

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 3 MARZO 1993

Presidenza del Vice Presidente **CONDORELLI**

INDICE

**Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri
Audizione del direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti
o psicotrope, dottor Irenus Serafin**

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 9 e passim	SERAFIN	Pag. 3, 11
BETTONI BRANDANI (PDS)	8		
CARRARA (DC)	10		
DIONISI (Rifond. Com.)	11		
GRASSANI (Rifond. Com.)	9		
PISATI (Lega Nord)	8, 10		
RUSSO Raffaele (PSI)	10		
STEFANO (PDS)	10		
TORLONTANO (PDS)	9		

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope, dottor Irenus Serafin.

I lavori hanno inizio alle ore 16,30.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri.

Comunico che il dottor Niccolò Amato, direttore generale degli istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia, ha fatto sapere di essere impossibilitato ad intervenire ai lavori della Commissione nella seduta odierna; la sua audizione avrà pertanto luogo in altra data.

È oggi in programma l'audizione del direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope.

Audizione del direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Serafin per aver accolto l'invito della Commissione e do a lui la parola.

SERAFIN. Signor Presidente, vorrei leggere alla Commissione una breve nota che il Ministero ha predisposto qualche tempo fa per la Conferenza Stato-Regioni, nella quale vengono sostanzialmente impostati i termini del problema, che riguarda l'impegno dei servizi per le tossicodipendenze nell'attività diretta al trattamento terapeutico dei detenuti tossicodipendenti presso gli istituti di pena. Tale nota risale ai primi mesi del 1992. Essa fu elaborata a seguito delle difficoltà che incontrava l'amministrazione penitenziaria ad addivenire alla stipula delle convenzioni con il servizio sanitario nazionale, si prospettava, in sostanza, alla Conferenza Stato-Regioni l'esigenza di un intervento in questa materia.

L'articolo 96 del Testo Unico delle leggi in materia di stupefacenti approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, prevede che "le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedano alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti ed alcolisti".

Al fine di consentire che detta attività possa realizzarsi in modo proficuo, viene demandato al Ministro di grazia e giustizia di organizzare con proprio decreto, su basi territoriali, "reparti carcerari attrezzati".

Con decreto del Ministro di grazia e giustizia del 10 maggio 1991 è stata disposta conseguentemente la destinazione di istituti penitenziari o di loro sezioni alla detenzione di detenuti tossicodipendenti al fine di consentire lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi nonchè l'acquisizione, al medesimo fine, di numerose case mandamentali.

Nel contempo il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria con lettere del 22 dicembre 1990 e del 30 maggio 1991, indirizzate ai Presidenti delle Giunte regionali, ai Presidenti delle Province ed ai sindaci, rappresentava l'esigenza di una sollecita attuazione del disposto dell'articolo 96 del Testo Unico n. 309, trasmettendo al riguardo, per la relativa sottoscrizione, uno schema di convenzione riguardante il normale circuito dei detenuti tossicodipendenti ed un protocollo d'intesa riguardante il circuito a custodia attenuata.

Nelle citate lettere veniva sottolineato:

a) che gli accordi da sottoscrivere erano essenzialmente diretti a definire le modalità di attuazione dell'articolo 96, ossia a realizzare l'intesa tra le unità sanitarie locali e gli istituti di prevenzione e pena con i corrispondenti servizi sanitari interni;

b) che si trattava di temi discussi ed approvati dall'apposita Commissione nazionale per i rapporti tra l'amministrazione penitenziaria, le regioni e gli enti locali;

c) che l'eventuale mancata firma non poteva impedire e neanche ritardare "il dovere legale delle unità sanitarie locali di provvedere con il loro personale e con le loro risorse a collaborare con gli istituti di prevenzione e pena ed i loro servizi sanitari interni nella cura e nella riabilitazione dei tossicodipendenti o alcoolisti".

I predetti inviti del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria hanno avuto finora un modestissimo seguito, avendo soltanto alcune unità sanitarie locali aderito alla richiesta di convenzionamento, su un totale di 220 istituti destinati alla detenzione di soggetti tossicodipendenti.

