

MARCO RUOTOLO

SALUTE E CARCERE

1. *Il corpo incarcerato*

“L’aria mi manca, i miei polmoni restano schiacciati in fondo al torace ... sono loro a subire di più la reclusione”¹.

È quanto afferma un detenuto in un passo di un’intervista riportata nel libro di Gonin, medico penitenziario francese, intitolato *Il corpo incarcerato*. Come scrive Gonin, “l’aria che manca, viene meno, è il triste simbolo della privazione della libertà”². È il sintomo, più evidente, di quella sofferenza inerente la detenzione alla quale si riferisce l’attuale art. 102, comma 2, delle Regole penitenziarie del Consiglio d’Europa³, nel quale si legge appunto che “poiché la privazione della libertà costituisce una punizione in sé, il regime dei condannati non deve aggravare le sofferenze inerenti la detenzione”.

Obiettivo, quest’ultimo, che impone un assoluto rispetto del “corpo incarcerato” ovvero, se si vuole, della integrità psico-fisica del detenuto. Obiettivo che trova pieno riscontro anche nelle prescrizioni della nostra Costituzione e di importanti documenti internazionali che consentono di enucleare il c.d. principio di umanizzazione della pena, come principio cardine dell’esecuzione penitenziaria⁴.

Salvo poi a rilevare lo iato tra i principi che governano la disciplina sull’esecuzione della pena carceraria e la effettività della condizione detentiva, la tendenza alla rinnegazione pratica degli stessi, ritenuta da Franco

1 D. GONIN, *La santé incarcérée. Médecine et conditions de vie en détention*, Paris, 1991, tr. it. di E. Gallo, *Il corpo incarcerato*, Torino, 1994, 19. Le citazioni si riferiscono all’edizione italiana.

2 D. GONIN, *loc. ult. cit.*

3 Consiglio d’Europa – Comitato dei Ministri, Raccomandazione R(2006)2 del Comitato dei Ministri agli Stati membri sulle Regole penitenziarie europee.

4 Sia consentito rinviare a M. RUOTOLO, *Diritti dei detenuti e Costituzione*, Torino, 2002 (specie 36 ss. per indicazioni sulla normativa sopranazionale), nonché a Id., *Il principio di umanizzazione della pena e i diritti dei detenuti nella Costituzione italiana*, in *Dir. e soc.*, 2005, 51 ss.

Bricola addirittura connaturale ad un tipo di normativa qual è quella penitenziaria, che costituisce “uno dei settori più esposti alle varie pratiche nelle quali, nello Stato di diritto, si realizza l’illegalità ufficiale attraverso la non applicazione e la manipolazione amministrativa delle norme”⁵.

Stando ai principi, il carcere, luogo della reclusione, dovrebbe connotarsi come luogo della umanizzazione, della risocializzazione, del reinserimento sociale. Dovrebbe assumere il connotato fondamentale di luogo della legalità, nel quale possano esercitarsi tutti i diritti riconosciuti e garantiti all’uomo in quanto tale che non si rivelino incompatibili con le esigenze della vita carceraria. Diritti la cui possibilità di esercizio, consentendo l’espansione della personalità individuale del detenuto, dovrebbe anzi essere particolarmente garantita, anche in quanto funzionale allo stesso processo di rieducazione costituzionalmente imposto con riferimento alla pena⁶. Come ha detto, infatti, la Corte costituzionale nella nota sent. n. 349 del 1993, “chi si trova in stato di detenzione, pur privato della maggior parte della sua libertà, ne conserva sempre un *residuo*, che è tanto più prezioso in quanto costituisce l’ultimo ambito nel quale può espandersi la sua personalità individuale”.

