

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 17 MARZO 1993

Presidenza del Presidente MARINUCCI MARIANI

INDICE

**Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri
Audizione del direttore generale degli ospedali del Ministero della sanità, dottor Raffaele D'Ari**

PRESIDENTI:	<i>D'ARI</i> Pag. 3, 6, 7 e passim
- MARINUCCI MARIANI (PSI)	Pag. 3, 6
- CONDORELLI (DC)	9, 10, 11
BETTONI BRANDANI (PDS)	7, 8, 9
CARRARA (DC)	6
GRASSANI (Rifond. Com.)	6

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il direttore generale degli ospedali del Ministero della sanità dottor Raffaele D'Ari.

I lavori hanno inizio alle ore 17,30.

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

È in programma oggi l'audizione del direttore generale degli ospedali del Ministero della sanità, dottor D'Ari, che ringrazio per aver accolto l'invito a partecipare alla nostra indagine.

D'ARI. Signor Presidente, onorevoli senatori, vorrei innanzitutto ringraziarvi per avermi invitato a partecipare a questa indagine conoscitiva. Come voi sapete, sono attualmente preposto alla direzione generale degli ospedali; purtroppo non abbiamo molti elementi di valutazione da fornire alla Commissione, in quanto l'amministrazione penitenziaria sanitaria costituisce un universo a se. Il servizio sanitario penitenziario si configura come settore organizzativo statale - e richiamo in proposito un parere espresso nel 1986 dal Consiglio di Stato - istituzionalmente incardinato nell'Amministrazione penitenziaria, che deve tutelare la salute dei detenuti, nell'ambito del più generale compito demandato allo Stato di dare esecuzione alle misure restrittive della libertà personale. Con il parere citato, il Consiglio di Stato ha definitivamente chiarito, nel quadro dei rapporti con le unità sanitarie locali, che le particolari disposizioni di legge e regolamentari che disciplinano il Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari hanno carattere di specialità e quindi non possono considerarsi superate, ma sono integrate dalla sopravvenuta disciplina della legge n. 833 e dalle ultime norme del decreto-legge n. 502.

Tale sistema assistenziale esprime una propria autonomia solo ed esclusivamente per le prestazioni al detenuto nell'ambito delle strutture carcerarie; al di fuori di queste, il recluso ha diritto alla medesima assistenza di qualsiasi altro cittadino libero italiano o straniero. È questo un principio riaffermato dal Consiglio di Stato, e contenuto nella legge di riforma: quando il recluso accede alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale, egli deve essere considerato alla stessa stregua degli altri cittadini. Se è italiano ha diritto alle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, pagando eventualmente il *ticket*, quando questo sia dovuto, in rapporto al reddito e alle patologie; se è straniero, ha diritto esclusivamente alle prestazioni ospedaliere urgenti, salvo che non sia iscritto al Servizio sanitario nazionale. Nell'ambito di queste scelte, l'assistenza sanitaria ai detenuti all'interno delle strutture carcerarie

rientra tuttora nei compiti riservati allo Stato, ma da svolgere con strutture autonome, diverse quindi da quelle del Servizio sanitario nazionale; l'assistenza fuori del carcere è assicurata dal Servizio sanitario nazionale, come a tutti gli altri utenti, e laddove l'amministrazione penitenziaria si avvalga in via integrativa delle prestazioni del Servizio sanitario nazionali, queste devono essere erogate secondo le medesime modalità e condizioni previste per gli altri cittadini.

Questi principi furono stabili nel 1986; mentre ora appaiono quasi scontati, allora non lo erano affatto. Il cittadino italiano recluso conserva il diritto alle prestazioni da parte del Servizio sanitario nazionale; ne discende che l'onere per le prestazioni è a carico della unità sanitaria locale che eroga la prestazione stessa (degenza o prestazione specialistica) salvo i maggiori oneri eventualmente sostenuti dalla USL per la particolare sorveglianza richiesta.

La legge di riforma sanitaria individua i soggetti che possono essere assistiti da ciascuna unità sanitaria locale fra i cittadini residenti nel territorio della USL stessa; il legislatore ha evidentemente ritenuto di stabilire che l'appartenenza ad una USL sia determinata dalla residenza, che è quindi presupposto essenziale per l'individuazione dei soggetti assistibili da parte di ciascuna unità sanitaria locale.