Dagli elementi di informazione che sono emersi risulta che la ragione del lamentato ritardo sarebbe da ascrivere, oltre che a difficoltà derivanti dalla carenza di operatori, nell'attuale fase di ristrutturazione dei Servizi per le tossicodipendenze, anche dalla circostanza che non risulterebbe chiarito dalla legge a quale amministrazione spettasse di sostenere l'onere economico per le nuove attività demandate alle unità sanitarie locali.

In proposito, questo Ministero ritiene che sia da condividere l'avviso manifesto dall'amministrazione penitenziaria che la mancanza di specificazione non possa interpretarsi se non nel senso che le attività previste dalla legge debbano essere annoverate tra gli ordinari compiti delle unità sanitarie locali, senza che si faccia luogo ad alcun rimborso di spesa, rimborso che è stato invece espressamente considerato e posto a carico dell'amministrazione penitenziaria nell'ipotesi prevista dall'ultimo comma dell'articolo 96, riguardante le persone tossicodipendenti mantenute in regime di arresti domiciliari presso le Comunità terapeutiche.

Le convenzioni da stipulare dovranno, ovviamente, prevedere una gradualità di attuazione, in corrispondenza con i tempi del concreto

potenziamento degli organici delle unità sanitarie locali, che come è noto sono stati incrementati, in relazione alla presenza di strutture carcerarie nell'ambito territoriale di riferimento, con un numero di unità di personale (medici, psicologi, assistenti sociali ecc.) proporzionale alla popolazione carceraria, proprio per le attività di recupero dei tossicodipendenti detenuti.

Si deve sottolineare che il personale da utilizzare per i trattamenti in questione può essere, se necessario, reperito presso altre strutture dell'unità sanitaria locale, anche nell'ambito dei professionisti con rapporto convenzionale.

Una valutazione di larga massima degli oneri conseguenti alla piena attuazione dell'articolo 96 (allegato 1) consente di determinare in circa lire 12.500.000.000 la spesa annua delle unità sanitarie locali, computando in tale importo il costo del personale riferito ad un'ora settimanale di trattamento per ciascun tossicodipendente detenuto nonché il costo dei trattamenti farmacologici e delle relative analisi di controllo, valutabili complessivamente in circa lire 2 miliardi.

Tanto si prospetta ai fini delle indicazioni che la Conferenza Stato-Regioni vorrà dare per dare corso alla attuazione del disposto dell'articolo 96».

Questa nota è corredata da una specificazione per ciascuna regione dell'onere stimato di 12 miliardi e mezzo.

Abbiamo svolto diverse riunioni, a livello tecnico, con le regioni. Esse hanno confutato che la spesa fosse così contenuta. Evidentemente, avevamo fatto una stima minima con un impegno di un'ora settimanale e forse avevamo trascurato altri oneri che potevano derivare dalla convenzione. Inoltre, le regioni obiettavano che prima della legge n. 162 del 1990 l'amministrazione penitenziaria faceva fronte a tali spese con mezzi finanziari propri. I rapporti convenzionali erano tuttavia sporadici.

Dopo questa serie di riunioni, siamo pervenuti ad una intesa nell'ambito della conferenza Stato-Regioni che ha in sostanza, ribadito che si tratta di compiti istituzionali delle unità sanitarie locali che quindi l'amministrazione penitenziaria non deve corrispondere il costo di tali attività in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale si potrà tenere conto dell'onere che deriva dall'attività di cui trattasi, specie per quelle regioni che ospitano grandi istituti penitenziari provenienti da molte parti del Paese.

