Servizio sanitario penitenziario e tutela della salute in carcere

Giandomenico Dodaro

Argomenti

Assistenza sanitaria in generale

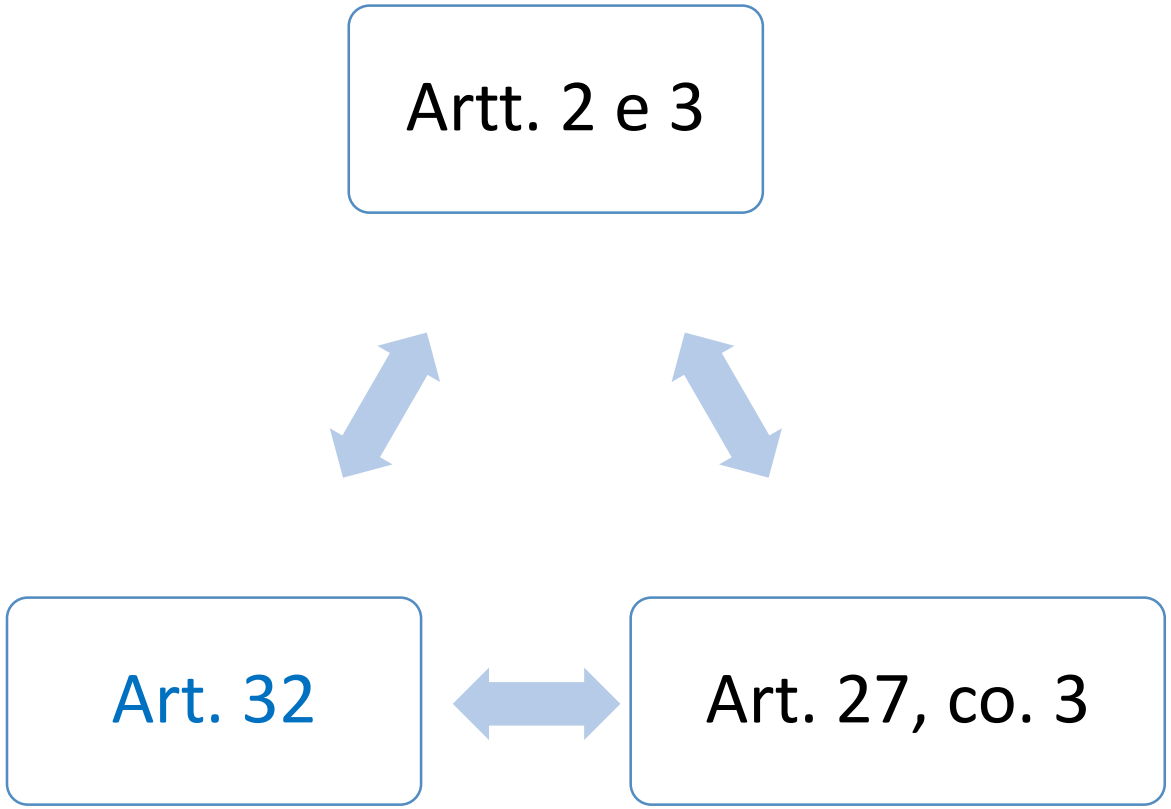
- Modello organizzativo del SSN penitenziario
- Doveri del comparto sanitario e penitenziario
- Diritto alla salute del detenuto
- Modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie
- Strumenti di tutela del diritto alla salute del tenuto

Restano fuori ipotesi particolari di trattamento

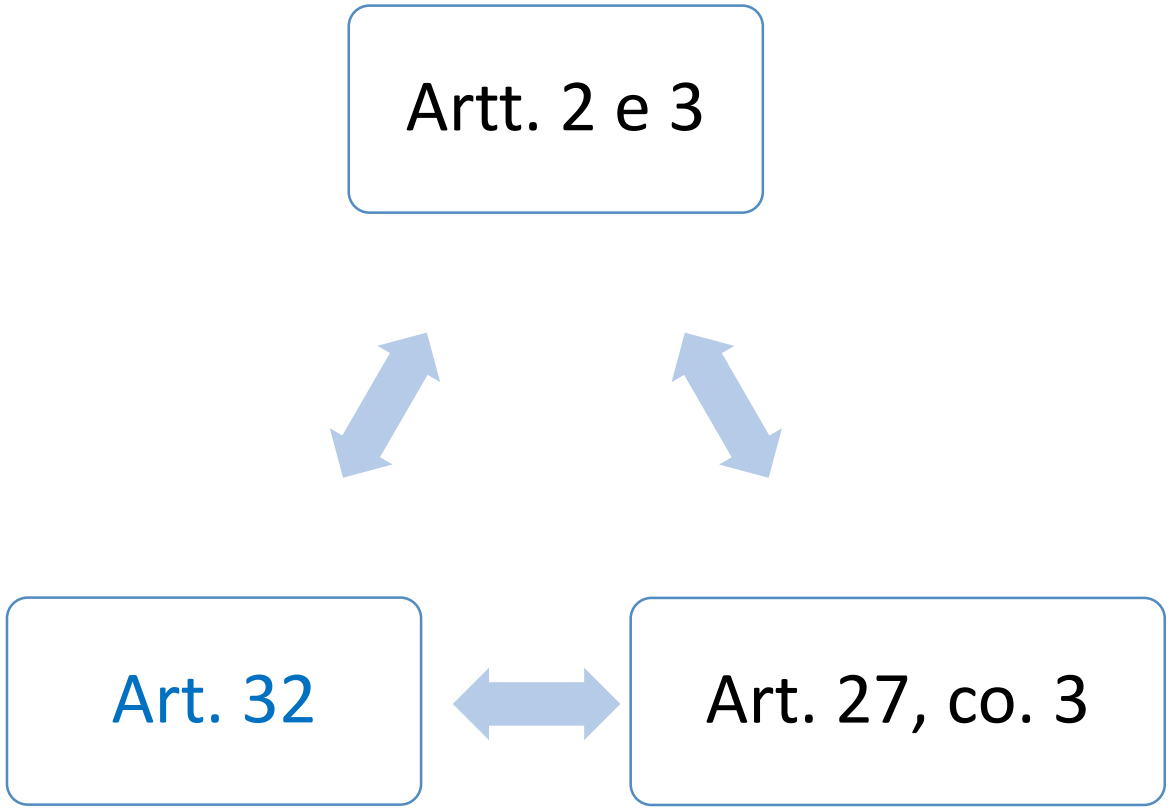
- affettività del minore con il genitore detenuto
- tossicodipendenza
- malattie contagiose
- *sex offender*