L'articolo 6, primo comma, del vigente regolamento anagrafico, prevede, fra l'altro, che possano rimanere iscritti nel comune da cui provengono i «condannati o sottoposti alla misura di prevenzione dell'obbligo del soggiorno».

Devo osservare inoltre che, in base all'articolo 7 della legge 7 agosto 1982, n. 526, devono essere cancellati dagli elenchi nominativi in carico a ciascun medico di medicina generale coloro che usufruiscono in via ordinaria dell'assistenza medico-generica con oneri a carico dello Stato. Conseguentemente i costretti in istituti di prevenzione o pena sono cancellati dai predetti elenchi per tutto il periodo della costrizione negli istituti stessi che sia superiore a trenta giorni. Il problema dell'assistenza medico-generica - la cancellazione è finalizzata soprattutto a motivi di economia per evitare di pagare il medico di famiglia anche nel periodo di costrizione nell'istituto di pena - non ha rilevanza, atteso che i servizi sanitari carcerari sono in grado di assicurare l'assistenza stessa. Particolari problemi per quanto concerne gli oneri delle prestazioni si pongono invece per gli stranieri reclusi. Essi, salvo che non siano iscritti in via volontaria al Servizio sanitario nazionale o abbiano diritto all'assistenza da parte di Stati o istituzioni estere, hanno diritto esclusivamente alle prestazioni sanitarie ospedaliere urgenti, con oneri a proprio carico. Poichè di norma i reclusi stranieri, soprattutto gli extracomunitari, che costituiscono una quota non secondaria della popolazione carceraria, non sono in grado di pagare la quota fissa di 750.000 lire prevista per l'assicurazione volontaria al Servizio sanitario nazionale e non hanno disponibilità finanziarie, di fatto il Ministero di grazia e giustizia deve sostenere tutti gli oneri relativi all'assistenza per detti stranieri non assicurati con il Servizio sanitario nazionale.

Un ulteriore problema, sollevato in via formale dal Ministero di grazia e giustizia alla fine del 1992, riguarda le misure da adottare per superare le attuali difficoltà nell'attuazione dei ricoveri in luogo esterno agli istituti di pena a causa del sistematico rifiuto di accogliere in

ospedale detenuti ed internati che sono oggetto di piantonamento. L'internamento negli ospedali di un detenuto comporta problemi organizzativi, e in alcuni casi le amministrazioni ospedaliere hanno difficoltà, peraltro verificabili, a far fronte al ricovero di un detenuto; non si tratta quindi di un rifiuto aprioristico. Oltre alle resistenze degli ospedali, il ricovero nelle singole divisioni ospedaliere richiede un numero di personale per il piantonamento spesso indisponibile, con pregiudizio della sicurezza e della prevenzione del pericolo di fuga.

Il Ministero di grazia e giustizia ritiene che le predette difficoltà possano essere superate solo prevedendo, nell'ambito di alcuni ospedali pubblici, che dovrebbero essere individuati con un decreto interministeriale, appositi reparti destinati al ricovero dei detenuti e degli internati. Tale esigenza è stata solo parzialmente soddisfatta, di recente, dall'articolo 13 del decreto-legge 12 gennaio 1993, n. 3, che ha previsto l'avviamento dei detenuti e degli internati, affetti da HIV, in appositi ospedali individuati con decreto interministeriale. La soluzione del problema è quindi per ora parziale.

Per quanto concerne la istituzione di appositi reparti in alcuni ospedali, pur sottolineando la notevole rilevanza di questa problematica, devo osservare che ciò comporterebbe modifiche strutturali dell'attuale assetto dei servizi ospedalieri, con notevole aggravio organizzativo e con una lievitazione dei costi che non potrebbe trovare adeguata copertura finanziaria, soprattutto se si pensa ai pesanti tagli alla sanità.

