo dedicato alle misure alternative alla pena detentiva, soltanto la liberazione anticipata, l'affidamento in prova al servizio sociale, la semilibertà e non, anche, la detenzione domiciliare.

Prima di analizzare tale misura è necessario distinguere la detenzione domiciliare dagli arresti domiciliari. La prima rappresenta una forma alternativa al carcere di espiazione della pena, inflitta in via definitiva,

mentre gli arresti rappresentano una misura cautelare applicabile nel corso del procedimento penale.

Il nostro ordinamento giuridico prevede diverse tipologie di detenzione domiciliare, tra le quali si annoverano quella ordinaria, quella speciale e quella prevista per i soggetti affetti da AIDS conclamata o affetti da grave immunodeficienza. Per quanto concerne i presupposti di concessione, il comma 1 non contempla un limite di pena differentemente da quanto disciplinato per l'affidamento in prova al servizio sociale.

La *ratio* della previsione in esame è assicurare la possibilità di espiatione della pena con modalità meno afflittive a coloro che si trovano in istituti spesso carenti di strutture sanitarie.

Nel 1986, con l'entrata in vigore della legge 10 ottobre 1986, n. 663 (c.d. « legge Gozzini »), è stato introdotto l'art. 47-ter O.P. (*detenzione domiciliare ordinaria*) che nel corso degli anni è stato più volte modificato.

Tale istituto permette al condannato di espiare la pena detentiva, o residuo della stessa, non più nell'istituto penitenziario, bensì presso la propria abitazione, in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza.

L'art. 47-ter O.P. stabilisce quali soggetti possono accedere a questa forma alternativa alla detenzione carceraria. Il comma 1 prevede la concessione del beneficio in questione ai soggetti che abbiano compiuto i 70 anni di età, anche se recidivi, purché non siano stati condannati per reati cosiddetti a sfondo sessuale (*ex artt. 609-bis, 609-quater e 609-octies c.p.*) o non siano stati dichiarati delinquenti abituali o professionali⁽³⁵⁶⁾ e ad altre categorie (donne incinta, persone che versano in uno stato di salute particolarmente grave da necessitare di costanti contatti con i presidi sanitari del territorio, ultra sessantenni affetti da patologie gravi e con effetti invalidanti).

La competenza a decidere sulle istanze di detenzione domiciliare è del tribunale di sorveglianza. In caso di urgenza, derivante da un grave pregiudizio determinato dalla protrazione dello stato di detenzione carceraria, la richiesta può essere inoltrata al magistrato di sorveglianza, il quale può disporre l'applicazione provvisoria, che dovrà comunque essere confermata dal tribunale di sorveglianza. Per la concessione del beneficio è necessaria l'assenza di un concreto pericolo di commissione di reati.

In conclusione, si può affermare che la detenzione domiciliare, a seguito delle numerose modifiche apportate, oltre ad avere una funzione

⁽³⁵⁶⁾ La Corte Costituzionale, con sentenza 31 marzo 2021 n. 56, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 47 ter comma 1 O.P. limitatamente alle parole « *né sia stato mai condannato con l'aggravante di cui all'art. 99 del codice penale* ». Quindi, gli ultrasessantenni condannati a una pena detentiva possono essere ammessi alla detenzione domiciliare anche se dichiarati recidivi. Cade dunque la preclusione assoluta stabilita nei loro confronti dall'ordinamento penitenziario. La Corte ha osservato che la detenzione domiciliare per gli ultrasessantenni è ispirata al principio di umanità della pena, sancito dall'articolo 27 della Costituzione ed ha sottolineato l'anomalia della disposizione esaminata: l'unica, nell'intero ordinamento penitenziario, che fa discendere conseguenze radicalmente preclusive di una misura alternativa a carico di chi sia stato condannato con l'aggravante della recidiva. La preclusione assoluta stabilita dalla norma è stata pertanto ritenuta irragionevole, anche in rapporto ai principi di rieducazione e umanità della pena, in conformità alla costante giurisprudenza che considera contrarie agli articoli 3 e 27, terzo comma, della Costituzione le preclusioni assolute all'accesso ai benefici penitenziari e alle misure alternative alla detenzione.

umanitaria ed assistenziale, ha altresì contribuito al contrasto del fenomeno, sempre più grave, del sovraffollamento carcerario.

2.2. RINVIO OBBLIGATORIO DELL'ESECUZIONE DELLA PENA

L'art. 146 c.p. prevede il rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena, analogamente a quanto disciplinato per la fase cautelare, nei confronti di persone affette da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria ovvero da altra malattia particolarmente grave tale da determinare l'incompatibilità con la detenzione, quando il condannato sia in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative. Al verificarsi di dette condizioni, il giudice dispone che l'esecuzione della pena sia sospesa: il condannato pertanto viene rimesso in libertà e la sua posizione verrà riesaminata successivamente nei tempi stabiliti dallo stesso tribunale, tenuto conto della situazione concreta.