Assetto costituzionale della salute in carcere

Tutela costituzionale della salute in carcere

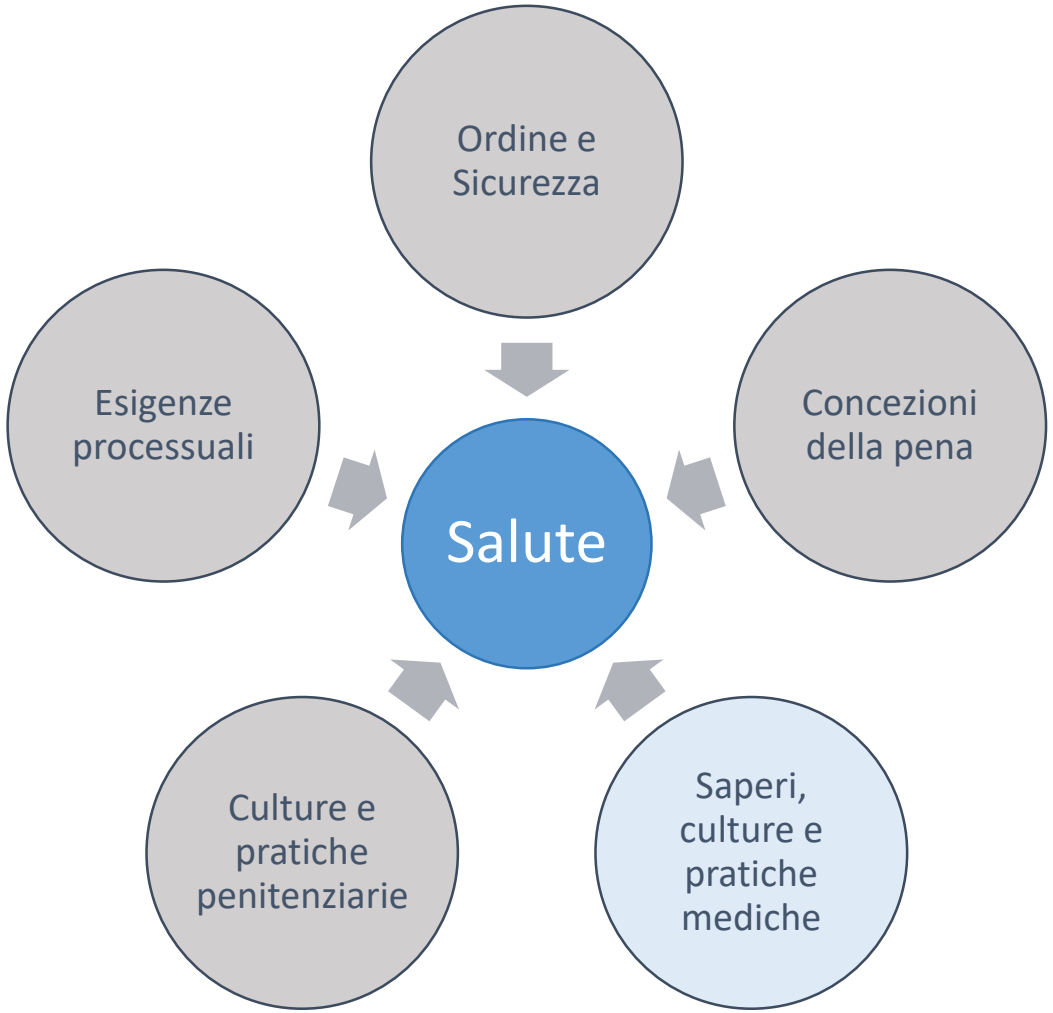


Tutela costituzionale della salute in carcere



«Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona… Ad ogni persona privata della libertà sono garantiti i diritti fondamentali» (art. 1 Ord.penit).

Variabili e interazioni nel campo della sanità penitenziaria



Modello organizzativo della sanità penitenziaria tra *care* e *control*

c.d. Doppia lealtà dell'operatore e relazione con il paziente

Salute tra diritto e premio

Modello organizzativo del SSN in ambito penitenziario

Evoluzione della Sanità penitenziaria

Medicina penitenziaria

- DAP

1998

Medicina di comunità

- SSN

Uguaglianza nel diritto alla salute tra detenuti e liberi

«Mandato sociale» della sanità penitenziaria

Controllo

- La sanità si limita a *rispondere a singole richieste* di prestazione medica.

Cura

- La sanità promuove la cultura della salute, svolge funzione preventiva anche sull'igiene degli Istituti, assicura una *adeguata presa in carico della persona*, avendo chiara la situazione di maggiore difficoltà di accesso alle cure e spesso di maggiore vulnerabilità.

SSN in ambito penitenziario – Fonti

- L’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari è erogata dal SSN, il quale opera nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria
  - L.-delega 30 novembre 1998, n. 419 e **D.lgs. 22 giugno 1999, n.230** e succ. modific.
  - **L. 24 dicembre 2007, n. 244** (art. 2, commi da 283 a 284)
  - **D.M. 21 aprile 2000** «Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario»
  - **D.P.C.M. 1° aprile 2008** «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria», e allegate **Linee di indirizzo**
    - Allegato A – «Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»
    - Allegato C – «Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia»

Il diritto alla salute nelle principali fonti di diritto sovranazionali

- **Regole penitenziarie europee** (Consiglio d'Europa – 2006)
- **Convenzione e Corte EDU**
- **Risoluzione del Parlamento UE sulle condizioni detentive**, 15.12.2011 (punto 8)
- *The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (c.d. ***the Nelson Mandela Rules***) 2015

Altre fonti

- **Documento** «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» **della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 22.1.2015**
- **Circolari DAP** (Autolesionismo 1997, 2000, 2010, 2012, 2016; Ricovero esterno 2000; Opg 2015; Disabilità motoria 2016)
  - Circolare D.A.P. 16 luglio 2015, n. 251653 «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziaria per adulti», approvate dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 22.1.2015

Fattori di criticità del SSN penitenziario

- Disomogeneità delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione
- Carenze significative nell'offerta di alcuni servizi socio-sanitari (es. salute mentale)
- Rimpallo di responsabilità per detenuti «disturbanti» e rischio di medicalizzazione (abuso di psicofarmaci) o ghettizzazione (circuitazione informale del sistema) del disagio psichico e sociale
- Farraginosità, obsolescenza e lentezza delle procedure per l'erogazione delle prestazioni sanitarie
- Inesistenza di un sistema informatico omogeneo a livello nazionale di raccolta e conservazione digitale dei dati clinici dei pazienti
- Ineffettività del diritto alla riservatezza sanitaria (es. visite e farmaci)
- Inefficiente programmazione della spesa sanitaria, in particolare sotto il profilo dell'insufficiente stanziamento di risorse
- Ambiguità nel riparto di competenze
- Assenza di dati statistici sul «fabbisogno di salute»
- Non sufficiente consapevolezza, a livello culturale, dell'uguaglianza nel diritto alla salute di liberi e ristretti

La riforma dell’SSN penitenziario del 2018

L’art. 1, comma 85, lett. *l)* della legge di delega 23 giugno 2017, n. 103 (**c.d. riforma Orlando**) ha previsto, tra i principi e criteri direttivi di riforma dell’ord.penit., la «revisione delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario alla luce del riordino della medicina penitenziaria disposto dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, tenendo conto della necessità di potenziare l'assistenza psichiatrica negli istituti di pena».

