

SALUTE E CARCERE:

MAGISTRATURA, SANITA' E AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA A CONFRONTO

VENEZIA 30 SETTEMBRE 2013

*Funzioni, compiti, interrelazioni dei soggetti con la Magistratura di Sorveglianza
sugli aspetti di salute: nodi critici*

Desidero anzitutto ringraziare tutti coloro che hanno sentito il bisogno di partecipare a questo seminario: a causa della limitata capienza della sala si sono dovute addirittura eliminare le adesioni tardive, in quanto non ci si aspettava una così vasta risposta al tema proposto.

Segno - questo - che l'incontro di oggi risponde ad una esigenza reale e come tale vastamente avvertita.

Un ringraziamento particolare desidero rivolgere alla Regione Veneto, nelle persone del dr. Rampazzo e della dr.ssa Bassetti, che si sono spesi per l'organizzazione dal punto di vista non solo pratico ma anche teorico.

Anche il Provveditorato Regionale, nella persona del dr. Buffa e della dr.ssa Venezia, ha fatto la sua parte e anche a loro non posso che estendere i miei ringraziamenti.

Desidero da ultimo ringraziare per la disponibilità manifestata anche gli altri interventori della mattinata, sottolineando in particolare la generosità del prof. Rodriguez, che siamo riusciti a strappare ai suoi impegni accademici.

Come si capisce dallo schema dei lavori, è evidente che non si tratta di un convegno scientifico avente ad oggetto la trattazione del tema dei rapporti tra la salute e la detenzione: tema che sarebbe per l'appunto inutile trattare sia perché i convegnisti sono tutti esperti del settore, sia perché qualsiasi motore di ricerca mette sulla rete a disposizione di ogni interessato un'imponente letteratura scientifica e giuridica che lo tratta.

Se oggi siamo qui è per confrontare le nostre idee, per chiarircele se necessario, per imparare quello che non sappiamo e per tentare di disimparare quello che sappiamo di sbagliato: tutto questo allo scopo di "fare rete", evitando ogni atteggiamento di autoreferenzialità.

Molti di noi, che si conoscono solo dalle carte e che si possono oggi vedere in faccia, avranno così l'occasione di ragionare insieme: questo è l'esatto senso dei due gruppi di studio organizzati per il pomeriggio.

Mi auguro che la restituzione finale prevista per le 16.00 possa consentire ad ognuno di noi di tornare a casa con meno dubbi di quelli che ha portato con sé all'inizio di questa giornata, o quanto meno porti a casa strumenti di conoscenza aggiuntivi, tali da consentirgli di affrontare più consapevolmente per il futuro il tema scottante che oggi ci ha fatto incontrare.

Come avrete modo di constatare sono oggi presenti cinque degli otto magistrati di sorveglianza che operano nella nostra regione: si tratta di un evento raro, che però sta a dimostrare la centralità della questione sanitaria nell'ambito del loro difficile lavoro.

La sanità penitenziaria è un momento di massima importanza: non tanto e non solo perché la sua qualità rappresenta un metro di giudizio con cui è pesato il livello di civiltà dello Stato, della Regione, dell'azienda sanitaria, del personale penitenziario (anche di quello che non c'entra niente) e perfino dei magistrati di sorveglianza (che talvolta vengono accusati di far morire in carcere la gente), ma anche e soprattutto perché essa, anche se non si direbbe, partecipa al processo rieducativo che deve indefettibilmente connotare l'esecuzione della pena detentiva.

La sanità penitenziaria si innesta nel processo rieducativo perché rappresenta un momento in cui l'operatore, ne sia o no conscio, trasmette al detenuto, al paziente o per meglio dire all'assistito, un preciso messaggio, quantunque silenzioso.

Il messaggio dovrebbe essere questo: distinguo te e la tua persona dal reato che hai commesso.

Ti tratto da uomo non solo perché lo sei, ma anche nella speranza che tu recuperi quel tanto di umanità che hai perduto commettendo il reato, spesso grave, che ti ha condotto in carcere.

Un approccio di questo tipo, restituendo all'uomo delinquente la dignità che gli compete in quanto uomo e trattandolo esattamente come una persona umana, oltre a rispondere esattamente al mandato deontologico del medico, è facile veicolo del potente messaggio che sta alla base di ogni sforzo volto ad ingenerare un positivo stimolo di cambiamento nella persona che ha sbagliato.