2.3. RINVIO FACOLTATIVO DELL'ESECUZIONE DELLA PENA

L'art. 147, comma 1 lett. b) c.p. disciplina il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena nei confronti di chi si trovi in condizioni di grave infermità fisica. Il giudice in questo caso non sarà tenuto a disporre il differimento, ma è tenuto a valutare, di volta in volta, i seguenti parametri:

– le condizioni di salute del condannato, che, per dar luogo al rinvio dell'esecuzione della pena, dovranno essere connotate da una oggettiva gravità tale da determinare un trattamento contrario e collidente con il senso di umanità che sempre deve connotare la pena;

– le condizioni dell'ambiente carcerario in cui il condannato si trova, e, segnatamente, l'impossibilità o l'eccessiva difficoltà di fare ricorso, all'interno delle strutture dell'amministrazione penitenziaria, ai trattamenti sanitari necessari per fronteggiare adeguatamente i danni o i pericoli che la malattia stessa produce;

– la sussistenza o meno del concreto pericolo della commissione di ulteriori delitti, requisito introdotto dall'art. 1, comma 4 della legge 8 marzo 2001, n. 40, che ha introdotto, nella norma in questione, l'ultimo comma⁽³⁵⁷⁾. In tale legge, il Parlamento ha bilanciato il diritto alla salute del condannato e la tutela della collettività e dei diritti inviolabili che la Repubblica riconosce e garantisce, all'art. 2 della Costituzione, e rispetto alla quale la pretesa punitiva dello Stato è uno strumento di azione. Invero, ad avviso della Commissione, il diritto alla salute del condannato dovrebbe essere assicurato all'interno della struttura carceraria.

Per legittimare il rinvio dell'esecuzione della pena per « grave infermità fisica » ai sensi dell'art. 147, comma primo, n. 2, c.p. devono ricorrere due autonomi requisiti. Il primo è costituito dalla gravità oggettiva della

⁽³⁵⁷⁾ Legge 8 marzo 2001, n. 40 « *Misure alternative alla detenzione a tutela del rapporto tra detenute e figli minori* ».

malattia, implicante un serio pericolo per la vita del condannato o la probabilità di altre rilevanti conseguenze dannose. Il secondo consiste nella possibilità di fruire, in stato di libertà, di cure e trattamenti sostanzialmente diversi e più efficaci rispetto a quelli che possono essere prestati in regime di detenzione, eventualmente anche mediante ricovero in luoghi esterni di cura ai sensi dell'art. 11, comma 2, O.P.⁽³⁵⁸⁾

Il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena non può essere disposto o, se disposto, è revocato, se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti, dovendo il giudice tenere conto sia dei precedenti reati commessi sia della reiterazione degli stessi.

2.4. LA DETENZIONE DOMICILIARE PREVISTA DALL'ART. 47-TER COMMA 1-TER O.P.

Detto articolo prevede: « *Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1 (anni quattro), può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare* ».

Dunque, la concessione del differimento facoltativo dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica ai sensi dell'art. 147 c.p. e della detenzione domiciliare ex art. 47-ter O.P. si fonda sul principio costituzionale di uguaglianza di tutti i cittadini dinanzi alla legge, a p, rescindere dalla tipologia del reato commesso e dall'entità della pena residua, e dunque anche per i detenuti sottoposti al regime detentivo di cui all'art. 41-bis O.P., nonché sul divieto di trattamenti contrari al senso di umanità (art. 27, comma 3 Cost.) e sul diritto alla salute del condannato (art. 32 Cost.).

Quindi, una volta esclusa l'incompatibilità assoluta delle condizioni di salute del condannato col regime carcerario ex art. 147 c.p., a fronte di una richiesta di sospensione dell'esecuzione della pena o di detenzione domiciliare per grave infermità fisica, il giudizio di *gravità*, secondo la giurisprudenza, dovrà essere effettuato caso per caso, a seconda del diverso temperamento tra condizioni di salute del condannato e ambiente carcerario.

E sul diritto alla salute dei detenuti, nel periodo preso in esame dalla Commissione, il legislatore, con l'art. 2 del decreto-legge n. 28 del 2020 « Disposizioni urgenti in materia di detenzione domiciliare e permessi », ha modificato la disciplina degli art. 30-bis e 47-ter O.P., in relazione ai permessi c.d. di necessità e alla detenzione domiciliare c.d. umanitaria o « in surroga » (ossia quella ex art. 47-ter comma 1-ter O.P., che si applica negli stessi casi in cui si potrebbe fare luogo al differimento obbligatorio o facoltativo della pena).⁽³⁵⁹⁾

⁽³⁵⁸⁾ Articolo 11, comma 2, O.P.: « *Ove siano necessari cura o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai servizi sanitari degli istituti, i condannati e gli internati sono trasferiti, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura* ».

⁽³⁵⁹⁾ Per entrambe le misure, la modifica consiste nella previsione di un parere obbligatorio sull'istanza che i giudici di sorveglianza devono richiedere al procuratore antimafia in ordine

Tali misure sono le uniche che, proprio per la finalità 'umanitaria' che le caratterizza, possono essere applicate anche ai detenuti sottoposti al regime detentivo speciale del 41-*bis* O.P., per il resto esclusi – come d'altra parte tutti i detenuti non collaboranti condannati per i reati di cui all'art. 4-*bis* O.P.⁽³⁶⁰⁾ – dall'accesso a qualsiasi beneficio che consenta l'esecuzione extra-muraria della pena detentiva.⁽³⁶¹⁾

Ritiene la Commissione che, al di là delle scelte del legislatore, il DAP avrebbe avuto la possibilità di pianificare il trasferimento dei detenuti sottoposti al regime di cui all'art. 41-*bis* O.P., ove sussistenti ragioni cliniche, in strutture penitenziarie o in istituti ospedalieri attrezzati, così da garantirne la salute ed insieme assicurare la prevenzione delle esigenze di difesa sociale.

Un'operazione non impraticabile, stante l'esiguità del numero di detenuti sottoposti al regime detentivo speciale in situazione di « gravi infermità fisica » di cui all'art. 147 c.p. (si consideri infatti che, complessivamente, la popolazione dei detenuti in 41-*bis* O.P. ammontava – e ammonta – a circa 700 soggetti).

2.5. L'ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO ALL'INTERNO DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (ART. 11 O.P.)