Ora, non so come potrà essere mantenuto questo impegno dopo le recenti modifiche dei criteri di finanziamento della sanità. Sta di fatto che noi abbiamo dato comunicazione dell'intesa raggiunta, invitando le regioni a dar corso sollecitamente alle convenzioni. Nello scorso dicembre, abbiamo chiesto loro di comunicarci quante convenzioni erano state stipulate; sinora hanno risposto soltanto undici regioni e tuttavia abbiamo acquisito una informazione piuttosto completa della situazione, anche grazie alla collaborazione del Ministero di grazia e giustizia. Ebbene, su 195 istituti che hanno tossicodipendenti tra le persone in regime di custodia, abbiamo 89 convenzioni che hanno origine dalla pregressa normativa, sottoscritte cioè prima della legge n. 162 del 1990, e 48 convenzioni stipulate dopo la suddetta intesa presso la Conferenza Stato-Regioni. I due dati, probabilmente, per una

certa parte, si sovrappongono, complessivamente comunque le convenzioni dovrebbero essere circa 120; tuttavia, da informazioni che abbiamo, anche laddove ancora non si è stipulata la convenzione o perchè sono in corso intese o perchè il contenuto dello schema tipo non è considerato congruo, esistono rapporti di collaborazione che, in molti casi, non riguardano soltanto le situazioni di crisi di detenuti tossicodipendenti, ma anche attività di consulenza di psicologi e medici nei confronti degli operatori penitenziari, laddove queste attività vengono svolte.

Noi abbiamo cercato anche di avere notizie in merito alle attività svolte in attuazione delle convenzioni stipulate. Vi è uno schema tipo predisposto dalla apposita commissione del Ministero di grazia e giustizia, sulla base del quale si elaborano dei protocolli operativi; in sostanza, l'unità sanitaria locale e la direzione dell'istituto di pena concordano le modalità per l'esecuzione dei trattamenti, indicando il numero degli operatori, il loro nome, le giornate in cui essi possono recarsi negli istituti per eseguire i trattamenti, i locali nei quali l'assistenza è effettuata, l'impegno globale orario, gli obiettivi e le modalità operative. Uno degli elementi che emerge da questi protocolli di intesa riguarda l'accesso al trattamento. In sostanza, l'accesso è volontario; ai nuovi arrivati nell'istituto di pena viene comunicata la disponibilità a dare assistenza su questo versante, inoltre vengono informati delle norme che regolano la materia, sia che si tratti di soggetti che si trovano in regime di custodia cautelare, sia che si tratti di soggetti che sono in regime di espiazione della pena.

Nel primo caso, vi è la possibilità, qualora costoro accettino di sottoporsi a un trattamento, di essere assegnati all'esterno (sia ad una comunità terapeutica sia al servizio pubblico); nel secondo, vi è ora, con le nuove norme, la possibilità della sospensione della espiazione della pena. In questi casi, vengono altresì predisposti i programmi per il trattamento terapeutico.

Dai dati che abbiamo sinora acquisito emergono indicazioni diverse; in ogni regione, in ogni realtà, vi sono situazioni organizzative ed esperienze differenziate. Molte regioni sono orientate a destinare stabilmente a tali attività personale appositamente preparato, trattandosi di un lavoro complesso, che richiede una certa specializzazione. La regione Emilia Romagna, ad esempio, ha svolto un buon lavoro predisponendo un progetto di interventi in questo settore che, in sostanza, ipotizza l'impegno di *équipes* a carattere stabile. Altre regioni hanno evidenziato che le attività previste dall'articolo 96 del Testo Unico n. 309 potrebbero svolgersi in modo più proficuo qualora l'amministrazione penitenziaria avesse dato seguito al decreto del Ministro di grazia e giustizia che individua, ai fini dello svolgimento dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi, apposite strutture cui destinare i detenuti che abbiamo commesso reati in relazione al loro stato di tossicodipendenza. Soltanto in un paio di casi tale decreto, che pure individuava numerose strutture *ad hoc*, è stato attuato, sicchè oggi i nostri operatori, quando si recano negli istituti di pena, debbono anche affrontare la difficoltà derivanti da una situazione organizzativa che crea numerosi problemi per l'esercizio proficuo di un'attività di questo tipo.