Ma – ecco il punto – possiamo oggi dire che questo prezioso ambito, icasticamente identificabile con quello dei “residui di libertà” del detenuto, sia effettivamente protetto? Che, con più specifico riguardo al nostro tema, il carcere abbia perso il carattere di “istituzione totale patogena”? Vent’anni fa, Gonin aveva analiticamente descritto i mali che colpiscono il corpo recluso, fornendo peraltro spunti importanti in ordine alla direzione che avrebbe dovuto assumere la riforma della medicina penitenziaria, tra i quali l’auspicato passaggio della “sua collocazione in seno alla sanità e non alla giustizia”⁷, approdo al quale, come vedremo, solo di recente siamo pervenuti in Italia. Di là dalla specifica “ricetta”, l’auspicio più generale riguardava il mutamento di prospettiva nella considerazione del ruolo del medico da parte della stessa amministrazione penitenziaria. “La medicina

5 F. BRICOLA, *Introduzione a Il carcere “riformato”*, a cura di F. Bricola, Bologna, 1977, ora in F. BRICOLA, *Scritti di diritto penale*, Vol. I, Tomo II, Milano, 1997, 1227.

6 Mi pare molto convincente il rilievo di L. CASTELLANO, D. STASIO, *Diritti e castighi. Storie di umanità cancellata in carcere*, Milano, 2009, 240 s., secondo cui “conservare e rispettare i diritti del cittadino-detenuto non è né una concessione né una stravaganza, ma un dovere. Nella prassi, invece, è un’eccezione. Eppure, il carcere che rispetta i diritti – sia prima della condanna che durante l’esecuzione della pena – è l’unico terreno possibile per far camminare la rieducazione”.

7 D. GONIN, *op. cit.*, 226.

penitenziaria – scriveva Gonin – occupa in prigione ancora il posto di uno strapuntino... La salute è difficile da conservare in questi luoghi, il medico vi deve consacrare del tempo e disporre di mezzi specifici sufficienti”⁸. Molte pagine prima, Gonin sottolinea come spesso il medico penitenziario si senta ripetere la seguente frase: “Dottore voi non avete il ruolo di un direttore dell’ospedale, questa è una prigione!”⁹. Non solo “le cure in prigione, anche se accettate, non rappresentano certo la vocazione dell’amministrazione penitenziaria”¹⁰, ma, ancor più amaramente, “si è portati a credere che la presenza di un servizio medico, in prigione, sia per l’istituzione l’alibi che concede di perseguire, nei confronti dei detenuti, unicamente una missione repressiva e di esclusione”¹¹.

Non è forse così ancora oggi? Non basta il passaggio della medicina penitenziaria dal controllo del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, i cui “benefici effetti”, ancora attesi, sono peraltro legati alla predisposizione di adeguati stanziamenti per il personale e per la realizzazione di strutture. Serve un mutamento più generale di prospettiva – auspicato dallo stesso Gonin – che consenta di almeno attenuare il carattere “patogeno” del carcere. È quanto emerge – a venti anni di distanza – da un altro analitico lavoro sulla condizione detentiva, questa volta realizzato dal direttore di un carcere e da una giornalista, nel quale si afferma che “l’insostenibilità del carcere fa ammalare anche chi è in buona salute. Non a caso la prigione è l’unico luogo in cui si apre una cartella clinica a una persona sana, che non è malata ma che probabilmente lo diventerà. Se la salute è un diritto fondamentale – e lo è – il carcere non può essere un posto in cui ci si ammala. È una contraddizione in termini”¹².

Non si deve pensare che sia patogeno soltanto il carcere dove non siano garantite le cure ai detenuti, in quanto, come ancora sottolineato nel recente libro appena richiamato di Lucia Castellano e Donatella Stasio, “è patogeno, e persino criminogeno, anche il carcere che non garantisce una giornata detentiva scandita da attività significative”¹³. Si dice che l’ozio è il padre dei vizi, ebbene in carcere l’“ozio forzato” rischia di essere riempito con attività (bische, scommesse, traffici vari) che poco hanno a che fare con la rieducazione.

8 D. GONIN, *loc. ult. cit.*

9 D. GONIN, *op. cit.*, 74.

10 D. GONIN, *loc. ult. cit.*

11 D. GONIN, *op. cit.*, 75.

12 L. CASTELLANO, D. STASIO, *Diritti e castighi*, cit., 243.

13 L. CASTELLANO, D. STASIO, *loc. ult. cit.*

Credo che di tutto ciò si debba tener conto per impostare un discorso non troppo astratto sul carcere, sui diritti dei detenuti e quindi anche sulla tematica della salute. Mai come in questo campo al giurista non basta conoscere e saper leggere le norme, non basta confrontarsi con le riflessioni della dottrina giuridica. Occorre confrontarsi anche con le opere non giuridiche e soprattutto con coloro che sono attivamente impegnati a diverso titolo nel carcere.