A differenza degli strumenti di tutela preventiva della salute previsti dagli artt. 5 e 6 O.P. circa le modalità di realizzazione delle nuove strutture edilizie penitenziarie, dall'art. 7 O.P. su vestiario e sul corredo da fornire a ciascun detenuto, dall'art. 8 O.P. sull'uso dei lavabi, docce e bagni per l'igiene e la pulizia personale, dall'art. 9 O.P. sulla somministrazione del vitto e dall'art. 10 O.P. sulla permanenza all'aria aperta per un tempo di almeno due ore quotidiane, l'organizzazione del servizio sanitario all'interno degli istituti, disciplinato dall'art. 11 O.P., così come modificato dall'articolo 1, comma 1, decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 123⁽³⁶²⁾, detta le disposizioni atte ad assicurare l'attuazione degli interventi terapeutici resi necessari dall'attualità della condizione del ristretto.

Questa norma, in applicazione dell'art. 32, secondo comma, della Costituzione, prevede l'obbligatorietà della sottoposizione a visita medica

all'attualità dei collegamenti con la criminalità organizzata ed alla pericolosità del soggetto: quello distrettuale, se la decisione riguarda l'autore di uno dei gravi reati elencati nell'art. 51, comma 3-*bis* e comma 3-*quater* c.p.p. ed anche quello nazionale, se riguarda un detenuto sottoposto al regime detentivo speciale del 41-*bis* O.P.

⁽³⁶⁰⁾ Con l'unica eccezione rappresentata dalla possibilità, anche per i condannati 'non collaboranti', di accedere ai permessi premio ex art. 30-*ter* O.P., allorché siano stati acquisiti elementi tali da escludere sia l'attualità di collegamenti con la criminalità organizzata, sia il pericolo del ripristino di tali collegamenti, secondo quanto ora stabilito dalla Corte costituzionale, nella sentenza 22 ottobre 2019, n. 253.

⁽³⁶¹⁾ Sull'evoluzione più recente della giurisprudenza costituzionale, si veda la relazione, approvata da questa Commissione nella seduta del 20 maggio 2020, « *Relazione sull'istituto di cui all'articolo 4-bis dell'ordinamento penitenziario e le conseguenze derivanti dalla sentenza n. 253 del 2019 della Corte costituzionale* » approvata dalla Commissione nella seduta del 20 maggio 2020, doc. XXIII, n. 3 e la « *Relazione sull'istituto di cui all'articolo 4-bis dell'ordinamento penitenziario e le conseguenze derivanti dall'ordinanza della Corte costituzionale n. 97 del 2021* », approvata dalla Commissione nella seduta del 12 aprile 2022 doc. XXIII, n. 21 .

⁽³⁶²⁾ Decreto legislativo 2 ottobre 2018, n. 123 « *Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i) m), o), r), t) e u) della legge 23 giugno 2017, n.103* ».

generale per tutti i soggetti al momento dell'ingresso in istituto e nei confronti dei soggetti che prestano la loro opera all'interno dell'istituto così da controllare, periodicamente, la loro idoneità al lavoro.⁽³⁶³⁾

Non solo. Ogni singolo istituto deve essere dotato di servizio medico e farmaceutico per le eventuali esigenze dei detenuti. Da ciò si desume che l'attività terapeutica ordinaria è fornita dall'organizzazione di ogni istituto ed è sotto questo aspetto che la legge prevede l'obbligo di impiegare, in istituto, oltre ad un medico generico, anche uno specialista in psichiatria.

In radice, con d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230,⁽³⁶⁴⁾ si è provveduto al riordino della medicina penitenziaria, con l'affermazione del principio della parità di diritti tra i detenuti ed i liberi cittadini, in relazione all'erogazione di prestazioni sanitarie.

Le competenze in materia sanitaria vengono suddivise tra il Ministero della Sanità (responsabile della programmazione, indirizzo e coordinamento del servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari), le Regioni (a cui sono affidate l'organizzazione e la programmazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari ed il relativo controllo) e le A.S.L. (cui vengono attribuite la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti). Al Ministero della Giustizia sono, invece, riservate le competenze in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie collocate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura, dove siano ricoverati detenuti o internati. Nel caso in cui siano necessarie cure o accertamenti diagnostici che non possono essere forniti dai servizi sanitari degli istituti, i soggetti vengono trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura. L'istituto è applicabile anche per l'accesso a programma di procreazione medicalmente assistita⁽³⁶⁵⁾. Il provvedimento con cui viene disposto questo ricovero esterno è di competenza, per gli imputati e fino alla pronuncia della sentenza di primo grado (art. 240 disp. att. c.p.p., in relazione all'art.11 O.P.):

– del giudice per le indagini preliminari, prima dell'esercizio dell'azione penale;

– del giudice che procede, dopo l'esercizio dell'azione penale e fino alla pronuncia della sentenza di primo grado. Questi provvedimenti sono disposti con ordinanza, non impugnabile⁽³⁶⁶⁾.

Per gli imputati, dopo la pronuncia della sentenza di primo grado (quindi per gli imputati appellanti o ricorrenti per cassazione) nonché per i condannati e per gli internati, il provvedimento concernente il ricovero esterno è adottato dal magistrato di sorveglianza. In caso di urgenza, il

⁽³⁶³⁾ La Cassazione, con sentenza 14 giugno 1993, in *Cass. pen.*, 1994, p. 3111, ha ritenuto che le verificazioni mediche ed i relativi prelievi a scopo diagnostico su detenuti ed internati siano attività amministrative di controllo, legittimate dall'art.11 O.P., dovendosi, quindi, escludere l'adozione delle garanzie previste dal c.p.p.

⁽³⁶⁴⁾ Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 « Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419 ».