Debbo dire, però, che la difficoltà principale che limita una più ampia attuazione del suddetto articolo 96 è da ricercarsi nel fatto che gli organici dei servizi per le tossicodipendenze sono, a tutt'oggi, in una situazione di grave carenza. Se mi consente, signor Presidente, vorrei fornirle al riguardo alcune cifre. In attuazione dell'apposito regolamento, gli organici dei servizi per le tossicodipendenze sono stati determinati, nel complesso in circa 8.200 unità. In tale cifra sono compresi sia gli organici *standard* ossia quelli riferiti al personale che svolge la propria attività all'interno dei servizi nei confronti dei tossicodipendenti in trattamento, sia gli incrementi di organico previsti per le attività di prevenzione nei confronti della fascia giovanile della popolazione, con riferimento alla presenza di istituti scolastici nell'ambito territoriale di riferimento, per le attività da svolgersi in comune con le comunità terapeutiche e, infine, per le attività da svolgersi all'interno degli istituti di prevenzione e pena. Per queste ultime attività, il fabbisogno di personale necessario è stato individuato in 349 unità. Al 30 giugno scorso, però, i servizi disponevano complessivamente soltanto di 3.600 unità di personale, anche se a quella data risultavano in corso di espletamento concorsi per l'assunzione di altre 1.400 unità.

Non abbiamo ancora a disposizione tutti i dati del 1992. Tuttavia, in previsione della presente audizione, ho fatto fare una proiezione sui dati trasmessi da 260 servizi per le tossicodipendenze (sui 580 esistenti) e da essa si evince che la situazione è decisamente migliorata.

Da tale proiezione risulta infatti che i medici addetti esclusivamente ai SERT sono 2184 (rispetto ai 1727 del 1991) e che il personale addettovi parzialmente è sceso da 857 unità a 675 unità. Pertanto, in sei mesi, si è registrato complessivamente un incremento del 26 per cento del personale stabilmente in servizio presso i SERT ed un decremento del 21 per cento del personale impiegato a tempo parziale.

In sostanza, questi dati ci indicano che, nelle realtà dove si è stati più solerti ed in cui è minore la vischiosità dei meccanismi di reclutamento, si è fatto un consistente passo in avanti (in definitiva, sono state reclutate negli ultimi otto mesi circa mille unità). Onorevoli senatori, debbo dire le regioni, da questo punto di vista, sono in genere fortemente motivate. I funzionari, infatti, sono convinti che questa sia una delle attività più importanti demandate ai SERT. Quindi, con i miglioramenti che si registrano sulla consistenza degli organici, si può prevedere che nei prossimi mesi si potrà procedere al completamento della stipula delle convenzioni.

Naturalmente non è importante soltanto il reclutamento del personale ma occorre affrontare anche il problema della sua formazione. Nell'ambito dei progetti della Presidenza del Consiglio dei ministri da finanziare con il Fondo per la lotta alla droga, alcune regioni hanno presentato programmi mirati alla formazione e all'addestramento del personale anche per questa attività.

Prima di concludere la mia esposizione, desidero fare una ultima considerazione. Dai dati di stima dell'amministrazione penitenziaria (sui quali ritengo che riferirà il dottor Amato) risulta che i tossicodipendenti sono circa il 30 per cento della popolazione carceraria. Alcune nuove disposizioni in materia ampliano la possibilità per chi sia in custodia cautelare o anche in regime di espiazione della pena di sottoporsi ad un

trattamento terapeutico presso i servizi pubblici o le comunità comunitarie. Quindi, è probabile che non l'applicazione piena di queste norme si verificherà una diminuzione complessiva del numero delle persone nei confronti delle quali i servizi per le tossicodipendenze dovranno operare nell'ambito delle carceri ed un aumento, invece, di quelle per le quali si dovrà operare al di fuori del sistema carcerario.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Serafin per l'ampia ed esauriente esposizione e lo invito a consegnare alla Presidenza i documenti a cui si è riferito, che potranno essere utili alla Commissione per trarre le conclusioni in relazione alla presente indagine conoscitiva. Inoltre, vorrei avere dal dottor Serafin ulteriori notizie sull'attività di recupero dei tossicodipendenti svolta fino ad oggi e gli sarei grato se ci indicasse le modifiche di carattere legislativo che ritiene utili ai fini di un miglioramento del servizio.

I senatori che intendono porre quesiti al direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope hanno facoltà di parlare.