Con questa consapevolezza, che vale anche come riconoscimento della inevitabile limitatezza di qualsiasi analisi eminentemente giuridica in argomento, mi accingo a trattare il tema assegnatomi cercando di cogliere, almeno nelle conclusioni, gli aspetti che sono di maggior interesse per il costituzionalista. Non senza aver prima ringraziato gli organizzatori di questo Convegno che, come dimostra la diversa provenienza dei relatori, appare ispirato proprio dall'esigenza di mantenere aperto e rafforzare il dialogo tra cultori di discipline diverse.

Il mio contributo è anzitutto rivolto a fornire sintetiche indicazioni sulla normativa passata e presente riguardante la salute in carcere, per poi passare a delineare quali siano le maggiori criticità riscontrabili alla luce dei principi costituzionali ed, eventualmente, quali siano possibili interventi migliorativi. Dal punto di vista normativo mi interessa, dunque, far emergere, rispetto al nostro tema: a) *ciò che è stato* ovvero come è stato normativamente affrontato il tema prima delle recenti riforme; b) *ciò che è* ovvero quali siano i punti essenziali dell'attuale disciplina; c) *ciò che non dovrebbe essere* ovvero quali siano le situazioni normative o più spesso le situazioni di fatto incompatibili con i principi costituzionali. Quest'ultimo punto potrà anche permettere qualche, forse presuntuosa, riflessione su *ciò che dovrebbe essere* ovvero su quali potrebbero essere interventi utili per una più completa attuazione del dettato costituzionale.

2. Salute e carcere: a) *ciò che è stato*

Nel descrivere “ciò che è stato” pongo come *dies a quo* l'entrata in vigore della Costituzione repubblicana. Prima di essa, infatti, risultava piuttosto difficile parlare di diritti dei detenuti, essendo il sistema di esecuzione della pena informato ad uno spirito esclusivamente afflittivo ben esemplato dal Regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena del 1931 (R.D. n. 787 del 1931).

Peraltro la svolta politico-culturale segnata dall'affermazione del principio costituzionale di umanizzazione della pena tardò ad affermarsi non

trovando terreno fertile in un contesto normativo che segnava la condizione del recluso nei termini di separazione-segregazione. Ciò nonostante l'impianto complessivo della Costituzione repubblicana imponesse una rivisitazione legislativa delle forme di restrizione della sfera giuridica del detenuto connesse all'esecuzione della sanzione penale. Ad imporlo era non solo l'art. 27, comma 3, della Costituzione (divieto di trattamenti contrari al senso di umanità e "tendenza" della pena verso la rieducazione) ma anche, fra l'altro, gli artt. 2 (riconoscimento e garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo), 3, specie comma 2 (impegno della Repubblica alla rimozione delle diseguaglianze "di fatto"), e 13 (affermazione della inviolabilità della libertà personale e, al comma 4, punizione di ogni violenza fisica o morale nei confronti delle persone ristrette nella loro libertà personale) Cost. Da una lettura combinata dei predetti articoli emerge senz'altro il valore di fondo della libertà-personalità, del libero sviluppo della personalità che deve essere garantito, protetto e incentivato, consentendo l'autodeterminazione del singolo in tutte le direzioni possibili (civili, etico sociali, economico politiche), molte delle quali più specificamente considerate in altre disposizioni della nostra Costituzione. La possibilità di espansione della personalità individuale, che sempre deve essere garantita, assume particolare valenza proprio riguardo alla situazione detentiva, imponendo, come ha detto la nostra Corte costituzionale, la protezione di quell'ambito tanto prezioso che si identifica nel "residuo di libertà" che anche il detenuto conserva.