Questo non toglie che esistano peculiari difficoltà nel garantire l'assistenza sanitaria a chi è in carcere, e noi oggi siamo qui per fare in modo di ridurre il più possibile le reciproche difficoltà di comprensione, di linguaggio, di condivisione di idee e di concetti.

Siamo consapevoli che il mestiere del medico penitenziario è molto più difficile rispetto a quello del medico che presta la sua opera nei confronti di una persona libera.

Per il detenuto il medico penitenziario, anche se dipende dal Servizio Sanitario Nazionale, è identificato col sistema carcerario, che è imposto con la forza: per questo è importante che il sanitario divenga uno "specialista in umanità" al fine di adattare le sue competenze mediche alle esigenze del detenuto, che non lo ha liberamente scelto.

Oggi, d'altronde, la medicina è conscia dell'importanza che i rapporti interpersonali e la costruzione della fiducia personale hanno anche per il trattamento sintomatico delle malattie: eliminare nella persona detenuta ogni forma di ansia patogena è indispensabile per approfondire le diagnosi e per impostare e portare a termine una terapia corretta e completa.

C'è poi la necessità di distinguere le situazioni in cui le patologie sono simulate, ovvero artatamente esagerate o ingigantite, da quelle realmente sussistenti.

Sotto questo profilo c'è una straordinaria analogia tra la difficoltà del medico che lavora in carcere e quella che trova il magistrato di sorveglianza quando deve giudicare se l'atteggiamento del condannato che si è fatto umile, paziente, collaborativo, e che piange sulle sue colpe, è solo strumentale allo scopo di ottenere quei benefici penitenziari che in realtà non si meriterebbe.

È poi difficile mantenere una situazione di assoluta imparzialità: nella mia esperienza ho visto talora trattare con sufficienza e meno impegno i soggetti nei cui confronti il cammino penitenziario è stato costellato da irregolarità o da revoca di benefici, con conseguente giudizio di simulazione che talora ha avuto risvolti tragici.

Né vanno trascurati i casi in cui il condannato, proprio perché sa che il sanitario è attento ad individuare situazioni di malattie simulate o con esagerazione dei sintomi, riduce, diminuisce la sua comunicazione con il sanitario, così mettendolo in qualche modo fuori pista.

Ricordo da ultimo i particolari problemi rappresentati dalla presenza dei detenuti stranieri, rispetto ai quali invito a leggere la Raccomandazione CM/Rec (2012)12 del 10 ottobre 2012 adottata dal Comitato dei Ministri dell'Unione Europea (si vedano i punti da 31.1 a 31.9).

Ma veniamo al punto e vediamo quali sono i criteri giuridici che i magistrati sono tenuti ad adottare ai fini della loro decisione circa la concedibilità dei benefici di cui stiamo parlando (differimento della pena, obbligatorio o facoltativo, detenzione domiciliare per motivi di salute, detenzione domiciliare cd. "in surroga", in luogo cioè del differimento obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione).

Premetto che alcune delle norme che siamo costretti ad applicare sono scritte nel codice penale del 1931, quando ancora non si sapeva cosa fosse il DNA, e quando ancora la rigida distinzione tra salute fisica e salute mentale non poteva conoscere la definizione di salute che oggi proviene dall'O.M.S. quale "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia".

IL RINVIO OBBLIGATORIO DELL'ESECUZIONE

Il n. 3) del 1° comma dell'art. 146 c.p. prevede **un solo caso di differimento obbligatorio** dell'esecuzione: ricorrendo le condizioni previste da questa norma, il magistrato e il tribunale di sorveglianza non hanno alcuna facoltà di apprezzamento discrezionale, e sono obbligati a scarcerare, o a non incarcerare, il condannato, senza poter cioè valutare se si tratti di un soggetto ancora pericoloso o no.

Nei casi di rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena non viene mai in considerazione, ripeto, la pericolosità sociale del detenuto come requisito negativo per l'applicazione della disciplina di favore, tutelando quest'ultima beni non comprimibili in assoluto per disposto costituzionale, come il diritto alla salute, il diritto alla vita e il divieto di trattamenti detentivi contrari al senso di umanità (v, da ultimo, Cass. pen., sez. I, n. 42276 del 27.10.2010, Rv. 249019).

Per quanto riguarda la definizione di **pena o di trattamento inumano o degradante**, essa manca: ci si può rifare però alle decisioni della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo.