BETTONI BRANDANI. Signor Presidente, prima di rivolgere alcune domande al dottor Serafin, desidero ringraziarlo per i dati che ci ha fornito e che debbono essere valutati attentamente prima di entrare nel merito delle questioni.

Durante la sua esposizione il dottor Serafin, riferendosi alle strutture per la detenzione attenuata, ha detto che ne sono state attivate soltanto due. Vorrei sapere se ho capito bene e se è vera la notizia che all'interno di queste strutture si trovano anche detenuti comuni non tossicodipendenti.

Il numero delle convenzioni stipulate in base alla legge n. 162 del 1990 mi sembra sostanzialmente scarso rispetto alle esigenze prospettate. Pertanto, vorrei sapere che tipo di risposte di primo livello è stato dato dalle strutture carcerarie per i tossicodipendenti; in particolare, da chi vengono fornite queste risposte e a che cosa si limitano. Ciò è importante proprio per valutare se con l'introduzione delle convenzioni con i SERT si consegua effettivamente un miglioramento della qualità della risposta.

Infine, vorrei chiedere al dottor Serafin se l'intervento e l'attività dei servizi antidroga nelle carceri si esplica soltanto nei confronti dei tossicodipendenti da oppiacei oppure riguarda anche gli alcoolisti (la dipendenza da alcool ha una enorme rilevanza sociale ed immagino che rappresenti anche per la popolazione carceraria un grande problema) e i soggetti dipendenti dall'uso di sostanze di sintesi.

PISATI. signor Presidente, ritengo giusta ed opportuna la sua richiesta dei dati di riscontro dell'attività dei SERT (i servizi per le tossicodipendenze).

Prima di rivolgere alcune domande al dottor Serafin, mi sembra opportuno sottolineare il fatto che questi servizi vengono attivati (laddove sia possibile) nei confronti dei detenuti che ne facciano espressa richiesta. Inoltre, bisogna tener presente che il più delle volte i detenuti tossicodipendenti sono internati per reati che non hanno

niente a che vedere con la tossicodipendenza (si va dall'omicidio allo spaccio di droga). Allora, c'è il rischio che questo servizio, che sostanzialmente dà benefici e vantaggi, venga strumentalizzato. Di fronte ad una percentuale così alta (il 30 per cento) di detenuti tossicodipendenti, a mio avviso, si dovrebbe valutare l'opportunità di rendere obbligatori i trattamenti terapeutici di disintossicazione (anche perchè ciò potrebbe far abbassare il livello dei tossicodipendenti effettivamente detenuti).

Ritengo, infatti che, per varare un provvedimento equilibrato, tutti dovremmo fare riferimento alla realtà.

C'è poi un altro aspetto che desidero focalizzare. Il direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, dottor Amato, dovrebbe spiegarci come mai nelle carceri la droga circoli liberamente. Un sistema carcerario, infatti, oltre che redimere e salvare l'anima, priva anche della libertà individuale. Chi vi è ospitato dunque non dovrebbe essere nelle condizioni di consumare stupefacenti.

Accanto a questi elementi abbiamo poi problemi ancora più gravi che la nostra Commissione dovrà affrontare. Mi riferisco, ad esempio, alla prevenzione rispetto all'AIDS. Un'alta percentuale di tossicodipendenti ospitata nelle prigioni risulta infatti sieropositiva. I sieropositivi però non dovrebbero essere detenuti, promiscuamente, assieme agli altri, perchè in questo modo si lede il diritto alla salute di chi sieropositivo non è. È un problema questo che ne solleva un'infinità di altri e se lo affronteremo con schemi ideologici precostituiti correremo il rischio di non svolgere correttamente il compito, specifico di questa Commissione, di tutelare la salute pubblica di tutti i cittadini, anche di quelli detenuti.

Mi rendo conto che le problematiche da me sollevate non possono trovare in questa sede una soluzione. Desidero però evidenziarle e ricordare che su di esse dovremo arrivare ad un confronto.