Per arrivare ad un primo, significativo, svolgimento di quei principi occorrerà attendere il 1975, anno di approvazione della legge recante l'ordinamento penitenziario (legge 26 luglio 1975, n. 354). Fino ad allora gli indirizzi legislativi e le prassi operative si uniformeranno a quelli che sono stati definiti come i tre punti di forza che hanno legato l'esperienza dello Stato liberale, del regime fascista e, appunto, dei primi trent'anni della Repubblica: a) concezione del carcere come "luogo impermeabile e isolato dalla società libera"; b) considerazione della "violenza" come regola di governo dei rapporti tra i detenuti e tra questi e gli agenti penitenziari; c) presenza di una "struttura burocratica rigidamente centralizzata e verticistica dell'amministrazione penitenziaria"¹⁴.

La legge del 1975, segnando una chiara svolta rispetto al passato, pone al centro della disciplina penitenziaria la figura del detenuto, titolare di diritti e non solo di doveri, soggetto la cui dignità merita rispetto, da trattare con umanità (v. art. 1, comma 1, ord. penit.).

14 Si riprendono qui le riflessioni di G. NEPPI MODONA, *Ordinamento penitenziario*, in *Dig. Disc. Pen.*, IX, Torino, 1995, 43 ss.

In un certo senso, vista la precedente e lunga fase di inattuazione costituzionale, il 1975 costituisce l'*anno zero* per la nostra ricerca, il vero *dies a quo* per ragionare sulle evoluzioni della normativa penitenziaria anche in tema di diritto alla salute.

La salute, definita dall'art. 32 della Costituzione come "fondamentale diritto dell'individuo" e come "interesse della collettività", si erge ben presto, per opera della giurisprudenza costituzionale, a "valore costituzionale supremo". Più precisamente, il diritto alla salute viene ricondotto alla integrità psico-fisica della persona, quale ambito inviolabile della dignità umana, con la conseguente affermazione per cui la tutela di esso, pur subendo i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, non può essere sacrificata oltre il punto da determinare la compressione del nucleo irriducibile del bene protetto¹⁵. In altre parole, le limitazioni legate a esigenze di finanza pubblica o derivanti da esigenze di sicurezza non dovranno ritenersi legittime ove si impongano o pretendano di imporsi fino ad intaccare il "nucleo irriducibile del diritto alla salute" protetto dalla Costituzione.

Il problema che si pone è quello della difficile traduzione in pratica del concetto stesso di nucleo irriducibile e in conseguenza della definizione in concreto delle limitazioni al diritto in parola che possano giustificarsi in ragione di esigenze finanziarie e di sicurezza. Ciò con specifico riferimento al *diritto a trattamenti sanitari*, inteso come pretesa all'ottenimento dei trattamenti di miglior livello che, nelle circostanze date, i sanitari sono in grado di fornire.

È proprio del diritto a trattamenti sanitari dei soggetti detenuti in strutture penitenziarie (con esclusione dei soggetti internati in ospedali psichiatrici giudiziari) che intendo qui occuparmi, non affrontando pertanto le questioni relative ad altre espressioni del diritto alla salute inteso come valore supremo, la sua traduzione, tra l'altro, nel *rifiuto dei trattamenti sanitari non imposti dalla legge*, che discende a contrario dall'art. 32 cpv., nel *diritto a lasciarsi morire*, nel *divieto di accanimento terapeutico*, nel *diritto all'ambiente salubre*¹⁶.

Non potendo esaminare tutte le fattispecie appena delineate, mi propongo dunque di approfondire la questione del *diritto a trattamenti sanitari*, non senza aver preliminarmente sottolineato l'importanza del *diritto all'ambiente salubre*, da intendere, almeno, come diritto a vivere in un ambiente "degno" per una persona umana. Diritto che l'ordinamento penitenziario si

15 V., tra le molte, sent. n. 432 del 2005.

16 Si riprende qui l'elencazione di diritti "più o meno direttamente discendenti dagli enunciati contenuti nell'art. 32 Cost." proposta da F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, 46 s.

propone di tutelare con una serie di norme riguardanti la differenziazione tra locali di soggiorno e pernottamento (artt. 5 e 6), il vestiario e il corredo da fornire a ciascun detenuto (art. 7), l'uso dei servizi igienici e la fornitura di oggetti necessari alla pulizia personale (art. 8), le caratteristiche dell'alimentazione e della somministrazione del vitto (art. 9), la permanenza all'aria aperta (art. 10). Prescrizioni che si rivelano troppo spesso disattese, creando, a mio giudizio, una compressione del nucleo irriducibile della salute del detenuto come tale non legittima e quindi in nessun modo giustificabile.