Il **d.lgs. 2 ottobre 2018, n. 123** ha dato attuazione solo all’obiettivo della **armonizzazione normativa**, anche attraverso la razionalizzazione delle competenze in alcuni ambiti di intervento. Non ha esercitato, invece, la delega relativa all’obiettivo del potenziamento dell’assistenza psichiatrica.

«Principi di riferimento» del SSN penitenziario

(art. 2 d.lgs. n. 230 del 1999 e 11 ord.penit. e specificati dal D.P.C.M. 1° aprile 2008).

Uguaglianza in materia di assistenza sanitaria tra detenuti/internati e cittadini liberi

Dignità della persona (condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della)

Globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute

Unitarietà dei servizi e delle prestazioni

Complementarietà dell'assistenza sociale e sanitaria

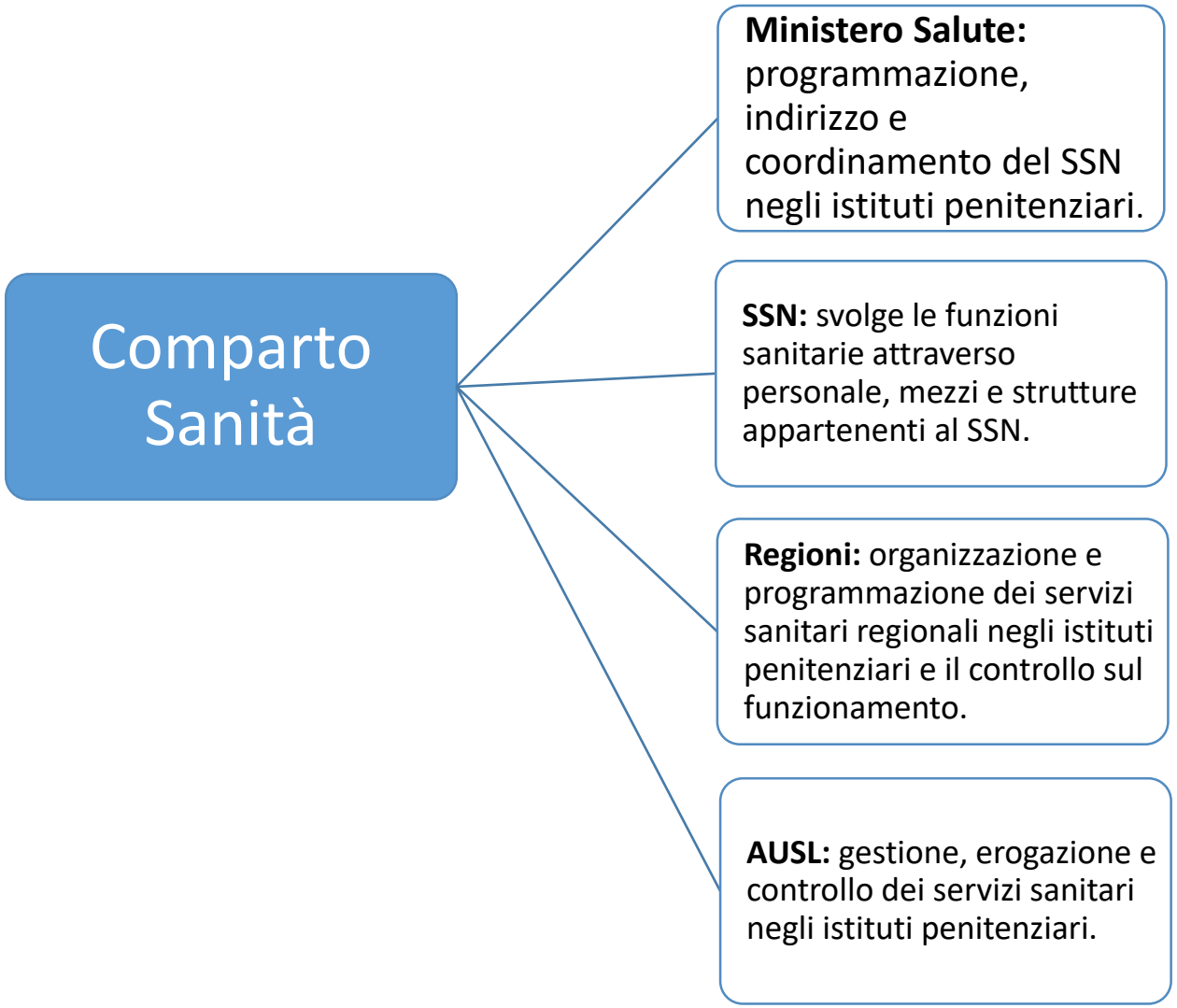
Continuità terapeutica (all'ingresso, nei trasferimenti e dopo la scarcerazione e immissione in libertà)

Integrazione tra servizi sanitari (SS penitenziario e SS regionale)

Leale collaborazione interistituzionale tra SSN e Amministrazione penitenziaria

Metodo proattivo per la prevenzione del rischio e la protezione del paziente

Competenze in materia sanitaria e …



Direttore generale AUSL

- Predispone, sentito il direttore dell'istituto penitenziario, specifici progetti di intervento nelle carceri, coinvolgendo il comune.
- Approva i modelli organizzativi e nomina i responsabili.
- Formula alla regione, sentito il direttore dell'istituto penitenziario interessato, le proposte di riordino delle strutture sanitarie interne ed esterne al carcere.
- Attua le intese con la direzione degli istituti penitenziari.
- Assicura che le risorse finanziarie assegnate dalla regione siano correttamente ed esclusivamente impiegate per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario.
- Dispone la visita dell'istituto almeno 2 volte all'anno per accertare, anche in base alle segnalazioni ricevute (dai detenuti, dal medico incaricato, dal Garante, dal magistrato di sorveglianza, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e le condizioni igieniche; riferisce ai MinSalute e Giustizia sulle visite compiute e sui provvedimenti da adottare, informando altresì i competenti uffici regionali, comunali e il magistrato di sorveglianza **[no Garanti naz.reg.loc.]**.
- Risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria negli istituti.
- Approva la Carta dei servizi per i detenuti e gli internati.

… leale collaborazione SSN e Amm.penit.