GRASSANI. Nelle carceri, assieme ai tossicodipendenti che hanno commesso gravi reati, sono detenuti anche tossicodipendenti che hanno la colpa sola di essere stati trovati in possesso di una quantità di eroina ritenuta anomala dalla legge. Mi chiedo però come il carcere possa recuperare questi soggetti che non sono dei criminali ma dei malati; invece che rinchiusi in carcere essi dovrebbero essere sottoposti a cure di riabilitazione da parte delle USL. Comportarsi diversamente è assurdo, sarebbe come imprigionare chi fuma o chi consuma alcool.

Invece di parlare sempre e continuamente dell'insufficienza delle nostre prigioni, svuotiamole dai tossicodipendenti e, magari, mettiamo al loro posto tutti gli uomini politici corrotti.

TORLONTANO. Io ho una piccolissima domanda da rivolgere al dottor Serafin, anche se temo che solo molto difficilmente potrà rispondermi. Vorrei sapere cioè quante persone attualmente sono in carcere esclusivamente perchè tossicodipendenti o, tutt'al più, perchè hanno commesso dei reati minimi collegati alla tossicodipendenza.

PRESIDENTE. L'onorevole Mazzucconi, sottosegretario di Stato per la grazia e la giustizia, ha fatto pervenire alla nostra Commissione dei documenti a questo riguardo.

RUSSO Raffaele. Non sono molto chiari, però.

CARRARA. Ritengo anch'io che sia importante sapere quante persone sono incarcerate solo perchè tossicodipendenti; nel mio intervento però vorrei soffermarmi su altri aspetti. Vorrei cioè innanzitutto denunciare che per molte carceri italiane non è stata ancora stipulata alcuna convenzione fra le strutture sanitarie e il Ministero di grazia e giustizia. Del resto, arrivare a queste convenzioni non è semplicissimo e lo dico per personale esperienza. Ricordo infatti quanto abbiamo dovuto penare e girovagare, per tanti Ministeri, non solo quello di grazia e giustizia, quando a Bergamo abbiamo cercato, forse primi in Italia, di stipulare questo tipo di convenzione.

Vorrei capire quanti stabilimenti carcerari ancora non sono convenzionati con le strutture sanitarie e sottolineare che lì dentro tanti ragazzi impiigionati per un semplice fatto di droga rischiano di andare incontro ad una vita davvero drammatica.

Il secondo aspetto su cui vorrei soffermarmi riguarda la qualità degli interventi. Non tutte le convenzioni stipulate infatti operano nello stesso modo e non tutte hanno la stessa incidenza di prevenzione e di riabilitazione. Alcune convenzioni cioè sono studiate molto bene e assicurano interventi organici mentre altre, in moltissime realtà italiane, non raggiungono questi stessi livelli.

C'è stato più volte ripetuto che le strutture previste dalla legge «Jervolino-Vassalli» hanno funzionato bene, che molti ragazzi hanno tratto vantaggio dagli incontri avuti nelle prefetture che spesso hanno messo a disposizione personale molto qualificato. Io non ho motivo di dubitare di tali affermazioni, resta il fatto però che, dopo questo tipo di interventi, è mancata una terapia di riabilitazione, è mancato un trattamento adeguato che tenesse i ragazzi lontano dalla droga. In generale, dunque, il lavoro svolto non ha ottenuto risultati concreti.

La mia domanda, pertanto, mira innanzitutto a conoscere la qualità delle convenzioni, in secondo luogo, vorrei sapere quali sono le regioni ove non sono state ancora stipulate convenzioni.

Inoltre, occorre verificare il tipo di lavoro qualitativo che viene fatto all'interno di queste convenzioni come supporto e collegamento organico fra le strutture dei nuclei operativi per le tossicodipendenze e le realtà drammatiche esistenti nelle carceri.

Infine, quanto al numero di ragazzi presenti nelle carceri, legati in qualche misura alla tossicodipendenza, farei una valutazione diversa tra la dipendenza da droghe vera e propria e quell'area dell'alcool correlato che è un aspetto diverso che non si può mettere sullo stesso piano, anche perchè il fenomeno, tra l'altro, necessita di interventi estremamente diversi.