⁽³⁶⁵⁾ La Corte di Cassazione, Sez. I con sentenza del 20 febbraio 2008, n.7791, ha statuito che l'accesso a questi programmi corrisponda ad un diritto del detenuto, la cui attuazione va comparata con le esigenze di tutela della collettività; il Magistrato di Siracusa, con provvedimento 1° luglio 2008, in procedimento 1911/08, inedito, ha ritenuto applicabile l'istituto del ricovero in luogo esterno di cura.

⁽³⁶⁶⁾ Cass. Sez. VI, 14 aprile 2009, n.15703.

ricovero può avvenire per disposizione della direzione, la quale ne dà immediato avviso al magistrato di sorveglianza o alle autorità giudiziarie suddette ai fini della ratifica (art.17 reg. esec.).

Si deve, in ogni caso, constatare che l'attuale formulazione dell'art.11 O.P. si incentra, in materia di custodia dei detenuti in ospedali civili o altri luoghi esterni di cura, su:

– il principio generale dell'obbligo di piantonamento, principio assolutamente vincolante ove non siano espressamente impartite diverse disposizioni;

– la facoltà, conferita al magistrato, di disporre l'esonero del piantonamento, in deroga al principio suddetto, sul presupposto che non vi sia pericolo di fuga o che la continua custodia non sia necessaria per la tutela dell'incolumità personale.

Le relative informazioni dovranno, poi, essere fornite dagli organi di polizia e dalle direzioni degli istituti penitenziari e la loro trasmissione non potrà mai ritardare l'esecuzione del provvedimento di ricovero sotto piantonamento.⁽³⁶⁷⁾ Infine, una particolare tutela è prevista per le detenute madri, le quali devono fruire dell'assistenza di un ginecologo e possono tenere presso di sé i figli fino al compimento dei tre anni.

Mentre i detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di fiducia, per gli imputati è necessaria l'autorizzazione del magistrato che procede, fino alla pronuncia della sentenza di primo grado. Occorre, tuttavia, rilevare che la giurisprudenza della Cassazione non ha ritenuto che questa facoltà integri gli estremi di un diritto.⁽³⁶⁸⁾

Va altresì richiamato per completezza, il disposto dell'art. 90 D.P.R. n. 309 del 1990⁽³⁶⁹⁾, in materia di sospensione della pena detentiva inflitta a persona tossicodipendente per i reati connessi al suo stato particolare.

Riguarda, ancora, la tutela dell'integrità fisica l'istituto del differimento dell'esecuzione di pena detentiva o di sanzione sostitutiva in relazione alle ipotesi di cui agli articoli 146 e 147 c.p., di cui si è trattato nei precedenti paragrafi.

Problema molto dibattuto, attesa la carenza normativa sul punto, è, nel caso del c.d. sciopero della fame attuato dal detenuto, la liceità dell'alimentazione forzata del soggetto che rifiuta di nutrirsi e l'eventuale respon-

⁽³⁶⁷⁾ Occorre mettere in evidenza che l'art.240 disp. att. c.p.p. ha previsto, al comma 2, l'espressa emanazione di un provvedimento di revoca del ricovero in luogo esterno di cura, da parte del giudice che lo ha disposto, non appena sono cessate le ragioni che lo hanno determinato.

⁽³⁶⁸⁾ La mancata coordinazione tra la normativa di cui alla legge n. 833/78, istitutiva del servizio sanitario nazionale, e l'ordinamento penitenziario è stata fonte di importanti difficoltà operative, cui il legislatore ha cercato di porre rimedio con l'introduzione del D.lgs. 22 giugno 1999, n.230. E' necessario, tuttavia, richiamare il disposto dell'art. 96 del D.P.R. n. 309 del 1990 (T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti) che prevede che chi si trovi in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto, dall'autorità sanitaria, abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o che comunque abbia problemi di tossicodipendenza, ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari per la riabilitazione.

⁽³⁶⁹⁾ Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 « *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza* ».

sabilità penale dei sanitari e dei funzionari dell'Amministrazione penitenziaria in merito.

Occorre mettere in evidenza, da un lato, l'obbligo di garantire al ristretto l'incolumità personale, che grava sul personale direttivo e sanitario degli istituti penitenziari, visto che lo Stato, privando coattivamente della libertà personale l'individuo, ha assunto una piena responsabilità circa la sua tutela dell'integrità fisica, e, dall'altro, il fatto che la scelta di lasciarsi morire in carcere per fame è solo apparentemente libera, essendo il comportamento del soggetto, influenzato proprio dallo stato detentivo. Indispensabile, per completezza espositiva, sottolineare gli apporti modificativi e innovativi che, in materia di assistenza sanitaria in ambito penitenziario e di riordino della medicina penitenziaria, ha comportato il citato decreto legislativo n. 123 del 2018.

Tale decreto interviene sul testo dell'art. 11 O.P., soffermandosi sulla disposizione d'apertura dello stesso, ove si afferma che *il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria*: il chiaro riferimento al d.lgs. n. 230 del 1999 va inteso come il richiamo al principio della parità tra detenuti (e internati) e soggetti liberi nella tutela del diritto alla salute e quindi al pieno diritto di godere di prestazioni sanitarie efficaci, tempestive ed appropriate. Il nuovo comma 3 dell'art. 11 O.P. prescrive l'adozione, da parte dell'azienda sanitaria locale nel cui ambito sia ubicato un istituto penitenziario, di una carta dei servizi, che deve essere messa a disposizione dei detenuti e degli internati con idonei mezzi di pubblicità.