Comparto Giustizia

Ministro Giustizia: approva con il Ministro della Salute il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito sanitario (durata triennale)

Amministrazione penitenziaria: realizza con il SSN una sistematica collaborazione mediante la definizione di programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale

Provveditorato regionale: è sentito dalla Regione per dare attuazione, nell'ambito dei propri piani sanitari regionali, agli indirizzi del Piano sanitario nazionale.

È costituita una **Unità operativa di sanità penitenziaria** per il coord. aspetti sanitari delle attività degli istituti (Circ. Dap 2001)

Istituto penitenziario: concorre alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati attraverso l'attuazione del Piano sanitario nazionale, dei piani sanitari regionali e locali.

Competenze in materia di sicurezza

Ministero Giustizia: sicurezza all'interno delle strutture sanitarie ubicate negli istituti penitenziari e nell'ambito dei luoghi esterni di cura ove siano ricoverati i detenuti e gli internati.

Direttore dell'istituto penitenziario: sentito il direttore generale dall'AUSL, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso nell'istituto medesimo del personale SSN.

Dirigente sanitario dell'istituto penitenziario: membro della commissione-regolamento d'istituto (art. 16 ord.penit.)

Personale SSN: è tenuto all'osservanza dell'ord.penit., reg.penit., reg.interno dell'istituto, nonché delle direttive impartite dall'amm.penit. e dal direttore dell'istituto in materia di organizzazione e sicurezza.

Modello organizzativo locale

«Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un **sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti**, che costituiscono la **Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria**» (Accordo Conf.Unif. 2015)

Gli obiettivi di salute, generali e speciali, sono realizzati mediante specifici **modelli organizzativi del SS locale**, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli istituti penitenziari ubicati in ciascuna regione. In ogni caso, l'AUSL deve garantire **l'attività assistenziale H24 e 7/7** (Progetto obiettivo 2000)

I SSN locali presentano caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e in generale secondo le indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie della popolazione penitenziaria (cfr. art. 17, co. 4, Reg.penit.).

Elaborano il proprio modello organizzativo sulla base delle seguenti **tipologie di servizi**:

- *Servizio medico di base*
- *Servizio medico multi-professionale integrato*
- *Servizio medico multi-professionale integrato con sezione specializzata*
  - Sezioni per detenuti con malattie infettive
  - Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali
  - Sezioni per detenuti tossicodipendenti
    - I.C.A.T.T.: Istituto a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti
    - Se.A.T.T.: Sezioni attenuate per il trattamento dei tossicodipendenti
    - Unita' a custodia attenuata per il trattamento della Sindrome astinenziale:
- *Servizio medico Multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (SAI)* - (ex Centri diagnostico-terapeutici o centri clinici)
- *Ospedale HUB/SPOKE con stanze dedicate o Reparto ospedaliero per detenuti*

Buon funzionamento del SSN penitenziario → Adeguatezza delle prestazioni sanitarie

Buon funzionamento del SSN penitenziario → Adeguatezza clinica della cura

Ministero della Salute

Glossario A C D E F G H I L M N P Q R S T U V

Il glossario consultabile in questa pagina risponde all'esigenza di diffondere un linguaggio comune sul territorio nazionale a supporto delle iniziative in tema di rischio clinico, nonchè alle attività di formazione promesse dal Ministero della Salute ed all'implementazione del Protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella.

Esso costituisce un'integrazione di analoghi glossari già predisposti a livello regionale, nazionale ed internazionale, e va considerato quale strumento dinamico e, pertanto, soggetto a periodico aggiornamento.

A - B - C - D - E - F - G - H - I - J - K - L - M - N - O - P - Q - R - S - T - U - V - W - X - Y - Z

Per consentire l'aggiornamento, si mette qui a disposizione degli operatori del SSN una **scheda** (doc, 32 Kb) da compilare e inviare a **rischioclinico@sanita.it**. Si tratta di un utile strumento che consente di raccogliere i suggerimenti per effettuare una revisione periodica del glossario.

Appropriatezza	L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi

Doveri sanitari e diritto alla salute del detenuto

Offerta di prestazioni sanitarie obbligatorie del SSN penitenziario

L’assistenza sanitaria viene prestata, di regola, all’interno degli istituti dal SSN, anche avvalendosi delle tecnologie che consentono l’erogazione di servizi a distanza.

Il SSN garantisce, **in ogni istituto penitenziario** un **servizio sanitario (medico e farmaceutico)** rispondente, sotto il profilo dell’**adeguatezza**, alle particolari esigenze profilattiche e di cura dei detenuti e degli internati (art. 11, co. 2, Ord.penit.), assumendo la competenza di tutte le funzioni sanitarie, assistenza di base, specialistica, d’urgenza, per patologie croniche, monitoraggi diagnostici, predisposizione e attuazione di protocolli terapeutici per ogni detenuto o internato (Circ. D.A.P. 2 luglio 2008, n. 228026).

Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso **specifici accordi con altre aziende sanitarie**, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.).

Il SSN deve garantire in particolare

- azioni di protezione, di informazione e di educazione alla salute
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale
- assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità
- assistenza pediatrica e i servizi di puericultura.

Doveri del medico responsabile del SSPenitenziario (Conf.Unif. 2015)

Il SSN di ogni struttura penitenziari opera «sotto la responsabilità di un medico che **coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte**, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza.

Il medico responsabile **definisce i generali-bisogni assistenziali** dei detenuti e **mantiene costanti rapporti con la Direzione penitenziaria** e le sue articolazioni funzionali.

È **responsabile della gestione** dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e **dell'attività dei sanitari** che operano all'interno della struttura.

Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti atti aziendali.

Visita medica generale e colloquio psicologico per i nuovi giunti (art. 11, co. 7 Ord.penit.), nel quadro delle attività del *Servizio di accoglienza* (*ex* nuovi giunti).

- Obiettivi del Servizio di accoglienza: scelta dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto nuovo giunto; riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva; osservazione immediata, diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere; approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di immediati interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio-lungo termine degli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, formativi di cui il detenuto può usufruire

!

Visite mediche periodiche

- Visita quotidiana dei detenuti ammalati e di coloro che ne facciano richiesta, quando risulta necessaria in base a criteri di appropriatezza clinica (art. 11, co. 8 Ord.penit.).
- Controllo periodico dell'**idoneità dei soggetti ai lavori** cui sono addetti, in qualità di membro della Commissione Lavoro (art. 20 ord.penit.).

Visite mediche occasionali

- **in caso di sanzione disciplinare** della esclusione dalle attività in comune
- **in caso di uso della forza o della contenzione meccanica** (art. 39, co.2 e 3 Ord.penit.)
- **in caso di trasferimento** (art. 42 Ord.penit. e 83, co. 2 Reg.penit.)
  - con particolare riguardo alle condizioni che rendano possibile sopportare il viaggio o che non lo consentano. In quest'ultimo caso, la direzione ne informa immediatamente l'autorità che ha disposto il trasferimento.