Pertanto la soluzione prospettata dal Ministero di grazia e giustizia dovrà essere approfondita, soprattutto in relazione ai maggiori oneri che essa comporta. In ogni caso, l'obbligo di creare negli ospedali reparti per i detenuti deve essere necessariamente prevista e finanziata con apposita legge e non imposta con decreto interministeriale, essendo pacifica, in materia, la competenza regionale. In attesa della definizione in via legislativa del problema, l'amministrazione deve provvedere all'assistenza che comporta il ricovero, potenziando gli attuali centri diagnostico-terapeutici che già assicurano la maggior parte degli interventi chirurgici e delle terapie specialistiche; privilegiando contatti importanti con le singole amministrazioni ospedaliere, si potrebbero attivare specifici reparti o settori di reparti. Attualmente (i dati sono del 1991) risultano istituiti negli ospedali pubblici 13 reparti, con 78 posti letto, riservati ai detenuti: i degenti sono stati 589 per complessivi 9.001 giorni di degenza.

Questi dati sono comunque parziali poichè alcune unità sanitarie locali non comunicano i loro dati; ciò è dovuto anche al fatto che in alcuni casi i reparti vengono utilizzati anche per ospitare gli altri malati. Normalmente per questi reparti viene utilizzata un'ala dell'ospedale che consenta la vigilanza; tuttavia molto spesso l'alto numero di malati fa sì che sia necessario l'utilizzo anche dei reparti destinati ai reclusi. I dati che vi ho fornito sono relativi alle regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Abruzzo, Campania e Sicilia e si riferiscono ai ricoveri in reparti attrezzati per i detenuti; oltre a questo tipo di prestazioni in *day hospital*, ma sempre nell'ambito dei reparti riservati ai detenuti.

Le modifiche apportate all'impianto delle legge n. 833 non dovrebbero variare questo quadro: l'unico problema che si può

intravedere interessa l'accentuato processo di regionalizzazione, soprattutto sotto il profilo finanziario, dato che presumibilmente ci sarà una maggiore attenzione da parte delle regioni nei confronti della mobilità carceraria, che comporta in molti casi il trasferimento del cittadino detenuto in regione diversa da quella di residenza. Finora la mobilità carceraria ha comportato valutazioni forfettarie a livello nazionale per i trasferimenti da una regione all'altra, anche se occorre riconoscere che le cifre relative ai ricoveri incide in maniera minimale sull'assistenza sanitaria erogata in favore del detenuto.

Questi sono i dati che abbiamo, anche perchè l'amministrazione sanitaria carceraria ha sempre rivendicato una sua autonomia: risolti i problemi connessi agli oneri relativi alle prestazioni e al diritto di accesso ai servizi grazie ad un parere del Consiglio di Stato, le due amministrazioni viaggiano per conto proprio.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor D'Ari per questa sua esposizione. Invito i colleghi che intendono intervenire a prendere la parola.

GRASSANI. Dalla esposizione del dottor D'Ari emerge innanzi tutto un problema: il carcerato è costretto a pagare il *ticket* per le prestazioni di cui usufruisce. Tutto questo è assurdo, a meno che non si tratti di un uomo politico che avrebbe quindi la possibilità di farlo; stabilire quest'obbligo per il carcerato vuol dire costringerlo a rinunciare all'assistenza farmaceutica e specialistica.

Inoltre mancano gli specialisti all'interno del carcere: mi chiedo come possiamo tenere in prigione pazienti HIV-positivi senza garantire loro alcuna cura; questo è omesso soccorso a persona gravemente malata.

Altro problema: la mancanza di medici nel carcere nelle ore notturne, che rende necessario rivolgersi a medici esterni o alla guardia medica. Mi chiedo effettivamente quali difficoltà incontri un medico a recarsi dal proprio punto di intervento all'interno del carcere.

PRESIDENTE. A questo proposito sarebbe utile ascoltare anche il parere del responsabile del Ministero di grazia e giustizia per gli aspetti sanitari, dato che ci sono dei «trimestralisti» che garantiscono il servizio di guardia medica.

D'ARI. Nelle carceri mandamentali dei piccoli centri, dove non esiste il servizio sanitario, si chiama la guardia medica o un medico di fiducia: si tratta però di carceri dove ci sono uno o due reclusi. Nelle carceri organizzate e strutturate esiste invece un servizio sanitario sia diurno sia notturno.