Quanto al diritto a trattamenti sanitari, l'ordinamento penitenziario vi dedica specifiche prescrizioni, tra le quali: a) l'assicurazione della presenza di un servizio medico e farmaceutico rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti (art. 11, comma, 1), ferma restando la possibilità di "trasferimento", disposto dal magistrato di sorveglianza, in ospedali civili o luoghi di cura esterni ove siano necessari accertamenti o cure che non possono essere apprestati dai servizi interni al carcere (art. 11, comma 2); b) la sottoposizione del detenuto a visita medica generale all'atto dell'ingresso in istituto e a periodici riscontri, indipendentemente dalle richieste dell'interessato (art. 11, comma 5); c) la possibilità di richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di fiducia (art. 11, comma 11); d) la predisposizione di un rapporto di collaborazione con i servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extraospedalieri, per l'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario per i detenuti.

Le richiamate norme dell'ordinamento penitenziario avrebbero richiesto una attuazione immediata mediante regole che, specialmente con una revisione dell'ordinamento del personale, assicurassero l'esigenza di fornire un servizio medico "adeguato" alle necessità profilattiche e diagnostico-terapeutiche della popolazione detenuta. Invece, l'ordinamento del personale sanitario penitenziario è rimasto sostanzialmente indenne alle riforme in materia sanitaria, specie alla legge istitutiva del SSN (n. 833 del 1978), determinando non pochi problemi di coordinamento, in un contesto che, a fronte della perdurante carenza di personale e strutture, del sovraffollamento e dei ritardi nelle prestazioni non vedeva certo l'Amministrazione penitenziaria come soggetto in grado di assicurare un effettivo godimento del diritto a trattamenti sanitari.

3. Salute e carcere: a) ciò che è

Negli anni a seguire non mancheranno interventi normativi più specifici, quale quello del DPR n. 309 del 1990 (testo unico in materia di disciplina

delle sostanze stupefacenti) che assegnerà ai Sert la presa in carico del detenuto tossicodipendente, ma la vera “svolta” si avrà soltanto con la legge di delega n. 419 del 1998, il cui art. 5 si riferisce al riordino della normativa penitenziaria, precludendo al passaggio, sia pure graduale, del personale sanitario e delle risorse dal DAP al SSN. Il d.lgs. n. 230 del 1999, attuativo della delega, segnerà un primo trasferimento di funzioni (a far data dal 1° gennaio 2000) relativamente alla prevenzione generale e alla diagnosi e terapia delle tossicodipendenze, nonché l’avvio in alcune Regioni di una sperimentazione di trasferimento riguardante anche le altre funzioni sanitarie (inizialmente in Toscana, Lazio e Puglia). Ma sarà solo con il D.P.C.M. 1° aprile 2008, adottato in attuazione dell’art. 2, comma 283, della legge finanziaria per il 2008 (legge n. 244 del 2007), che la gradualità lascerà il passo alla definitività, disponendosi il trasferimento dal 14 giugno 2008 di tutte le funzioni sanitarie dal DAP al SSN.

Il richiamato D.P.C.M. del 2008 segna una nuova fase nella storia della medicina penitenziaria e dunque anche nella possibile realizzazione di un effettivo diritto a trattamenti sanitari per il detenuto.

Al detenuto, in base a quanto disposto dall’art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 230 del 1999, è riconosciuto il diritto alla salute “alla pari dei cittadini in stato di libertà”, per ciò che riguarda la diagnosi, la cura e la riabilitazione, l’assistenza sanitaria per la gravidanza e la maternità e l’assistenza pediatrica ai bambini che le donne recluse possono tenere in istituto per i primi tre anni. Si parla al riguardo di un vero e proprio diritto a prestazioni sanitarie, agevolato dall’esonero dal sistema di compartecipazione alle spese sanitarie (ticket) che si accompagna alla conservazione dell’iscrizione al SSN per tutto il periodo di detenzione, nonché alla previsione dell’iscrizione obbligatoria al SSN anche degli stranieri a prescindere dal possesso di regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia.