L'ultima sentenza che se ne occupa è quello del 29 gennaio 2013, che ha riguardato proprio un detenuto italiano, il sig. Tommaso Prestieri.

In questa sentenza la Corte ha ricordato che, affinché una pena o un trattamento possano essere definiti inumani o degradanti, la sofferenza o l'umiliazione inflitte al detenuto devono andare oltre quelle che inevitabilmente conseguono alla carcerazione. L'art. 3 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo impone allo Stato l'obbligo positivo di assicurarsi che tutte le persone ristrette siano detenute in condizioni compatibili con il rispetto della dignità umana, che le modalità di esecuzione della pena non sottopongano l'interessato ad uno stress o ad una prova la cui intensità superi il livello inevitabile di sofferenza inerente alla detenzione e che, considerate le esigenze pratiche della carcerazione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati in maniera adeguata, in particolare mediante la somministrazione delle cure mediche richieste. Le cure dispensate in ambiente carcerario devono essere adeguate. Tuttavia, ciò non implica che sia garantito ad ogni detenuto lo stesso livello di cure mediche garantito dai migliori istituti di cura esterni all'ambiente carcerario; peraltro, la mancanza di cure mediche adeguate e più in generale la detenzione di una persona malata in condizioni inadeguate può in linea di principio costituire un trattamento contrario all'art. 3 della Convenzione. Oltre alla salute del detenuto, è il suo **benessere** a dover essere garantito in maniera adeguata. La diligenza e la frequenza delle cure mediche che vengono dispensate all'interessato sono due elementi da prendere in considerazione per valutare la compatibilità del suo trattamento con le esigenze dell'art. 3. Un peggioramento della salute del detenuto non riveste di per sé un ruolo determinante per quanto riguarda il rispetto dell'art. 3 della Convenzione, in quanto la Corte deve esaminare di volta in volta se tale aggravamento sia imputabile a lacune nelle cure mediche dispensate, oppure no. In altro caso di specie, che ha riguardato la Lettonia, la Corte ha concluso per l'esistenza di un trattamento degradante a causa del mantenimento in stato detentivo di una persona molto anziana, paraplegica e affetta da molte malattie incurabili, considerata la totale mancanza di autonomia e dell'assistenza non adeguata dispensate in carcere.

Ci sono però *due limitazioni* poste dalla legge all'apparente rigidità di questa regola.

Il primo temperamento è intrinseco, ed è costituito dalla definizione stessa di malattia che dà titolo al differimento obbligatorio della pena.

Sentite cosa dice la legge: la malattia deve avere le seguenti caratteristiche: 1) essere **particolarmente grave** (questo requisito non è richiesto per l'AIDS conclamata e per la grave deficienza immunitaria, in quanto la legge presume che tali patologie siano in sé e per sé particolarmente gravi); 2) risultare **incompatibile** con lo stato di detenzione (questo requisito non è richiesto per l'AIDS conclamata e per la grave deficienza immunitaria, in quanto la legge presume che tali patologie siano in sé e per sé incompatibili con lo stato di detenzione); 3) la malattia (ivi

inclusa l'AIDS e la grave deficienza immunitaria accertate ai sensi di legge) **deve trovarsi in una fase così avanzata da non rispondere più**, secondo le certificazioni del servizio sanitario, **ai trattamenti disponibili e alle terapie curative** (Cass. pen., sez. I, n. 41580 del 1.10.2009, Rv. 245054, Cass. pen., sez. I, n. 33967 del 17.6.2004, Rv. 228715).

Parlo di temperamento perché è come se la legge presumesse, almeno in linea generale (e con le debite eccezioni in fatto, s'intende), che un soggetto che sia affetto da una malattia che riunisca in sé le tre caratteristiche di cui ho parlato (particolare gravità, incompatibilità con lo stato di detenzione, fase così avanzata da non rispondere più alle cure) si trovi in concreto incapaciato sotto il profilo delinquenziale.

Il secondo temperamento è costituito dalla facoltà, data ai magistrati di sorveglianza, di applicare, nei casi in cui sarebbe obbligatorio concedere il differimento dell'esecuzione, la misura della detenzione domiciliare: questo è previsto dal comma 1 *ter* dell'art. 47 *ter* dell'ordinamento penitenziario.