CARRARA. La relazione svolta dal dottor D'Ari si collega in qualche modo con la discussione che abbiamo in precedenza svolto in merito ai rapporti tra nuclei operativi e funzioni delle carceri. Infatti, laddove il meccanismo funziona, si stabilisce un collegamento tra nuclei operativi, realtà carcerarie e divisioni specifiche dell'ospedale o del presidio ospedaliero (in particolar modo nel caso di sieropositivi, che sono in continuo aumento).

Dalla relazione risulta però che questo modello organizzativo non è stato ancora sufficientemente messo a punto: veniva fatto notare che il dialogo con il Ministero di grazia e giustizia è difficile e che spesso i direttori delle carceri preferiscono gestire autonomamente gli aspetti sanitari, anche quando concernono l'acquisto di apparecchiature.

Per cui il problema è sapere qualcosa da qualcuno del Ministero di grazia e giustizia perchè bisogna riuscire a capire meglio come stanno le cose sulla base di dati concreti, non di illazioni. Bisogna sapere quali e quante sono le convenzioni sul territorio nazionale e che efficacia hanno là dove non ci sono, perchè è importante riuscire a capire nello specifico il funzionamento di questi meccanismi; altrimenti si fa un discorso sempre generico, che richiama continuamente difficoltà e limiti, ma incapace di produrre una proposta operativa concreta che possa attivare strumenti migliori.

Insisto nel dirlo: non si tratta tanto del problema dell'assistenza generica, specie per la parte sieropositiva della popolazione carceraria, ma del rapporto tra nuclei operativi, realtà sieropositiva del carcere e presidi ospedalieri con divisioni interessate a gestire questa parte, cioè i settori delle cosiddette malattie infettive.

BETTONI BRANDANI. Ringrazio il dottor D'Ari per i dati e le informazioni che ci ha fornito. Vorrei porre alcune domande e richiedergli alcuni dati.

Mi associo alla richiesta appena formulata dal collega Carrara di conoscere tutto quanto riguarda le convenzioni tra le regioni, le Unità sanitarie locali e gli istituti di pena. Mi risulta che i medici di ruolo sono pochissimi rispetto alle esigenze e che, di fatto, per soddisfare la domanda medica si ricorre da una parte ai medici incaricati, che vengono assunti attraverso un concorso per titoli, e non per titoli ed esami, e dall'altra alle prestazioni specialistiche. Mentre dalla legge n. 740 risulta chiaro il rapporto che il medico incaricato ha con gli istituti di pena e con il Ministero di grazia e giustizia, vorrei sapere che tipo di rapporto invece esiste con il medico specialista. Vorrei sapere, in concreto, chi sono gli specialisti, cioè con quale criterio si accede alle prestazioni specialistiche, il numero delle richieste sul totale dei detenuti ed il costo sostenuto rispetto alla popolazione carceraria e all'età.

Per quanto riguarda i medici di guardia, vorrei sapere con quali criteri vengono assunti; mi sembra al proposito che sia il direttore dell'istituto carcerario che sceglie il medico di guardia per il proprio istituto carcerario. Vorrei poi sapere se gli infermieri che lavorano nelle carceri sono generici o professionali, che non mi sembra cosa di poco conto.

D'ARI. Vorrei fare presente alla senatrice Bettolli Brandani che il Ministero della sanità è solo chiamato ad esprimere il proprio parere sulle tariffe per i medici convenzionati; il resto del rapporto con i medici riguarda l'amministrazione penitenziaria e dovrete chiederlo al rappresentante del Ministero di grazia e giustizia. Noi non possiamo certo interferire sul tipo di rapporto che si instaura tra i medici e l'amministrazione penitenziaria. È evidente che nell'assumere un

medico specialista vi saranno dei criteri di assunzione, ma io non li conosco nè posso offrirle informazioni al riguardo.

BETTONI BRANDANI. Ne prendo atto, però le convenzioni per la medicina specialistica potrebbero essere effettuate anche attraverso gli ospedali.

D'ARI. Sì, questo è vero ed i rapporti di convenzione con le regioni noi possiamo fornirli; di convenzioni tra strutture ospedaliere e carcerarie ce ne sono moltissime in tutte le realtà. Ma a seguito del parere del Consiglio di Stato, che ha addossato gli oneri al servizio sanitario nazionale, quel tipo di rapporto convenzionale, che serviva anche per regolare e disciplinare gli oneri finanziari, è venuto meno. Quindi ora le convenzioni servono soprattutto per disciplinare il tipo di accesso, o, nel caso dei tossicodipendenti, i collegamenti, ma si tratta soprattutto di protocolli di intesa con le strutture, non vi è più una convenzione tipica che disciplina il rapporto ai fini soprattutto degli oneri finanziari.