Particolare è, invece, la nuova formulazione del comma 2 dell'art. 11 O.P. Ribadendo quanto già stabilito dalla previgente formulazione circa la predisposizione all'interno degli istituti penitenziari di un servizio sanitario « *rispondente alle esigenze della salute dei detenuti e degli internati* », si omette il riferimento al servizio psichiatrico: dunque, la nuova disposizione non solo non prevede il potenziamento di questo servizio (come richiesto nella legge delega), ma arriva ad eliminare la previsione, contenuta nel 'vecchio' comma 1, secondo cui ogni istituto deve disporre dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

Il d.lgs. n.123 del 2018 interviene, inoltre, sulla competenza a disporre il ricovero all'esterno: il decreto ha esteso la competenza del giudice che procede a discapito di quella del magistrato di sorveglianza (che è ora competente solo per condannati 'definitivi' ed internati) e ha escluso qualsiasi possibilità di delega dei provvedimenti in materia di salute al direttore dell'istituto, anche nei casi di assoluta urgenza.

Non è stata modificata la previsione regolamentare secondo cui il direttore può disporre il ricovero all'esterno laddove l'attesa del provvedimento giudiziale sarebbe pregiudizievole per la salute del detenuto o dell'internato (art. 17, comma 8, D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230), in una valutazione ispirata al ragionevole bilanciamento tra le esigenze di sicurezza e la tutela del diritto alla salute.

Per quanto riguarda, poi, l'ingiustificato allontanamento del detenuto o internato dal luogo del ricovero, il sesto comma afferma l'applicabilità

dell'art. 385 c.p.⁽³⁷⁰⁾ anche al caso di allontanamento in presenza di piantonamento, riformando rispetto alla disciplina previgente, che limitava l'ipotesi di evasione al solo caso di allontanamento da parte del detenuto ricoverato senza piantonamento. Altre sostanziali novità riguardano la disciplina della « *prima visita* », cioè la visita medica a cui il detenuto o l'internato è sottoposto all'atto dell'ingresso in istituto.

Il comma 7 dell'art. 11 O.P., come novellato, prevede che, fermo l'obbligo di referto, il medico che riscontri *segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti* deve darne comunicazione al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza. La comunicazione al direttore e al magistrato di sorveglianza può certamente essere uno strumento importante per l'emersione di eventuali violenze che vi siano state in una fase precedente all'ingresso in istituto. Altresì, nel predetto comma 7, vengono stabiliti alcuni importanti principi, già contenuti nel d.lgs. n. 230/1999: il diritto a ricevere informazioni complete sullo stato di salute durante la detenzione al momento della rimessione in libertà, il principio di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e la garanzia della continuità terapeutica.

Altra innovazione è disciplinata dall'art. 11, comma 12, O.P., laddove introduce la possibilità per il detenuto e l'internato di essere visitato, a proprie spese, da un *esercente di una professione sanitaria di fiducia*, possibilità che, nella disciplina previgente, era prevista per il solo medico. Infine, va menzionata un'ultima rilevante modifica, ossia quella apportata al comma 11: prima la norma stabiliva che il sanitario *deve visitare (...) coloro che ne facciano richiesta, configurando quindi la visita del medico penitenziario come un diritto del detenuto*, ora è stato stabilito che, in caso di richiesta, il medico possa valutare la necessità della visita sulla base di criteri di appropriatezza clinica.

Capitolo III

LA NORMATIVA EMERGENZIALE NEL SISTEMA PENITENZIARIO

3.1. NORME IN MATERIA DI EMERGENZA PANDEMICA DA COVID-19

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 veniva decretato lo stato di emergenza⁽³⁷¹⁾; per contenere e gestire l'emergenza

⁽³⁷⁰⁾ Art. 385 c.p.: *Chiunque, essendo legalmente arrestato o detenuto per un reato, evade è punito con la reclusione da uno a tre anni. La pena è della reclusione da due a cinque anni se il colpevole commette il fatto usando violenza o minaccia verso le persone, ovvero mediante effrazione; ed è da tre a sei anni se la violenza o minaccia è commessa con armi o da più persone riunite. Le disposizioni precedenti si applicano anche all'imputato che essendo in stato di arresto nella propria abitazione o in altro luogo designato nel provvedimento se ne allontani, nonché al condannato ammesso a lavorare fuori dello stabilimento penale. Quando l'evaso si costituisce in carcere prima della condanna, la pena è diminuita.*

⁽³⁷¹⁾ Stato di emergenza determinato ai sensi dell'art. 7, comma 1, lettera c) del decreto legislativo 2 gennaio 2018 n.1 « Codice della protezione civile ».

epidemiologica da COVID-19, il Governo adottava, dal febbraio 2020, plurimi decreti legge⁽³⁷²⁾ e decreti del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) che hanno interessato, come noto, tutta la popolazione italiana.

Con DPCM del 23 febbraio 2020 « *Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19* » veniva disposta la zona rossa in dieci comuni del lodigiano e nel comune di Vo' Euganeo con chiusura delle scuole, dei negozi, dei musei; con DPCM del 25 febbraio e del 1 marzo venivano estese, per far fronte alla crescita esponenziale dell'epidemia, le zone rosse in numerose zone del nord Italia e previste indicazioni per tutti i cittadini; con DPCM del 4 marzo e dell'8 marzo 2020 le misure erano applicate a tutto il territorio nazionale. Ulteriori inasprimenti con riferimento agli assembramenti ed alle attività sportive venivano assunte con DPCM del 9 marzo 2020; con DPCM dell'11 marzo 2020 si sospendevano, su tutto il territorio nazionale, le attività commerciali al dettaglio, di ristorazione e dei servizi alla persona; con l'ottavo DPCM del 22 marzo 2020, stante l'espansione dell'epidemia, si sospendevano le attività lavorative ad eccezione di quelle ritenute essenziali.⁽³⁷³⁾

Alla data del 29 febbraio 2020, un mese dopo la dichiarazione dello stato di emergenza, nelle carceri italiane, come già detto, erano presenti n. 61.230 detenuti a fronte di una capienza massima regolamentare di n. 50.931 posti, con camere di pernottamento *affollate*, ad eccezione di quelle riservate ai detenuti sottoposti al regime del 41-*bis* O.P.