Tale facoltà, prima riservata al solo tribunale di sorveglianza, è stata di recente estesa anche al magistrato di sorveglianza, che può decidere in questo modo in via urgente e provvisoria ed in attesa che si celebri l'udienza avanti il tribunale di sorveglianza (v. decreto legge 1.7.2013, n. 78, convertito, con modificazioni, in legge 9.8.2013, n. 94).

Osservo per completezza che la malattia di cui sto parlando può riguardare anche l'imputato che si trovi in stato di custodia cautelare in carcere: in queste ipotesi, le regole che si devono applicare sono totalmente diverse (v. art. 275 c.p.p.: se la malattia determina incompatibilità e non consente adeguate cure in carcere la custodia non può essere mantenuta, salvo che esistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, nella qual ipotesi sono applicabili agli arresti domiciliari, salvo che per taluni tipi di reato: in ogni caso la custodia cautelare deve essere revocata in caso di malattia così avanzata da non rispondere più alle cure).

Qualche osservazione pratica, sulla quale invito a riflettere soprattutto i partecipanti al **secondo gruppo di studio**.

Il giudizio di incompatibilità è quasi sempre astratto, e non si riferisce alle condizioni del caso concreto: le condizioni di salute di Tizio sono incompatibili con la Casa di Reclusione di Padova, con la particolare sezione di appartenenza, con l'infermeria, o con ogni istituto penitenziario in genere ?

Il giudizio di incompatibilità dovrebbe, come tutti i giudizi, essere frutto del sillogismo aristotelico: premessa maggiore, premessa minore e conseguenza.

Una volta spiegate e descritte le patologie dalle quali l'interessato è affetto, il giudizio di incompatibilità richiede dunque un *quid pluris* in punto di motivazione: serve cioè che ci si spieghi perché quelle patologie, pur gravi, sono tali da giustificare il giudizio di non perseguibilità della pena in carcere sulla base dei criteri che ho sopra indicato.

E, per fare questo, occorre essere a conoscenza dei criteri normativi che ho appena esposto: altrimenti parliamo lingue diverse e non ci capiamo più .

Per fare questo si deve rispondere, prima di emettere il giudizio di incompatibilità, a numerose altre domande.

E' possibile prestare le cure in luogo esterno, cioè in ospedale ai sensi dell'art. 11 o.p. ?

È possibile chiedere ed ottenere l'avvio del condannato presso un Centro diagnostico- terapeutico ? Cosa si fa nei CDT ?

Dove sono i CDT ? Come sono organizzati e da chi sono diretti? Quali sono le patologie che possono essere adeguatamente fronteggiate in questi Centri ? Posso mettermi in contatto con i miei colleghi che si vedranno arrivare il mio detenuto-paziente ? Esistono CDT anche per le donne ? Mi sto preoccupando di formare un file per ciascun detenuto in modo tale che esso venga inserito nel fascicolo sanitario elettronico previsto dall'art. 17 del decreto-legge 21 giugno 2013, n. 69, recante disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia, convertito con modificazioni in legge 9 agosto 2013, n. 98 ? Se mi do da fare per chiedere l'assegnazione ad un CDT, posso sapere in anticipo se

c'è un posto disponibile, quanto tempo serve per averlo, e se l'Amministrazione dispone dei mezzi adatti per il trasferimento del detenuto ?

L'esperienza mi insegna invece che accanto a relazioni sanitarie che riempiono due-tre facciate e che sono piene di spiegazioni, riportando l'esito di esami ed accertamenti, ci sono anche relazioni sanitarie della durata di tre (dico tre) righe, che informano laconicamente il magistrato di sorveglianza che il condannato non può stare in carcere: credo non si possano davvero cancellare così, con due righe, le fatiche e i costi dei processi che sono esitati nell'irrogazione di una pena detentiva.

Altro aspetto critico è a volte rappresentato dalla presenza di consulenze tecniche di parte che vengono inviate al sanitario dell'istituto, il quale però esprime il suo parere ignorando del tutto, cioè omettendo di considerare, le diverse indicazioni e conclusioni del collega, così costringendo la magistratura di sorveglianza ad addentrarsi in una materia a lei in larga parte ignota, con la conseguenza di doversi poi rivolgere a dei periti esterni a causa della definitiva caduta del mito secondo cui il giudice sarebbe *peritus peritorum*.