BETTONI BRANDANI. Certo, ma le necessità non saranno solo quelle relative alla popolazione tossicodipendente, ci saranno anche richieste di prestazioni specialistiche anche per quanto riguarda tutto il resto della popolazione carceraria. Per quanto attiene al suo settore, vorrei conoscere il numero di prestazioni specialistiche che vengono erogate e lo strumento attraverso cui vengono prestate in rapporto al tipo di popolazione carceraria. Tutto ciò va poi correlato ad una informazione più generale sul rapporto con gli ospedali.

D'ARI. È il Ministero di grazia e giustizia ad averli. Alle regioni noi non chiediamo mai a quale cittadino sia erogato un certo tipo di prestazione poichè non si fa alcun tipo di discriminazione. La regione cioè rileva le varie prestazioni semplicemente in quanto erogate all'utente, senza operare distinzioni in rapporto alla categoria di appartenenza dei cittadini stessi, se ciò non ha rilevanza da punto di vista sanitario.

Nel nostro sistema informatico non vi è perciò una rilevazione di prestazioni riferita al detenuto, al cittadino libero italiano o allo straniero, perchè essi vengono considerati come utenti del servizio e non viene censita - ripeto - la prestazione riferita alle caratteristiche dell'utente.

Il Ministero di grazia e giustizia censisce invece queste prestazioni in quanto simili rivelazioni sono essenziali, se non altro a livello interno.

BETTONI BRANDANI. Prendo atto che lei non è in possesso dei dati relativi a questa problematica.

Vorrei avere degli elementi conoscitivi riguardo ai centri clinici penitenziari.

D'ARI. Anche questa problematica non rientra nella sfera di competenza del Ministero della sanità. La gestione dei 14 o 15 centri clinici, attrezzati per interventi ospedalieri di alta specialità, e nei quali

viene utilizzato anche il personale del Servizio sanitario nazionale, attraverso convenzioni, è un problema che riguarda comunque il Ministero di grazia e giustizia. I dati relativi a tale questione non sono di mia pertinenza, per cui non posso fornirli alla Commissione. Il Ministero di grazia e giustizia ci ha comunicato questi dati a vario titolo, ma, come le ho già detto, è l'amministrazione penitenziaria ad avere a disposizione tutti i dati aggiornati.

BETTONI BRANDANI. Altro argomento che a me interessava affrontare in questa sede, per conoscere le sue valutazioni ed eventuali dati in suo possesso, è quello degli ospedali psichiatrici giudiziari.

D'ARI. Questo tipo di istituti, per quanto riguarda rapporti con il Servizio sanitario nazionale presentano, dal punto di vista organizzativo, le medesime problematiche che si riscontrano a livello generale, anche se alcuni problemi acquistano, ovviamente, maggiore rilevanza per la natura stessa di questi istituti.

Presidenza del Vice Presidente CONDORELLI

PRESIDENTE. Il ministro De Lorenzo ci aveva parlato della intenzione, da parte del Governo, di istituire dei reparti di alta specialità per i detenuti, attingendo, per il relativo onere finanziario, agli stanziamenti previsti per questo settore. Si tratta certo di un problema rilevante, ma anche in base alla mia esperienza di professionista nel settore delicatissimo della cardiologia, posso affermare che un malato detenuto può essere esposto a rischi molto gravi se non vi è la necessaria tempestività di azione. Vi sono attualmente tempi lunghissimi: se il malato, ad esempio, ha una crisi di angina, ci può essere il sospetto che si tratti di una simulazione; si chiama poi un perito ufficiale; quando ve ne sia la possibilità, si chiama anche un perito di parte e occorre attendere la perizia. È capitato, a causa di tutte queste lungaggini, in due casi in cui avevo espresso il mio parere come perito di parte, che una volta il detenuto sia morto e l'altra che abbia avuto un infarto molto esteso.