Le conseguenze di queste previsioni – ora che il passaggio alle ASL è realmente intervenuto, ponendo termine ad una lunga transizione aperta dal d.lgs. n. 230 del 1999 – dovranno essere finalmente apprezzate attraverso una attenta verifica sugli stanziamenti e sulla predisposizione dei necessari interventi strutturali. I ritardi nei trasferimenti alle Regioni delle risorse del Fondo sanitario nazionale afferenti alla medicina penitenziaria hanno, come è noto, creato grosse difficoltà per le aziende sanitarie locali che ormai dovrebbero assicurare le funzioni assistenziali nei confronti di una popolazione ristretta in istituti penitenziari che si trovano in condizioni di drammatico sovraffollamento. Si cominciano, peraltro, a notare significative differenze di trattamento a seconda della Regione nella quale i detenuti sono ristretti, rilevandosi criticità tali da indurre già a prendere atto

del fallimento di una riforma da alcuni ritenuta “più demagogica che realistica, più populista che realmente efficace”. Così si è ad esempio espresso il Coordinamento nazionale giustizia dell’UGL in una lettera inviata il 22 febbraio 2010 al Ministro della Giustizia, che si conclude con un invito ad una “marcia indietro per affidare nuovamente al sistema penitenziario la gestione e l’organizzazione di questo delicatissimo settore”.

Siamo già a questo punto? L’attuale, complicata, congiuntura economica contribuisce senz’altro a rendere ancor più difficile l’effettivo riordino della medicina penitenziaria. Ma siamo sicuri che il Ministero della Giustizia sarebbe in grado di assicurare maggiori risorse? Senza dimenticare che l’idea di trasferire le funzioni sanitarie alle ASL è stata alimentata dal timore che la sottoposizione dei servizi sanitari all’amministrazione penitenziaria potesse rivelarsi strumentale ad un uso della medicina penitenziaria rivolto a privilegiare concezioni finalistiche della pena detentiva, rischiando di piegare l’intervento medico e farmacologico alle necessità della disciplina e della sicurezza dell’istituto¹⁷. È un timore non più attuale? Certo è che non basta il passaggio “simbolico” al Servizio Sanitario Nazionale per risolvere, “magicamente”, i problemi che riguardano la salute in carcere. Ma abbandonare ora questa strada, magari per tornare a ulteriori forme di sperimentazione, mi sembra la scelta meno adatta, anche alla luce dei principi costituzionali, che ci impongono di considerare il detenuto come persona titolare di tutti quei diritti che non siano incompatibili con le esigenze di ordine del carcere. E tra questi rientra, senza dubbio, il diritto alla salute, riguardato pure nella forma del diritto a trattamenti sanitari. Piuttosto si dovrebbe pensare ad interventi più incisivi che consentano al detenuto di vivere in un ambiente meno insalubre, rimuovendo le cause della patogenia del carcere. Il che vuol dire riflettere, conclusivamente, su *ciò che non dovrebbe essere*, stando ai principi costituzionali e ai loro svolgimenti nella normativa primaria e secondaria. Principi ai quali – ribadisco – troppo spesso non sono seguite regole conformi.

4. *Salute e carcere: b) ciò che non dovrebbe essere*

Come è possibile che, nonostante le previsioni dell’ordinamento penitenziario e del relativo regolamento di esecuzione, in molte carceri non sono garantite le più elementari norme igieniche? Quali sono le ragioni per

17 Siffatto timore è stato così rappresentato, tra gli altri, da A. Terranova, *La tutela della salute in carcere*, in *Quaderni CSM*, 1983, 38 ss.