STEFANO. Signor Presidente, volevo sapere dal dottor Serafin quale selezione avviene per il personale medico e paramedico nelle case di detenzione, quali sono i titoli preferenziali e se vi sono corsi di aggiornamento mirati.

PISATI. Signor Presidente, volevo far presente che nell'area della tossicodipendenza, si è, di fatto, inserita una magistratura speciale,

quella del prefetto. Il prefetto, infatti, altro non è che un magistrato speciale che può infliggere sanzioni come l'ammenda o il ritiro della patente. Bisogna prendere in seria considerazione, per tutelare i tossicodipendenti, l'ipotesi di istituire una magistratura specializzata con dei poteri molto vasti e differenziati. Se ci nascondiamo dietro un dito e non comprendiamo che questo è un problema che va affrontato nella sua specificità, non riusciremo ad ottenere risultati positivi. È chiaro infatti che un problema del genere non può essere affrontato con i comuni strumenti previsti dalla legge, ma che si debbono prevedere strumenti specialistici. È necessario quindi istituire, per i reati connessi alla droga, una magistratura speciale vera e propria; ciò se si vuole evitare l'ipotesi, che è stata fatta, del ragazzo che, trovato con la droga indosso, finisce nell'inferno di un carcere senza nessuna possibilità futura di riscatto.

DIONISI. Signor Presidente, volevo sapere se nelle carceri italiane a seguito della concezione proibizionista, si è verificata una difficoltà organizzativa e un sovraffollamento, con conseguenti difficoltà di gestione. Oltretutto, penso si debba dare per scontata una profonda carenza dal punto di vista dei servizi sanitari necessari all'assistenza di queste categorie, ciò non soltanto per il recupero dei tossicodipendenti, ma anche per la prevenzione delle patologie correlate, quali l'AIDS.

SERAFIN. Signor Presidente, rilevo innanzitutto che per alcune domande non ho dati sufficienti alla mano per rispondere.

Per quanto riguarda la valutazione dei risultati, certamente non abbiamo ancora approntato delle metodologie. Con le schede di rilevazione abbiamo cercato di introdurre alcuni elementi necessari per la valutazione, ad esempio, verificando le durate dei trattamenti metadonici. Abbiamo, nel complesso, riscontrato un dato molto significativo: nel 1989 l'utenza era costituita da 33.000 soggetti, nel corso dell'intero anno 1991, sono stati registrati 74.000 soggetti e per il 1992 il numero è ancora accresciuto e sfiora gli 80.000 indivi (per il 92 per cento si tratta di tossicodipendenti da eroina).

In sostanza, gli utenti che si rivolgono ai nostri servizi sono in gran parte soggetti che hanno l'eroina come sostanza di abuso primario - all'86 per cento - o come sostanza di abuso secondario, insieme ad altre sostanze principali. Poichè, secondo le stime fatte, i tossicodipendenti da eroina nel nostro paese sono stati valutati in circa 180.000 soggetti, possiamo affermare che circa la metà di essi passa, in qualche modo, per i nostri servizi; alcuni si trattengono poco, altri sono in trattamento da molto tempo, anche da diversi anni (il 30 per cento di questi soggetti ha più di due anni di permanenza). Alcuni di questi soggetti spariscono dopo un certo tempo per ritornare successivamente; gli operatori sostengono di alternare situazioni di gratificazione a situazioni di frustrazione, nel loro impegno professionale diretto al recupero dei tossicodipendenti. In realtà, uscire dalla droga è molto difficile. Certamente uno dei più sicuri risultati che si può conseguire - proprio perchè questi servizi, sono svolti in larga misura da personale medico - è quello della prevenzione delle patologie correlate alle tossicodipenze, in particolare l'infezione da HIV e dell'ausilio nelle relative terapie. Una

notevole parte di coloro che accedono ai servizi si sottopongono al test HIV. Registriamo in proposito una significattiva diminuzione nella fascia giovanile di infetti HIV, cosa che ci consente di ritenere che i servizi e le campagne informative hanno ottenuto buoni risultati.