IL RINVIO FACOLTATIVO DELL'ESECUZIONE

È disciplinato dall'art. 147, 1° comma, n. 2) c.p., secondo cui esso ha luogo quando *“una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizione di grave infermità fisica”*.

In questa ipotesi la magistratura di sorveglianza può esercitare discrezionalmente il proprio potere di concedere o no il rinvio dell'esecuzione, ma questa discrezionalità non è senza limiti: essa va esercitata al di sotto della soglia costituita dall'esistenza di un profilo di **pericolosità sociale**.

Sussistendo questo profilo, la discrezionalità viene meno: l'ultimo comma dell'art. 147 c.p. impedisce infatti l'adozione di questo provvedimento, ovvero ne impone la revoca *“...se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti”*.

La Cassazione ha più volte affermato, con giurisprudenza pressoché costante, che a differenza della detenzione domiciliare e delle altre misure alternative alla detenzione, che hanno come finalità la rieducazione ed il reinserimento sociale del condannato, il rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica mira a evitare che l'esecuzione della pena avvenga in contrasto con il diritto alla salute ed il senso di umanità, costituzionalmente garantiti, supponendo che la malattia da cui è affetto il condannato sia grave, cioè tale da porre in pericolo la vita o da provocare altre rilevanti conseguenze dannose e, comunque, da esigere cure e trattamenti tali da non poter essere praticati in regime di detenzione intramuraria, neppure mediante ricovero in ospedali civili o in altri luoghi esterni di cura ai sensi dell'art. 11 o.p. (v., da ultimo, Cass. pen., sez. I, n. 10761 del 7.2.2013, Cass. pen., sez. I, n. 5732 del 8.1.2013, Rv. 254509).

Per riassumere: se sussiste il concreto pericolo di recidiva, nemmeno la magistratura di sorveglianza è legittimata alla concessione del beneficio (resta comunque ovvio che la valutazione relativa alla sussistenza di tale concreto pericolo è a sua volta frutto di un apprezzamento discrezionale della magistratura).

In assenza del concreto pericolo di recidiva nel delitto, la magistratura di sorveglianza può concedere, ma può anche negare, il differimento dell'esecuzione della pena, che non a caso in questa ipotesi viene definito “facoltativo” dalla legge.

Anche in questo caso, come in quello sopra visto del differimento obbligatorio, è concedibile il beneficio della detenzione domiciliare cd. “in surrogata”, cioè in sostituzione del differimento.

Devo sottolineare a questo proposito come nella pratica nelle relazioni che il carcere ci invia si ricorre al termine “incompatibilità” anche quando il Sanitario dovrebbe rifarsi al solo criterio normativo previsto per il differimento facoltativo dell'esecuzione, che per l'appunto afferisce alla nozione di “**grave infermità fisica**”: nozione sulla quale sono chiamati a confrontarsi oggi pomeriggio i componenti del **primo gruppo di studio**.

Sottolineo ancora, come possibile momento di confronto, che il giudizio di incompatibilità espresso dal sanitario non ha mai un confine temporale: quasi mai si parla di una incompatibilità limitata ad un certo periodo di tempo, come avviene ad esempio nel caso in cui si prospetti la necessità di un intervento chirurgico.

Aprò a questo proposito una parentesi per ricordare l'indirizzo della Suprema Corte, secondo cui i trattamenti sanitari nei confronti del detenuto, in specie quelli chirurgici, sono incoercibili: ma, se potenzialmente risolutivi di condizioni di salute deteriori, in forza delle quali il detenuto medesimo chiede il differimento della pena, *la loro accettazione si pone come condizione giuridica necessaria alla positiva valutazione della relativa richiesta* (Cass. pen., sez. I, n. 46730 del 18.10.2011, Rv. 251414).

LA DETENZIONE DOMICILIARE PER MOTIVI DI SALUTE

È disciplinata dall'art. 47 *ter*, 1° comma o.p., secondo cui può essere concessa a “*persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali*”.

Anzitutto, a differenza di quanto previsto dall'art. 147 c.p., qui si parla di condizioni di salute “*particolarmente gravi*”, senza alcun riferimento al carattere fisico o psichico della patologia: ne viene che la magistratura di sorveglianza ben può prendere in considerazione anche patologie di carattere psichiatrico, restando però inteso che il beneficio della differimento facoltativo dell'esecuzione della pena resta pur sempre concedibile anche in caso di turbe psicologiche, ove queste si traducano in grave infermità fisica (Cass. pen., sez. fer., n. 32365 del 10.8.2010, Rv. 248252).