Sorveglianza sanitaria della struttura penitenziaria secondo le disposizioni attuative del d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 «TU salute e sicurezza sul lavoro».

Obblighi di referto

Obblighi di segnalazione

- Diagnosi richiedenti particolari indagini e cura specialistiche
- Diagnosi, anche sospetta, di **malattia contagiosa.**
  - Il medico mette in atto tutti gli interventi di controllo per evitare insorgenza di casi secondari, compreso l'isolamento [in infermeria o in reparto ospedaliero]. Il direttore dell'istituto è immediatamente informato dell'isolamento e ne dà comunicazione al magistrato di sorveglianza (art. 11, co. 11).

- **Assistenza post-penitenziaria.** La persona affetta da gravi infermità fisiche o da infermità o anormalità psichiche è segnalata, per la necessaria assistenza, anche agli organi preposti alla tutela della sanità pubblica (art. 46 ord.penit.).

  I dimessi che, a causa di gravi infermità fisiche o di infermità o minorazioni psichiche, abbisognano di ricovero in luogo di cura, sono trasferiti alla più vicina appropriata istituzione ospedaliera.

  In caso di intrasportabilità, attestata dal sanitario, la dimissione può essere sospesa e l'infermo rimane nell'istituto dove, compatibilmente con le esigenze di organizzazione generali, gli sono evitate le limitazioni del regime penitenziario.

  Della sospensione è data immediata comunicazione, quando si tratta di imputato, all'autorità giudiziaria competente; quando si tratta di condannato o di internato, al magistrato di sorveglianza e, in ogni caso, al Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (art. 89 reg.penit.).

Doveri dell’Amministrazione penitenziaria

- Assicurare «il completo espletamento delle attività sanitarie senza limiti orari che ne impediscono l’effettuazione» (art. 11, co. 8 Ord.penit.).
  - Garantire la continuità terapeutica in caso di trasferimento (art. 11, co. 9 Ord.penit.).

Diritto soggettivo alla salute del detenuto

- **Diritto all'integrità psico-fisica**
- **Diritto a un luogo di detenzione adeguato allo stato di salute**
- **Diritto all'informazione** (diagnosi, prognosi, benefici, rischi, alternative, conseguenze di rifiuto/rinuncia)
- **Diritto all'autodeterminazione sanitaria**
  - Volontarietà degli interventi sanitari (consenso libero, informato, documentato), tranne i casi di ASO generali e penitenziari
  - Diritto di rifiutare ASV e TSV
  - Diritto alla scelta del luogo di cura
  - Diritto alla scelta del sanitario di fiducia

Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di DAT

«Limiti» alla garanzia della salute in carcere

- *An*
  - Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori
- *Quid*
  - Quale concezione della salute?
    - Assenza di malattia vs Benessere psico-fisico-sociale (OMS-1948, Regole penitenziarie europee)
  - Quali prestazioni sanitarie?
- *Quando*
- *Quomodo*
  - Scelta del sanitario
  - Scelta del luogo di cura
  - Scelta del livello della prestazione

Diritto alla salubrità dell’ambiente

- Edilizia penitenziaria
  - Idoneità degli ambienti a soddisfare vita individuale e socialità (art. 5 ord.penit.)
  - Igiene degli ambienti (art. 6 ord.penit.)
- Vestiario e corredo (art. 7 ord.penit.)
- Igiene personale (art. 8 ord.penit.)
- Alimentazione sana, sufficiente, adeguata a cond. salute (art. 9 ord.penit.)
- Permanenza all’aperto (art. 10 ord.penit.)
- Attività sportive e ricreative (art. 27 ord.penit.)

Diritto a un luogo di detenzione adeguato allo stato di salute

All'atto dell'ingresso il detenuto e l'internato, non appena sono state concluse le procedure amministrative di ingresso, sono sottoposti a **visita medica generale** (art. 11 ord.penit.), non oltre il giorno successivo (art. 23 Reg.esec.), e ricevono dal medico informazioni complete sul proprio stato di salute.

Nella cartella clinica il medico annota immediatamente ogni informazione relativa a segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subìto violenze o maltrattamenti e, fermo **l'obbligo di referto (art. 365 c.p.)**, ne dà **comunicazione** al direttore dell'istituto e al magistrato di sorveglianza.

L'Ufficio Matricola accerta eventuali precedenti detenzioni, richiedendo la cartella personale del detenuto (contenente anche le informazioni sanitarie) all'Istituto che ne è in possesso, e contatta i SSN territoriali che hanno avuto in carico il paziente precedentemente.

I dati sanitari sono inseriti nella *Cartella personale* (art. 13, comma 4, ord.penit.).

Gestione di soggetti fragili
(art. 23, co. 3 reg.penit.)

Senza ritardo - e comunque non oltre le 36 ore dall'ingresso - si attivano gli interventi dello **psicologo** - per la valutazione del livello di rischio auto/eterolesionistico - e di tutti quegli specialisti di cui si rende necessaria la consulenza, con particolare riguardo allo **psichiatra**, se è sospettata o individuata precocemente una patologia mentale.

Il risultato di tali accertamenti è comunicato agli operatori incaricati per gli interventi opportuni e al gruppo degli operatori dell'osservazione e trattamento.

Gli eventuali aspetti di rischio sono anche segnalati al magistrato di sorveglianza e al tribunale di sorveglianza.

Se la persona ha problemi di tossicodipendenza, è segnalata anche SerT dell'istituto.

Detenzione domiciliare
(art. 47 *ter* Ord.penit.)

Detenzione domiciliare «ordinaria»

La pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, possono essere espiate nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza, quando trattasi di: a) **donna incinta**… ; c) persona in **condizioni di salute [*fisica o meramente psichica*] particolarmente gravi**, che richiedano costanti contatti con i presìdi sanitari territoriali; d) **persona di età superiore a sessanta anni**, se **inabile** anche parzialmente; e) persona **minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute**, di studio, di lavoro e di famiglia (co. 1).

Detenzione domiciliare «in deroga»

Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 c.p. **[*solo malattia fisica*]**, il tribunale di sorveglianza, **anche se la pena supera il limite di cui al comma 1**, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata, prorogabile. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare (co. 1-*ter*).

Rinvio dell’esecuzione della pena

Rinvio obbligatorio (art. 146 c.p.)

1) se deve aver luogo nei confronti di **donna incinta**

3) se deve aver luogo nei confronti di persona affetta da **AIDS** conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell’art. 286 *bis*, co. 2, c.p.p., ovvero da altra **malattia particolarmente grave [malattia terminale]** per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano **incompatibili** con lo stato di detenzione, quando la persona si trova 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.

Rinvio facoltativo (art. 147 c.p.)

