

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

3^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 31 MARZO 1993

**Presidenza del Presidente MARINUCCI MARIANI
indi del Vice Presidente TORLONTANO**

INDICE

Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri

Audizione del responsabile della direzione generale degli Istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia, dottor Nicolò Amato, del direttore dell'Ufficio per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia, dottor Federico Palomba e del rappresentante dell'Associazione dei medici dell'amministrazione penitenziaria italiana, dottor Vincenzo De Donatis

PRESIDENTI:

- MARINUCCI MARIANI Pag. 3, 6, 8 e passim
- TORLONTANO 24, 34, 41

BETTONI BRANDANI (PDS)	10, 23, 25
BRESCIA (PDS)	12, 17, 33 e passim
DIONISI (Rifond. Com.)	12, 14, 15 e passim
GARRAFFA (PRI)	28
GRASSANI (Rifond. Com.)	27
GUALTIERI (PRI)	9, 10, 14 e passim
RUSSO Raffaele (PSI)	7, 8, 15
SIGNORELLI (MSI-DN)	6, 7
STEFANO (PDS)	28
ZUFFA (PDS)	24

AMATO	Pag. 13, 14, 15 e passim
DE DONATIS	12, 13, 15 e passim
PALOMBA	3, 6, 7 e passim

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il responsabile della direzione generale degli istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia, dottor Nicolò Amato, il direttore dell'Ufficio per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia, dottor Federico Palomba e il rappresentante dell'Associazione dei medici dell'amministrazione penitenziaria italiana, dottor Vincenzo De Donatis.

I lavori hanno inizio alle ore 16.

Presidenza del Presidente MARINUCCI MARIANI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla situazione delle carceri, iniziata nella seduta del 17 marzo.

Sono in programma oggi le audizioni del responsabile della direzione generale degli istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia, dottor Nicolò Amato, del direttore dell'Ufficio per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia, dottor Federico Palomba e del rappresentante dell'Associazione dei medici dell'amministrazione penitenziaria italiana, dottor Vincenzo De Donatis.

Audizione del dottor Federico Palomba, direttore dell'ufficio per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Palomba che ringrazio, a nome di tutta la Commissione, per aver accolto il nostro invito a partecipare all'indagine sulla situazione delle carceri.

PALOMBA. Signor Presidente, signori senatori, anche io desidero ringraziare la Commissione per l'attenzione riservata al problema della giustizia minorile e in particolare a quello delle condizioni sanitarie all'interno degli istituti penali minorili.

Devo innanzi tutto precisare che il settore minorile del Ministero della giustizia è attualmente in fase di riorganizzazione: dallo scorso anno è infatti diventata una struttura autonoma, non più collegata alla direzione generale penitenziaria. Il Parlamento, nel febbraio scorso, ha riconosciuto a questo settore una autonomia funzionale, in considerazione della specificità delle problematiche cui esso sovrintende (l'aspetto penitenziario dovrebbe rappresentare in questo settore un elemento residuale di fronte all'aspetto della prevenzione e della tutela

dei diritti dei minori), autonomia confermata poi dal «maxi decreto», convertito in legge il 7 agosto scorso. Alla giustizia minorile è stata assegnata una dotazione organica autonoma, che prevede 1.010 unità, quelle attualmente date in prestito a questo settore dal dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, oltre a 1.376 unità di diversa qualifica funzionale, la cui assunzione potrà avvenire solo il 1º ottobre 1993, in quanto fino a quella data non vi è disponibilità finanziaria.

Come prima dicevo, il settore minorile è attualmente in fase di ristrutturazione: si sta passando da una gestione caratterizzata da notevolissime difficoltà dovute alla scarsità di personale ad una nuova situazione che speriamo - se lo consentiranno i limiti previsti dal decreto-legge n. 829 - possa essere operante entro quest'anno.

Ho fatto questa breve premessa per dire che la mia relazione, certo insufficiente, dovrà in ogni caso limitarsi a dare, per quanto riguarda il numero delle strutture minorili operanti e le unità di personale ad esse assegnate, la fotografia dell'esistente, indicando però anche le possibili prospettive.

In tutto il territorio nazionale gli istituti penali per i minorenni, cioè gli ex carceri minorili, sono 20; dovrebbero diventare in futuro 27, perchè se ne dovrebbe attivare uno per ciascun tribunale minorile. I centri di prima accoglienza (*microstrutture che non hanno carattere penitenziario, ma che sono destinate ad accogliere i ragazzi in stato di fermo giudiziario per il tempo necessario fino all'udienza di convalida nella quale si deciderà se il ragazzo deve essere rimandato a casa, se deve essere collocato in primo unità o se si assumerà una misura di custodia cautelare nei suoi confronti*) sono 23.