Questo avviene anche perchè non esistono dei centri specialistici all'interno delle carceri; gli istituti penitenziari, d'altra parte, incontrano notevoli difficoltà a far curare questi detenuti negli ospedali pubblici, quindi il diritto ad alcune prestazioni sanitarie è talvolta puramente teorico, mentre sarebbe necessario attuare quanto è stabilito dalle leggi.

Su questo problema vi era stato un approfondito dibattito alcuni anni fa con il precedente Ministro, ed egli ci aveva assicurato che si stava pensando a costruire alcuni centri specialistici interregionali; anche nel disegno di legge n. 2375, alcuni articoli si riferivano specificamente a tale questione, che bisognerebbe tentare di risolvere al più presto.

D'ARI. Signor Presidente, non posso che essere d'accordo con quanto lei afferma. L'esigenza da lei sottolineata è reale, anche se vi sono diverse soluzioni possibili: o si stabilisce un collegamento diretto col Servizio sanitario nazionale che consenta una tempestività di intervento, prevedendo la creazione di appositi reparti negli ospedali di alta specialità, - quelli che si configurano, secondo la legge n. 502, come ospedali di interesse nazionale d'alta specialità - o si prevede un collegamento diverso. È una decisione di tipo politico: se si ritiene che il detenuto debba uscire dalla struttura carceraria per essere curato, si crea un reparto apposito nell'ambito dell'ospedale, con tutti i problemi che ciò comporterà, oppure si crea un collegamento più diretto, dotando però le strutture carcerarie delle attrezzature e della organizzazione necessarie che consentano questo tipo di intervento.

Gli interventi di urgenza e l'emergenza nelle carceri non possono che essere affrontati trasferendo i detenuti nella più vicina struttura ospedaliera; avere un presidio di emergenza che assicuri l'intervento specialistico può essere difficile, in quanto vi sono difficoltà ad assicurare tutti i tipi di intervento all'interno del carcere. Ad esempio, se un detenuto ha avuto una lesione cerebrale per cui necessita di un intervento chirurgico immediato, è evidente che nell'ambito della struttura carceraria non si può attivare di notte una *équipe* in grado di intervenire, e bisogna perciò rivolgersi al più vicino centro ospedaliero.

La scelta è a mio avviso di natura politica più che amministrativa: si deve decidere se privilegiare il rapporto fra il Servizio sanitario nazionale e il mondo carcerario, incentivando e potenziando questi collegamenti, o se, al contrario, fermo restando che tali collegamenti devono necessariamente esservi, in quanto non si può creare un servizio parallelo completamente autonomo, creare in alcune strutture carcerarie, in ragione del numero della popolazione carceraria stessa, dei presidi di alta specialità che, a quanto mi risulta, già esistono. Non conosco le reali potenzialità di queste strutture, ma da quel che risulta dai documenti ufficiali questi centri in alcune strutture carcerarie già esistono, sono dotati di personale in rapporto di convenzione, in alcuni casi chiamati dallo stesso Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente, a nome di tutta la Commissione il professor D'Ari per questa interessante audizione.

D'ARI. Signor Presidente, mi impegno in ogni caso ad acquisire dalle regioni tutti i dati che possano in qualche modo riguardare i rapporti convenzionali esistenti tra unità sanitarie locali e istituti di pena, e mi riprometto di farli pervenire quanto prima alla vostra Commissione.

PRESIDENTE. Negli ospedali vi è ormai difficoltà ad ospitare grossi personaggi della delinquenza, poichè sorgono problemi enormi. Al Policlinico di Napoli hanno dovuto erigere una vera e propria barriera.

D'ARI. Nell'ospedale Pascale era stata destinata un'ala ai detenuti, per complessivi dodici posti-letto: ma come si fanno a mettere i pazienti

nei corridoi quando ci sono dei posti-letto liberi nell'ala riservata ai detenuti? Per questa ragione a suo tempo proposi di abbattere il tramezzo che separava il reparto riservato ai detenuti dal resto dell'ospedale di Napoli. Con questo non voglio però negare l'esigenza reale di avere un reparto separato per il ricovero dei detenuti, poichè in quel modo sono sicuramente più gestibili.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor D'Ari per il suo contributo ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito della indagine è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 18,15.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici
DOT.T.SSA MARISA NUDDA