Lo stato di sovraffollamento delle carceri, per cui l'Italia è stata più volte sanzionata dalla CEDU, a partire dalla sentenza Torreggiani, il concreto rischio di rendere gli istituti penitenziari veri e propri focolai epidemici, non potendosi garantire distanziamento e/o isolamento, il rischio per la salute e la vita dei detenuti, del personale della polizia penitenziaria, degli operatori, dei magistrati di sorveglianza, ha determinato l'assunzione di disposizioni emergenziali.

La Commissione ritiene opportuno indicare, cronologicamente, gli interventi normativi adottati dal Parlamento e le principali circolari emesse dal DAP, per poi esaminare le eventuali carenze e le aporie riscontrate.

Ciò al fine di avere un quadro esaustivo anche se l'inchiesta svolta si è incentrata in modo specifico sui provvedimenti di modifica del regime carcerario relativi ai detenuti sottoposti al regime di cui all'art. 41-*bis* O.P ed al regime di alta sicurezza, in considerazione della maggior pericolosità sociale e gravità dei delitti commessi o contestati.

⁽³⁷²⁾ Decreti-legge 23 febbraio 2020, n. 6; 17 marzo 2020, n. 18; 25 marzo 2020, n. 19; 30 aprile 2020, n. 28; 10 maggio 2020, n. 29; 16 maggio 2020, n. 33; 23 febbraio 2021, n.15; 28 ottobre 2020, n. 137.

⁽³⁷³⁾ Si succedono plurimi DPCM in data 1° aprile, 10 aprile, 26 aprile; 17 maggio, 18 maggio, 11 giugno, 14 luglio, 7 agosto, 7 settembre, 13 ottobre, 18 ottobre, 24 ottobre, 3 novembre, 3 dicembre 2020, in attuazione del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n.33; DPCM 14 gennaio 2021, in attuazione dei predetti decreti legge e del decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2; DPCM 2 marzo 2021 « *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15* ».

I primi provvedimenti sono stati assunti dal DAP, come detto nella introduzione della presente relazione, con tre circolari emesse nel febbraio 2020.

La prima circolare⁽³⁷⁴⁾, datata 22 febbraio 2021, era rivolta esclusivamente agli operatori e alle «terze persone» residenti o comunque dimoranti nei comuni della cd. «zona rossa»⁽³⁷⁵⁾ disponendo:

– l’esonero dal servizio per gli operatori penitenziari residenti nei comuni della «zona rossa» presso le rispettive sedi e il divieto di accesso in istituto per il personale esterno (insegnanti, volontari, familiari);

– la sospensione delle traduzioni dei detenuti verso e dagli istituti penitenziari rientranti nella competenza dei provveditorati di Torino, Milano, Padova, Bologna e Firenze. Le traduzioni escluse erano quelle dovute a sfollamenti, assegnazioni, trasferimenti a domanda o per motivi di sicurezza, limitatamente ai luoghi maggiormente colpiti dalla prima fase dell’emergenza Covid-19, ad eccezione delle traduzioni per motivi di giustizia;

– l’istituzione di una unità di crisi presso la Direzione generale dei detenuti e del trattamento del DAP «*per assicurare il costante monitoraggio dell’andamento del fenomeno e delle informazioni relative ai casi sospetti o conclamati, nonché per l’adozione tempestiva delle conseguenti iniziative*».

Il 25 febbraio 2020 il Dipartimento emanava una seconda circolare⁽³⁷⁶⁾ con la quale impartiva istruzioni ai provveditori, ai direttori, ai comandanti ed al personale in servizio, in relazione ai contenuti di una circolare diramata dal Ministero della Salute il precedente 22 febbraio⁽³⁷⁷⁾. Nella circostanza il DAP:

– indicava le misure di protezione da adottare per il prelievo dei tamponi, per predisporre spazi ove collocare i detenuti per la fase di isolamento sanitario nei casi di sospetto contagio, per effettuare i controlli sui cc.dd. «nuovi giunti» (utilizzando anche uno spazio di *pre-triage* in piccole tensostrutture), per la classificazione dei detenuti in tre diverse categorie in ragione del trattamento sanitario previsto⁽³⁷⁸⁾;

– invitava i provveditori a segnalare il fabbisogno di presidi sanitari (DPI) e di quantificare il numero di strutture mobili da installare nei diversi istituti penitenziari al fine di segnalare il dato complessivo al Comitato operativo della Protezione Civile;

– disponeva l’obbligo di autodichiarazione per l’accesso alle strutture penitenziarie e per le visite dall’esterno (obbligo esteso anche agli addetti ai rifornimenti ed approvvigionamenti);

– formulava avvertenze di carattere generale sulla salubrità degli ambienti di lavoro e sulla tutela della salute del personale;

⁽³⁷⁴⁾ Circolare D.A.P. «*Raccomandazioni organizzative per la prevenzione del contagio del coronavirus*» del 22 febbraio 2020.

⁽³⁷⁵⁾ Codogno, Castiglione d’Adda, Casalpusterlengo, Fombio, Maleo, Somaglia, Bertonico, Terranova dei Passerini, Castelgerundo e San Fiorano.

⁽³⁷⁶⁾ Circolare D.A.P. «*Ulteriori indicazioni per la prevenzione del contagio da coronavirus*» del 25 febbraio 2020.