2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di **grave infermità fisica**

Competenza

La direzione dell'istituto trasmette gli atti

- in caso di condannato, al magistrato di sorveglianza e al **tribunale di sorveglianza** (art. 684 c.p.p.)
- in caso di imputato in custodia cautelare, al **giudice procedente** (art. 23 reg.penit.).

Grave infermità psichica sopravvenuta al condannato (art. 148 c.p.)

Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato una infermità psichica, il giudice, **qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena**, ordina che questa sia **differita o sospesa** e che il **condannato** sia **ricoverato in un ospedale psichiatrico giudiziario**, ovvero in una casa di cura e di custodia, oppure in un manicomio comune, se la pena inflittagli sia inferiore a tre anni di reclusione o di arresto, e non si tratti di delinquente o contravventore abituale o professionale o di delinquente per tendenza.

Grave infermità psichica sopravvenuta al condannato (art. 148 c.p.)

Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato una infermità psichica, il giudice, **qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena**, ordina che questa sia **differita o sospesa** e che il **condannato** sia **ricoverato in un ospedale psichiatrico giudiziario**, ovvero in una casa di cura e di custodia, oppure in un manicomio comune, se la pena inflittagli sia inferiore a tre anni di reclusione o di arresto, e non si tratti di delinquente o contravventore abituale o professionale o di delinquente per tendenza.

Norma tacitamente abrogata

Allo stato attuale della normativa, **non** paiono sussistere **alternative alla detenzione carceraria** per il soggetto in esecuzione di pena con residuo superiore a 4 anni affetto da patologia psichiatrica sopravvenuta.

Per questa ragione è stata sollevata dalla Corte di Cassazione (Ord. n. 101 del 2018) una **questione di costituzionalità** concernente la compatibilità dell'**art. 47-*ter* Ord.penit.** con **gli artt. 2, 3, 27, 32, 117 Cost. e art. 3 Cedu**, nella parte in cui la norma penitenziaria non prevede l'applicabilità della detenzione domiciliare anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione.

Diritto all’informazione

Diritto a essere informato

- **sul proprio stato di salute** all'atto dell'ingresso in carcere durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà
- **sui trattamenti garantiti dal SSN** (Carta dei servizi sanitari)
- **sui trattamenti proposti dal sanitario**

Diritto a informare altre persone

- Diritto ad informare: «In caso di decesso o di grave infermità fisica o psichica di un detenuto o di un internato, deve essere data tempestiva notizia ai congiunti ed alle altre persone eventualmente da lui indicate» (art. 29, comma 2, ord.penit. e art. 63 reg.penit.).

Cartella personale
(art. 13 ord.penit. e art. 26 reg.penit.)

La Cartella personale contiene, oltre ai dati giudiziari e biografici, le indicazioni generali e particolari di trattamento, nonché

- i dati sanitari inseriti in cartella clinica all’atto dell’ingresso o a seguito di successivi accertamenti
- ulteriori dati sanitari sulle condizioni psicofisiche del detenuto, emersi in sede di osservazione scientifica della personalità.

La Cartella personale del detenuto, compilata al momento dell’ingresso, segue il detenuto in caso di trasferimento in altro istituto.

Diritto all’autodeterminazione sanitaria

Detenuti e internati accedono all’**assistenza sanitaria su base volontaria**, salvo i casi di visite e cure obbligatorie (leg.penit. e Tso).

Detenuti e internati **conservano l'iscrizione al SSN** per tutte le forme di assistenza e sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie generiche e specialistiche e per farmaci (**esenzione ticket**).

Gli stranieri sono iscritti al SSN, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari, e godono di piena uguaglianza di diritti a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

Hanno diritto alla erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, **efficaci, tempestive ed appropriate**, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza **(LEA)** individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali (art. 1 d.lgs. 230 del 1999).

Ai detenuti e agli internati che al momento dell'ingresso in istituto abbiano in corso un **programma terapeutico ai fini di cui alla legge 14 aprile 1982, n. 164 [transizione sessuale]**, sono assicurati la prosecuzione del programma e il necessario supporto psicologico (con spese a carico del SSN).

Assistenza sanitaria di sofferenti psichici
(artt. 17 e 20 Reg.penit.)

«Il presente articolo, nonché gli articoli 17, 18 e 19 si applicano fino alla completa attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230».

La norma transitoria, rimasta inattuata anche dopo d.lgs 123/2018, rappresenta una delle più gravi criticità della Sanità penitenziaria.

Assistenza psichiatrica e di salute mentale

L’assistenza psichiatrica è assicurata a mezzo dell'opera di specialisti in psichiatria di ruolo, o in mancanza di personale esperto incaricato dalla direzione dell’istituto *ex* art. 80, comma 4 Ord.penit.

Nei confronti dei detenuti e degli internati infermi o seminfermi di mente **devono** essere attuati interventi che favoriscano la loro **partecipazione a tutte le attività trattamentali** e in particolare a quelle che consentano, in quanto possibile, di mantenere, migliorare o ristabilire le loro **relazioni con la famiglia e l'ambiente sociale**, agevolando o, ove possibile, garantendo

- la concessione di permessi di colloqui, anche fuori dei limiti stabiliti dall’art. 37
- l’autorizzazione alla corrispondenza telefonica anche attraverso lo svolgimento di colloqui
- l’accesso al lavoro o, in caso di impossibilità, di attività ergoterapiche
- la partecipazione a organi rappresentanza

Art. 3 «Minori e incapaci» - legge n. 219/2017

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità **per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà**. 2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità.

3. Il consenso informato della persona **interdetta** ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità.

4. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona **inabilitata**. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato **anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo**, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

5. Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

Amministratore di sostegno del detenuto

- «La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova **nella impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi**, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio» (art. 404 c.c.).
- «Il decreto di nomina dell'amministratore di sostegno deve contenere l'indicazione: 1) delle generalità della persona beneficiaria e dell'amministratore di sostegno; 2) della durata dell'incarico, che può essere anche a tempo indeterminato; 3) dell'**oggetto dell'incarico** e degli **atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere** in nome e per conto del beneficiario; 4) degli atti che il beneficiario può compiere solo con l'assistenza dell'amministratore di sostegno; 5) dei limiti, anche periodici, delle spese che l'amministratore di sostegno può sostenere con utilizzo delle somme di cui il beneficiario ha o può avere la disponibilità; 6) della periodicità con cui l'amministratore di sostegno deve riferire al giudice circa l'attività svolta e le condizioni di vita personale e sociale del beneficiario» (art. 405, co. 5, c.c.).

- La domanda può essere presentata dallo stesso beneficiario (anche se minore, interdetto o inabilitato), dal coniuge (o dalla persona stabilmente convivente), dai parenti entro il 4° grado, dagli affini entro il 2° grado, dal tutore o curatore e dal Pubblico Ministero.
  I responsabili dei servizi socio-sanitari, che abbiano conoscenza di fatti tali da rendere necessario il procedimento di amministrazione di sostegno, sono tenuti a presentare autonomamente la richiesta (art. 406 c.c.).
- L'assistenza di un difensore e' facoltativa.