Per quanto concerne le convenzioni è vero che sono ancora scarse. In realtà, abbiamo avuto una fase di avvio difficile. Ma adesso stiamo cercando di colloquiare con le regioni, battendo sul fatto che si tratta di un lavoro importante da ogni punto di vista e in questi ultimi tempi la situazione è migliorata.

Per quanto riguarda l'alcoolismo, una commissione di studio costituita di recente presso il Ministero della sanità ha elaborato degli indirizzi per l'organizzazione di servizi di alcoologia nelle unità sanitarie locali. Il progetto è attualmente all'esame del Consiglio sanitario nazionale. Per le attività di prevenzione e recupero alcune regioni si appoggiano sui servizi per la tossicodipendenza. In genere, però, il problema dell'alcoolismo è piuttosto trascurato e temo che nelle carceri non si faccia praticamente nulla.

Il numero di persone imprigionate solo perchè tossicodipendenti è piccolissimo, grande però è il numero dei tossicodipendenti che per procurarsi la droga commettono reati, anche se di poca rilevanza. È questo che conduce in carcere la gran parte dei tossicodipendenti.

Relativamente alle convenzioni stipulate con le strutture carcerarie, devo dire che, anche in assenza di accordi formali, nei maggiori istituti, sono in atto rapporti di collaborazione che prevedono varie modalità di intervento.

Riguardo alle patologie correlate alla tossicodipendenza, so che il numero di detenuti affetti da sindrome da HIV è piuttosto consistente. I dati dell'amministrazione penitenziaria stimano un'incidenza di circa il 10 per cento. Ricordo, peraltro, che in base alla nuova legge, le persone che presentano i problemi più consistenti (chi è affetto da AIDS conclamato o chi ha un grave deficit immunitario) deve essere scarcerato.

La selezione del personale medico avviene con i concorsi espletati secondo le norme ordinarie. Dopo l'entrata in vigore delle nuove norme sui SERT il Ministero della sanità si è posto anche l'obiettivo di qualificare dal punto di vista professionale gli operatori. I servizi territoriali (consultori familiari, servizi per le tossicodipendenze, eccetera) come è noto, sono in genere caratterizzati dalla precarietà degli organici disponendo di risorse incerte. Il personale che opera in essi perciò spesso li considera solo come un punto di passaggio verso una sistemazione migliore. Questo vale soprattutto per il personale medico che, nel corso degli anni, non ha mai trovato adeguate gratificazioni professionali o prospettive di carriera. La normativa attuale prevede ora che alla direzione di questi servizi siano posti medici in posizione apicale di primario o di aiuto. È stata, inoltre prevista, con un apposito decreto la introduzione dell'esame di idoneità specifica nel settore. Stiamo altresì cercando di avviare la istituzione di una specializzazione universitaria in medicina per le farmacodipendenze e le tossicodipendenze.

Se posso approfittare della vostra attenzione, vorrei ricordare che nel decreto-legge n. 3 del 12 gennaio 1993, si prevede l'inquadramento

del personale nei due livelli di direzione mediante un concorso riservato. Da più parti sono state sollecitate iniziative per consentire che anche per l'altro personale, nei concorsi pubblici, venga data una particolare valutazione alle attività svolte nel settore in posizione precaria, prima dell'entrata in vigore della nuova disciplina degli organici.

PRESIDENTE. La ringraziamo molto perchè la sua esposizione ci ha fornito uno spaccato chiaro della attuale situazione e soprattutto delle sue deficienze.

Le siamo grati per le informazioni che ci ha fornito e la pregheremmo di farci pervenire, eventualmente, altri dati che ci consentano di migliorare questo servizio, renderlo più efficiente e snellirne la burocrazia.

Riguardo alla sua richiesta, relativa ad una valutazione particolare nei concorsi pubblici per le attività svolte in queste strutture, posso assicurarle che tutte le forze politiche, in sede di esame del decreto, poi decaduto, avevano considerato positivamente questa possibilità, senza sollevare obiezioni.

Nel dichiarare conclusa l'audizione, rinvio il seguito dell'indagine ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17,30.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOT.T.SSA MARISA NUDDA