⁽³⁷⁷⁾ Circolare del Ministero della Salute n. 000543 del 22 febbraio 2020.

⁽³⁷⁸⁾ Detenuto sintomatico; detenuto paucisintomatico-contatto stretto negativo al test; detenuto riscontrato positivo al tampone per COVID-19 ed al momento asintomatico.

– richiedeva il supporto della videoconferenza per garantire la presenza del detenuto, in luogo delle traduzioni per motivi di giustizia.

Il giorno successivo, il 26 febbraio 2020, il DAP emanava, infine, una terza circolare con la quale, oltre a ribadire le misure igieniche da adottare al fine di prevenire e contenere il contagio (areazione frequente, disinfezione giornaliera degli ambienti, ecc.), veniva richiesto di avviare una specifica attività di informazione e sensibilizzazione della popolazione detenuta.⁽³⁷⁹⁾ Inoltre, in considerazione dell’aggravarsi della situazione e dell’alto tasso di trasmissibilità del virus per vie aeree, il Dipartimento disponeva l’adozione delle seguenti misure:

– la sospensione delle attività trattamentali, per le quali fosse previsto l’accesso alla comunità esterna;

– il contenimento delle attività lavorative esterne e interne che comportavano la presenza di persone provenienti dall’esterno;

– la sostituzione dei colloqui con i familiari o terze persone, diverse dai difensori, con colloqui a distanza tramite le apparecchiature in dotazione agli istituti penitenziari (Skype e, successivamente cellulari) e con corrispondenza telefonica, da autorizzare senza limiti;

– la necessità di interloquire con gli organi giudiziari per valutare la possibilità, caso per caso, di sospendere temporaneamente i permessi e le concessioni della semilibertà.

In termini analoghi alle circolari del DAP, anche il decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9⁽³⁸⁰⁾, prevedeva colloqui « da remoto » per gli istituti penitenziari ubicati in Lombardia e in Veneto fino al 31 marzo 2020.

Il D.P.C.M. 8 marzo 2020⁽³⁸¹⁾, nel disciplinare le modalità del « lockdown » in tutti i settori, con riferimento alle carceri, all’art. 2, lettera u) disponeva: « tenuto conto delle indicazioni fornite dal Ministero della salute, d’intesa con il coordinatore degli interventi per il superamento dell’emergenza coronavirus, le articolazioni territoriali del Servizio sanitario nazionale assicurano al Ministero della giustizia idoneo supporto per il contenimento della diffusione del contagio del COVID-19, anche mediante adeguati presidi idonei a garantire, secondo i protocolli sanitari elaborati dalla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, i nuovi ingressi negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni. I casi sintomatici dei nuovi ingressi sono posti in condizione di isolamento dagli altri detenuti, raccomandando di valutare la possibilità di misure alternative di detenzione domiciliare. I colloqui visivi si svolgono in modalità telefonica o video, anche in deroga alla durata attualmente prevista dalle disposizioni vigenti. In casi eccezionali può essere autorizzato il colloquio personale, a

⁽³⁷⁹⁾ Circolare D.A.P. « Indicazioni per la prevenzione della diffusione del contagio da Coronavirus (Covid 19) presso le sedi del Dipartimento dell’Amministrazione penitenziaria » del 26 febbraio 2020.

⁽³⁸⁰⁾ Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9 « Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 ».

⁽³⁸¹⁾ D.P.C.M. 8 marzo 2020 « Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-192 », pubblicato in G. U. 8 marzo 2020, n. 59, Edizione straordinaria.

condizione che si garantisca in modo assoluto una distanza pari a due metri. Si raccomanda di limitare i permessi e la libertà vigilata o di modificare i relativi regimi in modo da evitare l'uscita e il rientro dalle carceri, valutando la possibilità di misure alternative di detenzione domiciliare ».⁽³⁸²⁾

Tali disposizioni venivano riprese nel decreto-legge 8 marzo 2020, n. 11⁽³⁸³⁾ che, all'art. 2, comma 8, provvedeva ad estendere fino al 22 marzo 2020, la medesima disciplina agli istituti penitenziari e agli istituti penali per minorenni sull'intero territorio nazionale. Si ribadiva che i colloqui con i congiunti o con altre persone cui hanno diritto i condannati, gli internati e gli imputati « sono svolti a distanza, mediante, ove possibile, apparecchiature e collegamenti di cui dispone l'amministrazione penitenziaria e minorile o mediante corrispondenza telefonica, che può essere autorizzata oltre i limiti di cui all'articolo 39, comma 2, del predetto decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000 e all'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 121 del 2018 ». Il Governo aveva altresì previsto, al comma 9, che la magistratura di sorveglianza, sulla base « delle evidenze rappresentate dall'autorità sanitaria », potesse sospendere la concessione dei permessi-premio e della semilibertà fino al 31 maggio 2020, al fine di evitare il rischio di contagio per gli altri detenuti al rientro in carcere.

Inoltre, sempre sino alla data del 31 maggio 2020, la partecipazione a qualsiasi udienza delle persone detenute, internate o in stato di custodia cautelare, veniva assicurata, ove possibile, mediante videoconferenze o con collegamenti da remoto individuati e regolati con provvedimento del Direttore generale dei sistemi informativi e automatizzati del Ministero della giustizia.

In concomitanza con gli interventi legislativi sulle carceri, iniziavano, come si dirà nel prosieguo della presente relazione⁽³⁸⁴⁾, le violente rivolte negli istituti penitenziari a partire, il 7 marzo 2020, dal carcere di Salerno che si estendevano, nel fine settimana dell'8 e del 9 marzo, in circa trenta istituti penitenziari in tutta Italia, da Milano a Palermo a Foggia (con l'evasione di oltre 70 detenuti), con devastazione delle strutture e, purtroppo, causando la morte di dodici detenuti ed il ferimento di oltre venti persone.