Diritto alla scelta del luogo di cura
(art. 11 e 23 reg.penit.)

L'assistenza sanitaria viene prestata, di regola, all'interno dell’istituto penitenziario.

I contatti e gli interventi degli operatori penitenziari, degli assistenti volontari, dei rappresentanti della comunità esterna autorizzati, nonché quelli **degli operatori sociali e sanitari** delle strutture e dei servizi assistenziali territoriali intesi alla prosecuzione dei programmi terapeutici o di trattamento educativo-sociale, istituzionalmente svolti con gli imputati, i condannati e gli internati, **non si considerano colloqui** e ad essi non si applicano pertanto le disposizioni del Regolamento.

Articolazioni per la tutela della salute mentale (art. 111 Reg.penit.)

5. Gli imputati e i condannati, ai **quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica** che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza o l'ordine di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia, sono assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici.

7. I **soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente** per l'esecuzione della pena possono essere assegnati agli istituti o sezioni per soggetti affetti da infermità o minorazioni psichiche quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Gli stessi, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi.

Trasferimento presso un luogo di cura esterno

Quando necessario, in relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione, non erogabile dal servizio sanitario dell’istituto, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura.

Tre ipotesi:

- tutela della salute
- osservazione della personalità
- Accertamento di infermità psichica

Trasferimento presso strutture sanitarie esterne per tutela della salute del detenuto (art. 11, co. 4 Ord.penit.)

Ove siano necessarie cure o accertamenti sanitari (es. visite ambulatoriali, analisi cliniche, ricovero) che non possono essere apprestati dai servizi sanitari presso gli istituti, detenuti e internati sono trasferiti in strutture sanitarie esterne di diagnosi o di cura.

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la **cura degli stati acuti di malattia**. In ogni caso, le ragioni di sicurezza evidenziano l'esigenza di limitare il ricovero esterno ai soli casi necessari… In ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti (punto 5. Progetto Obiettivo 2000).

Autorizzazione e Giudice competente

La distribuzione della competenza segue il criterio della **posizione giuridica del destinatario**.

Il trasferimento deve essere motivato e **coordinato dal SSN** ed è **disposto con ordinanza dell'Ago.**

Posizione giuridica del destinatario	Autorità competente
Indagato in custodia cautelare	Gip
Arrestato in caso di giud.dir.mo fino alla presentazione dell'imp. in udienza per convalida	Pm
Imputato in custodia cautelare	Giudice che procede (il Pres. di giud.colleg.)
Imputato ricorrente	Giudice che ha emesso il prov. impugnato
Condannati e internati	Magistrato di sorveglianza
In tutti i casi di urgenza	Direttore dell'Istituto (comunicazione Ago, per ratifica, e a Dap e Prov.region.) *ex* art. 17, co. 8 Reg.penit.

Unità operative di «medicina protetta»

Negli ospedali generali di capoluogo di provincia sono riservati reparti, denominati **Unità Operative di Medicina Protetta,** destinati, in via prioritaria, al ricovero in luogo esterno di cura, per i quali sia stato disposto il piantonamento. Nei capoluoghi con più ospedali generali, tali reparti sono istituiti in quello dove vi è una divisione di malattie infettive (l. 296/1993).

La responsabilità sulla sicurezza nelle Uomp è affidata all'Amm.penit.

Il servizio di piantonamento è demandato, in forza della l. 395/1990, al personale del Corso di Polizia penitenziaria.

Piantonamento «obbligatorio»

!

«Quando non vi sia **pericolo di fuga**, i detenuti e gli internati trasferiti in strutture sanitarie esterne di diagnosi e di cura *possono non essere sottoposti a piantonamento* durante la degenza, salvo che sia necessario per la tutela della **incolumità personale loro** o **altrui**».

Il detenuto o l'internato che si allontana dal luogo di diagnosi o di cura senza giustificato motivo è punibile a norma del primo comma dell'articolo 385 del codice penale.

Modifica e revoca del provvedimento

Il provvedimento può essere

«**modificato** per sopravvenute ragioni di sicurezza»

«**revocato** appena vengono meno le ragioni che lo hanno determinato».

Trasferimento presso altro istituto penitenziario per l'osservazione della personalità (art. 28 reg.penit.)

L'osservazione scientifica della personalità è espletata, di regola, presso gli stessi istituti dove si eseguono le pene e le misure di sicurezza, sotto la responsabilità e con il coordinamento del direttore dell'istituto.

Quando si ravvisa la necessità di procedere a **particolari approfondimenti**, i soggetti da osservare sono assegnati, su motivata proposta della direzione, ai **centri di osservazione**, costituiti come istituti autonomi o come sezioni **di altri istituti**. (art. 63 ord.penit.).

Accertamento delle infermità psichiche (art. 112 reg.penit.)

Quando occorra accertare le condizioni psichiche di imputati, condannati e internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli art. 148, 206, 212, co. 2 c.p., dagli arti. 70, 71 e 72 c.p.p. e dall'art. 111, co 4 del presente regolamento, l'esame clinico è espletato

- nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova
- in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico [ipotesi tutt'altro che infrequente], in altro istituto della medesima categoria [*Reparti di osservazione psichiatrica*, istituiti dalla Circ. Dap 230733/2006]
- «per particolari motivi» ~~presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o~~ in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile

Durata: max 30 giorni

Competenza: per imputati, giudice procedente; condannati e internati, magistrato di sorveglianza

Segnalazione: direzione dell'istituto o imputato/detenuto/internato

Diritto alla scelta del sanitario di fiducia
(art. 11, co.12 ord.penit.)

I detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia.

Possono, altresì, essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici all'interno degli istituti, previ accordi con l'azienda sanitaria competente e nel rispetto delle indicazioni organizzative fornite dalla stessa [es. uso spazi e strumentazioni].

L'autorizzazione per gli imputati è data dal giudice che procede, e per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, per i condannati e gli internati è data dal direttore dell'istituto.

Per i detenuti sottoposti al regime dell’art. 41-*bis* Ord.penit., la disposizione si applica conf. Circoalre Dap del 2.10.2017, n. 3676/6126.

Strumenti di tutela del diritto alla salute del detenuto

Strumenti di tutela del diritto alla salute del detenuto

- **Trasferimento per ragioni di salute** (art. 42 Ord.penit.)
- **Detenzione domiciliare** (art. 47-*ter* Ord.penit.)
- **Rinvio dell'esecuzione della pena** (art. 146 e 147 c.p.)
- **Reclamo amministrativo** (art. 35 Ord.penit.)
- **Reclamo giurisdizionale**
  - **preventivo** (art. 35-*bis* Ord.penit.)
  - **compensativo** (art. 35-*ter* Ord.penit.)
- **Azioni giudiziarie «comuni» in ambito civilistico, amministrativo, penale** *ex* legge 8 marzo 2017, n. 24 **(c.d. Gelli-Bianco)** in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie
- **Ricorso individuale alla Corte Edu per violazione dell'art. 3 CEDU** (art. 34 CEDU)

Diritto di reclamo (art. 35 Ord.penit.)