cui un numero sempre più elevato di detenuti risultano affetti da epatite e da malattie croniche degenerative? Probabilmente perché in carcere ci sono troppi detenuti, ma anche perché, a prescindere dal sovraffollamento, non si è ancora radicata l'idea che il rispetto della personalità sia un dovere nei confronti del detenuto allo stesso modo che nei confronti del soggetto libero. Il sovraffollamento non deve divenire un alibi per giustificare pratiche illegali, non rispondenti ai dettami della Costituzione e della legislazione che ne ha costituito svolgimento. Bisogna investire soldi per migliorare le condizioni detentive – non solo per costruire nuovi edifici penitenziari – perché ciò significa investire sulla vita di esseri umani, permettendo loro di reinserirsi nella società. E significa anche, indirettamente, investire sulla sicurezza. Ed è fin troppo ovvio che vivendo in un ambiente salubre, o almeno meno insalubre, migliorerebbero le condizioni di salute del recluso. Ovviamente ciò non significa che non debbano essere operati investimenti specifici per rendere le strutture carcerarie idonee non solo sul piano igienico ma anche su quello sanitario, nonché investimenti in termini professionali, assicurando la presenza di medici, infermieri e psicologi.

Si tratta non solo di attuare in carcere l'art. 32 Cost., ma di più incisivamente dare forma concreta al principio di umanizzazione della pena. Utilizzando maggiormente le sanzioni alternative alla detenzione e soprattutto evitando di rendere il carcere una “discarica sociale”. Il che avviene quando le politiche securitarie vengono dissociate da interventi di carattere sociale, dando vita a vere e proprie forme di “detenzione sociale”¹⁸. Non può essere un caso se le carceri sono piene di immigrati e di tossicodipendenti!

È ormai da anni che si sottolinea come a “meno Stato sociale”, a minor interventismo economico corrisponde “più Stato poliziesco e penale”. Secondo una logica che trascende i confini nazionali e che vede le politiche repressive come “*pendant*, in materia di ‘giustizia’, di quelle liberiste in campo economico”¹⁹. Ormai si parla sempre più di diritto alla sicurezza che di sicurezza dei diritti. Sempre meno di sicurezza sociale e sempre più di esigenza di mantenimento dell'ordine pubblico. Come è stato ben detto da

18 Secondo la definizione di S. MARGARA, *Sorvegliare e punire: storia di 50 anni di carcere*, in *Questione giustizia*, 2009, 102. L'A. significativamente definisce come leggi “riempicarceri” la Bossi-Fini (n. 189 del 2002), la ex Cirielli (n. 151 del 2005) e la Fini-Giovanardi (n. 49 del 2006), che hanno rispettivamente inciso sull'incremento degli immigrati in carcere, sulla permanenza in carcere dei recidivi in quanto esclusi dai benefici penitenziari, sulla massiccia presenza negli istituti di pena dei tossicodipendenti (per i quali si continua a preferire la detenzione ad altre forme di espiazione).

19 E. SANTORO, *Carcere e società liberale*, II edizione, Torino, 2004, 117.

Emilio Santoro, “la politica di incarcerazione e repressione penale non viene usata tanto per rispondere allo sviluppo della criminalità, che è rimasta più o meno costante nel periodo in cui si sono affermate le nuove politiche penali, quanto per far fronte alla destrutturazione sociale provocata dalla ritirata dello Stato assistenziale: stiamo assistendo ad un passaggio dallo Stato sociale allo Stato penale”²⁰.

La composizione della popolazione carceraria sembra essere, insomma, diretta conseguenza di politiche che vanno in senso contrario all’obiettivo dell’inclusione sociale. È lo specchio delle molte disuguaglianze di fatto presenti nella nostra società la cui mancata rimozione costituisce una gravissima inattuazione di uno specifico impegno delineato, a carico della Repubblica, dal secondo comma dell’art. 3 della Costituzione. Se il carcere va assumendo le sembianze di una discarica sociale non ci si può poi meravigliare del suo carattere patogeno e persino criminogeno. In questo contesto, non basta, evidentemente, che la medicina penitenziaria passi dall’amministrazione della giustizia a quella sanitaria. Occorre, primariamente, una significativa inversione di rotta nelle politiche penali e sociali. Altrimenti il carcere rimarrà luogo della disuguaglianza, dell’abbandono, della disumanità. È e continuerà ad essere ciò che, per Costituzione, non dovrebbe essere.

20 E. SANTORO, *loc. ult. cit.* Fondamentale, in argomento, il contributo di L. WACQUANT, *Parola d’ordine: tolleranza zero. La trasformazione dello stato penale nella società neoliberale* (1999), Milano, 2000, specie 68 ss.