3.2. IL DECRETO « CURA ITALIA »

Le prime norme di rango primario volte a fronteggiare l'emergenza sanitaria nell'ambito carcerario venivano introdotte, come detto, con gli articoli 123 e 124 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 cosiddetto « Cura Italia ».⁽³⁸⁵⁾

⁽³⁸²⁾ L'articolo 2 del DPCM 8 marzo 2020 reca « Misure per il contrasto e il contenimento sull'intero territorio nazionale del diffondersi del virus COVID-19 ».

⁽³⁸³⁾ Decreto-legge 8 marzo 2020, n. 11 « Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria »; la rubrica dell'art. 2 recita « Misure urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenerne gli effetti in materia di giustizia ».

⁽³⁸⁴⁾ cfr. Capitolo VII

⁽³⁸⁵⁾ Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 « Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ».

La *ratio* delle disposizioni in questione, rimaste pressoché invariate — se non per qualche limitato aspetto — in sede di conversione del decreto-legge (operata con la legge 24 aprile 2020 n. 27), si coglie con immediatezza leggendo la Relazione illustrativa del decreto, nella quale veniva espressamente richiamata « *l'ampia concentrazione di personale di polizia penitenziaria, di detenuti e operatori* » e si indicava « *l'opportunità di percorrere moderate e accorte soluzioni volte ad alleggerire quella concentrazione e, al contempo, ad attenuare il cronico problema di sovraffollamento degli istituti* ».

Si coglieva in tal modo l'« occasione » offerta dalla drammatica emergenza sanitaria per fronteggiare non soltanto i cogenti problemi dalla stessa determinati, ma anche una risalente e ormai endemica criticità, quella del sovraffollamento carcerario ⁽³⁸⁶⁾.

3.3. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI DETENZIONE DOMICILIARE (ART. 123 DEL DECRETO-LEGGE N. 18 DEL 2020)

Con la prima delle due disposizioni, contenuta nell'art. 123 del decreto-legge ⁽³⁸⁷⁾, il legislatore sceglieva la strada del recupero di un modello operativo già sperimentato, avente anch'esso finalità deflattive, e, segnatamente,

⁽³⁸⁶⁾ Peraltro, anche una successiva circolare del Ministero dell'Interno n. 1530/117(2)/Uff.Prot.Civ. del 18 marzo 2020 chiariva che « gli art. 123 e 124 recano disposizioni in materia, rispettivamente, di detenzione domiciliare e di licenze premio straordinarie per i detenuti in regime di semilibertà, finalizzate ad attenuare il cronico problema di sovraffollamento degli istituti penitenziari ».

⁽³⁸⁷⁾ Si riporta di seguito il testo dell'art. 123 del decreto-legge n. 18 del 2020. Art. 123 Disposizioni in materia di detenzione domiciliare – 1. *In deroga al disposto dei commi 1, 2 e 4 dell'articolo 1 della legge 26 novembre 2010, n. 199, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 30 giugno 2020, la pena detentiva è eseguita, su istanza, presso l'abitazione del condannato o in altro luogo pubblico o privato di cura, assistenza e accoglienza, ove non sia superiore a diciotto mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, salvo che riguardi: a) soggetti condannati per taluno dei delitti indicati dall'articolo 4-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, e successive modificazioni e dagli articoli 572 e 612-bis del codice penale; b) delinquenti abituali, professionali o per tendenza, ai sensi degli articoli 102, 105 e 108 del codice penale; c) detenuti che sono sottoposti al regime di sorveglianza particolare, ai sensi dell'articolo 14-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, salvo che sia stato accolto il reclamo previsto dall'articolo 14-ter della medesima legge; d) detenuti che nell'ultimo anno siano stati sanzionati per le infrazioni disciplinari di cui all'articolo 77, comma 1, numeri 8, 19, 20 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230; e) detenuti nei cui confronti sia redatto rapporto disciplinare ai sensi dell'articolo 81, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230, in quanto coinvolti nei disordini e nelle sommosse a far data dal 7 marzo 2020; f) detenuti privi di un domicilio effettivo e idoneo anche in funzione delle esigenze di tutela delle persone offese dal reato.*

2. *Il magistrato di sorveglianza adotta il provvedimento che dispone l'esecuzione della pena presso il domicilio, salvo che ravvisi gravi motivi ostativi alla concessione della misura.*

3. *Salvo si tratti di condannati minorenni o di condannati la cui pena da eseguire non è superiore a sei mesi è applicata la procedura di controllo mediante mezzi elettronici o altri strumenti tecnici resi disponibili per i singoli istituti penitenziari.*

4. *La procedura di controllo, alla cui applicazione il condannato deve prestare il consenso, viene disattivata quando la pena residua da espiare scende sotto la soglia di sei mesi.*

5. *Con provvedimento del capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, d'intesa con il capo della Polizia-Direttore Generale della Pubblica Sicurezza, adottato entro il termine di dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto e periodicamente aggiornato è individuato il numero dei mezzi elettronici e degli altri strumenti tecnici da rendere disponibili, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili a legislazione vigente, che possono essere utilizzati per l'esecuzione della pena con le modalità stabilite dal presente articolo, tenuto conto anche delle emergenze sanitarie rappresentate dalle autorità competenti. L'esecuzione del provvedimento nei confronti dei condannati con pena residua da eseguire superiore ai sei mesi avviene progressivamente a partire dai detenuti che devono scontare la pena residua inferiore.*