I detenuti e gli internati possono rivolgere istanze o reclami orali o scritti, anche in busta chiusa:

1) al direttore dell'istituto, al provveditore regionale, al capo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e al Ministro della giustizia;

2) alle autorità giudiziarie e sanitarie in visita all'istituto;

3) al garante nazionale e ai garanti regionali o locali dei diritti dei detenuti;

4) al presidente della giunta regionale;

5) al magistrato di sorveglianza;

6) al Capo dello Stato.

Reclamo giurisdizionale preventivo
(art. 35-*bis* Ord.penit.)

Il detenuto e l’internato hanno diritto di presentare reclamo per l’inosservanza da parte dell’amministrazione penitenziaria di disposizioni dell’Ord. e Reg.penit., dalla quale derivi un **attuale e grave pregiudizio all’esercizio dei diritti** (art. 69, co. 6 lett. *b* c.p.p.).

In caso di accoglimento, il magistrato di sorveglianza ordina all'amministrazione di porre rimedio entro il termine indicato dal giudice.

Il procedimento si svolge ai sensi degli art. 666 e 678 c.p.p.

Avverso la decisione del magistrato di sorveglianza è ammesso reclamo al tribunale di sorveglianza nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa. La decisione del tribunale di sorveglianza è ricorribile per cassazione per violazione di legge nel termine di quindici giorni dalla notificazione o comunicazione dell'avviso di deposito della decisione stessa.

Reclamo giurisdizionale compensativo
(art. 35-*ter* Ord.penit.)

1. Quando **il pregiudizio grave e attuale all'esercizio dei diritti**, consiste, **per un periodo di tempo non inferiore ai quindici giorni, in condizioni di detenzione tali da violare l'art. 3 CEDU**, su istanza presentata dal detenuto, personalmente ovvero tramite difensore munito di procura speciale, il magistrato di sorveglianza dispone, **a titolo di risarcimento del danno, una riduzione della pena detentiva** ancora da espiare pari, nella durata, a un giorno per ogni dieci durante il quale il richiedente ha subito il pregiudizio.

2. Quando il periodo di pena ancora da espiare è tale da non consentire la detrazione dell'intera misura percentuale di cui al comma 1, il magistrato di sorveglianza liquida altresì al richiedente, in relazione al residuo periodo e a titolo di risarcimento del danno, **una somma di denaro pari a euro 8,00 per ciascuna giornata** nella quale questi ha subito il pregiudizio. Il magistrato di sorveglianza provvede allo stesso modo nel caso in cui il periodo di detenzione espiato in condizioni non conformi ai criteri di cui all'art. 3 CEDU sia stato inferiore ai quindici giorni.

Ricorso individuale alla Corte Edu per violazione dell’art. 3 CEDU (art. 34 CEDU)

La Corte sancisce esplicitamente il diritto del detenuto a delle condizioni di detenzione rispettose della dignità umana.

Tale diritto implica che le modalità di esecuzione della pena detentiva non debbano sottoporre la persona a disagi o prove la cui intensità superi l’inevitabile livello di sofferenza inerente alla detenzione ed impone che, tenuto conto delle esigenze pratiche della carcerazione, **la salute ed il benessere del detenuto siano assicurati in modo adeguato**, in particolare tramite la somministrazione di cure mediche necessitate.

Tutela convenzionale della salute del detenuto

Principi generali giurisprudenza Cedu:

- **è dovere dello Stato garantire la salute in carcere**
- il dovere di cura si declina in **3 «obblighi sostanziali positivi»** (*Xiros c. Grecia* del 9 settembre 2010)
  - verificare la compatibilità dello stato di salute del detenuto con la detenzione
  - somministrare cure necessarie
  - monitorare lo stato di salute
  - adeguare, ove necessario, le condizioni della detenzione
- **lo Stato deve garantire prestazioni di livello «adeguato»**
  - lo standard di adeguatezza delle cure non è quello "delle migliori cliniche civili", bensì quello "della compatibilità con la dignità umana"; deve trattarsi di un livello **paragonabile**, in media, a quello fornito dal servizio sanitario pubblico a tutta la popolazione, tenendosi in ogni caso conto delle «esigenze pratiche della detenzione», valutate caso per caso (Kozhoar c. Russia, 2010).
  - Irrilevante è che ritardi o omissioni siano dipesi dal SSN e non dall'Amm.penit.
  - Sullo Stato grava l'onere della prova dell'adeguatezza dell'assistenza sanitaria.

Violazione dell’art. 3 CEDU sotto il profilo dell’inadeguatezza clinica della cura:

a) **insufficienza o precarietà delle basilari condizioni igieniche**
b) **mancanza o inadeguatezza della diagnosi o del trattamento** (Kudla c. Polonia, 2000), in particolare quando sono causa del peggioramento del quadro clinico.
    a) errore diagnostico per rifiuto visita specialistica (Tselovalnik c. Russia, 2105)
    b) grave ritardo (Kushch c. Ucraina, 2015)
    c) mancata erogazione di terapia prescritte (Mekras c. Grecia, 2016)
c) **incompatibilità della condizione detentiva** con lo stato di salute, fisica o psichica, della persona (*Scoppola c. Italia,* 2008 e 2013; *Enea c. Italia,* 2009, *Contrada c. Italia,* 2013; Provenzano c. Italia, 2018)
    a) sussistenza di uno stato di salute del soggetto fortemente deficitario e compromesso da gravi patologie
    b) la produzione di documentazione medico-sanitaria del quadro clinico del detenuto
    c) assenza di motivi ostativi alla concessione di misure alternative alla detenzione in carcere (es. la pericolosità sociale del soggetto).

La Corte richiede il superamento di una soglia minima di gravità, individuata caso per caso in relazione a numerosi fattori (es. durata del trattamento, età, sesso, stato di salute e le ricadute dello stesso sul fisico e sulla mente del detenuto), di livello notevolmente elevato (es. in termini di drammaticità della situazione, serietà della patologia, durata del pregiudizio).

La prova del raggiungimento della soglia minima di gravità deve essere fondata su elementi precisi, concordanti e sufficientemente gravi, atti a dimostrare che sia stato travalicato il limite di una punizione ovvero di una misura legittima.

Grazie

Giandomenico Dodaro
Ricercatore di Diritto penale
Università degli studi di Milano-Bicocca
giandomenico.dodaro@unimib.it