Mentre il differimento facoltativo od obbligatorio dell'esecuzione è del tutto insensibile al *quantum* di pena irrogata o residua, il beneficio della detenzione domiciliare è invece concedibile solo quando la pena da espiare in concreto sia uguale o inferiore ad anni quattro, e non vi siano le altre preclusioni oggettive previste per la tipologia del delitto in espiazione.

Nel caso in cui vengano meno le condizioni di salute che l'hanno legittimata, la legge impone la revoca di questa misura alternativa.

La legge prevede però un altro caso di revoca, questa volta per motivi soggettivi, cioè imputabili al condannato ammesso alla misura alternativa della detenzione domiciliare per motivi di salute: il 6° comma dell'art. 47 *ter* o.p. prevede infatti che il beneficio sia revocato se il comportamento del soggetto, contrario alla legge o alle prescrizioni dettate, appaia incompatibile con la prosecuzione della misura.

Anche qui sottolineo una criticità del sistema: quando il Tribunale revoca per tali motivi la detenzione domiciliare a suo tempo concessa per motivi di salute, scatta un'altra norma, che è prevista dall'art. 58 *quater*, 2° comma o.p., secondo cui le misure alternative alla detenzione, ed anche il lavoro all'esterno, non possono essere concesse per un triennio a chi sia incorso in siffatta revoca.

Nella pratica avviene che il giorno dopo la pronuncia di revoca, il sanitario scrive al magistrato dicendo che Tizio versa in condizioni di salute incompatibili con la detenzione.

Sia chiaro che in tali casi il Tribunale o il magistrato di sorveglianza non possono provvedere alla (ri)concessione del beneficio della detenzione domiciliare per motivi di salute previsto dall'art. 47 *ter*, 1° comma, lett. c) o.p., ma solo all'eventuale concessione della detenzione domiciliare in surroga, che è quella sostitutiva del beneficio del differimento obbligatorio o facoltativo dell'esecuzione.

Nel primo caso, come sopra detto, la malattia deve avere le tre condizioni sopra esaminate: cioè essere di particolare gravità, risultare incompatibile con la detenzione e trovarsi in una fase così avanzata da non rispondere più alle cure.

Nel secondo caso il limite alla concedibilità del beneficio è subordinato all'assenza di pericolosità sociale: ma ciò è quasi sempre in contrasto con i motivi della revoca, che spesso hanno a che fare con violazioni a tal punto significative da razionalmente giustificare il giudizio avente ad oggetto il concreto pericolo della commissione di nuovi delitti.

Anche qui si tratta di riflettere sulla distinzione concettuale tra la nozione di “grave infermità fisica” e quella di “condizioni di salute particolarmente gravi”.

Se è vero che forse c'è una parziale sovrapposibilità tra la nozione di “grave infermità fisica” (che legittima il differimento) e quella di “condizioni di salute particolarmente gravi” (che legittimano la detenzione domiciliare), è anche vero che i due istituti hanno diverse finalità: la detenzione domiciliare, al pari delle altre misure alternative alla detenzione, ha come finalità il reinserimento sociale del condannato, mentre il differimento della pena previsto dagli artt. 146 e 147 c.p. mira soltanto ad evitare che l'esecuzione della pena avvenga in spregio del diritto alla salute e del senso di umanità (Cass. pen., sez. I, n. 28555 del 18.6.2008, Rv. 240602).

In presenza dei presupposti che legittimerebbe la concessione del differimento facoltativo dell'esecuzione ai sensi dell'art. 147 c.p., il criterio che il Tribunale di sorveglianza osserva per la concessione della detenzione domiciliare cd. “in surroga” è il seguente: quando, malgrado la presenza di gravi condizioni di salute, il condannato è in grado di partecipare consapevolmente al processo rieducativo, che si attua attraverso i previsti interventi obbligatori del servizio sociale, ma residua un margine di pericolosità sociale che, nel bilanciamento tra le esigenze del condannato e quelle della difesa sociale, sono tali da rendere necessario un minimo controllo da parte dello Stato, è del tutto preferibile la concessione della detenzione domiciliare in surroga (Cass., pen., sez. I, n. 10761 del 7.2.2013, Marino).

Giovanni Maria Pavarin - Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Venezia