In queste strutture opera un organico sanitario complessivo di 23 medici, di cui 5 medici incaricati (ossia medici che prestano servizio nella struttura penitenziaria per adulti e che sono, per così dire, prestati alla struttura penitenziaria minorile), 15 medici incaricati provvisori, che non fanno parte della struttura penitenziaria del Ministero, 2 medici per l'assistenza sanitaria integrativa e un medico a parcella.

In ogni istituto penale minorile è presente un medico incaricato che presta servizio per almeno tre ore al giorno, a seconda delle esigenze dell'istituto stesso; il medico incaricato provvede a tutelare la salute del minore eseguendo una visita medica all'atto dell'ingresso, onde valutarne l'integrità psicofisica e l'eventuale necessità di cure ed esami clinico-strumentali di pertinenza specialistica.

Inoltre, egli fornisce, mediante schede sanitarie appositamente predisposte, dati all'Ufficio centrale per la giustizia minorile concernenti la tossicodipendenza e l'eventuale sieropositività all'HIV.

Il medico degli istituti penali minorili e dei centri di prima accoglienza è responsabile della organizzazione sanitaria; controlla l'igiene delle cucine e degli alimenti, dei locali e dei laboratori nonché dei servizi di lavanderia. Egli è anche responsabile del materiale medico-chirurgico presente nell'ambulatorio dell'istituto, e provvede per la sua integrazione e/o sostituzione in caso di usura.

Nell'ambulatorio sono presenti solo i presidi medico-chirurgici necessari alle terapie di elezione e d'urgenza risolvibili nell'istituto stesso; infatti, le patologie che richiedono una assistenza sanitaria medica e paramedica più specifica e selettiva, soprattutto le visite

specialistiche e i ricoveri in ambiente ospedaliero, vengono risolte inviando i minori alle strutture sanitarie pubbliche competenti per territorio.

Gli istituti più grandi, dove maggiore è il numero dei ragazzi, sono provvisti di servizio medico specialistico per le patologie di più frequente riscontro, in campo odontoiatrico, otorinolaringoiatrico, dermatologico, ortopedico, psichiatrico e, nell'Istituto di Casal del Marmo, nella sezione femminile, ginecologico.

I professionisti che eseguono queste prestazioni sono tutti esterni, cioè non sono inseriti in pianta stabile nella struttura dell'organico.

Negli istituti minorili non sono presenti centri clinici perché le patologie da cui possono essere affetti i minori non richiedono un'assistenza sanitaria continua bensì, solo nei casi di urgenza, si provvede con ricovero in ambiente ospedaliero; inoltre per l'esiguo numero dei casi clinici più gravi le strutture sanitarie pubbliche sono in grado di fornire le prestazioni richieste.

Non vi sono quelle esigenze di sicurezza, cioè la necessità di mantenere il detenuto più pericoloso nelle strutture penitenziarie, che caratterizzano le strutture penitenziarie per adulti; tuttavia anche nel settore minorile cominciano ad esservi detenuti che hanno compiuto scelte irreversibili di adesione alla criminalità organizzata.

Nel 1992 sono entrati negli istituti penali minorile 1.533 minori, di cui 1.339 maschi e 174 femmine; nei centri di prima accoglienza si sono registrate 4.372 entrate, dato che ricomprende sia i minori che vengono poi arrestati sia quelli che vengono rilasciati o per i quali sono adottate misure alternative al carcere, nello spirito della decarcerizzazione che caratterizza il nuovo processo penale in Italia. I primi per numero di entrate negli istituti penali minorili sono risultati gli assuntori di sostanze stupefacenti: 386, di cui 379 maschi e 7 femmine.

Le sostanze stupefacenti più usate abitualmente sono, in ordine decrescente - i dati si riferiscono all'ultimo semestre del 1992, in quanto non abbiamo attrezzature per fare uno *screening*, ma si tratta di un andamento abbastanza costante - oppiacei, *cannabis* e cocaina.

Sono dedicati più frequentemente al loro uso i giovani di età compresa tra i 16 e i 18 anni: 19 casi di giovani di 16 anni; 44 casi di giovani di 18 anni.

La rilevazione circa l'uso di sostanze stupefacenti è stata effettuata, per i minori entrati negli istituti di pena minorile e nei centri di prima assistenza nell'anno 1992, mediante dichiarazione spontanea (144 casi), crisi di astinenza (33 casi), visita medica (27 casi), segnalazioni di centri esterni e delle famiglie (5 casi).

Le patologie di più frequente riscontro negli istituti minorili riguardano l'apparato respiratorio (bronchiti e broncopolmoniti virali e batteriche aspecifiche), l'apparato osteo-articolare (traumi, rachitismi), l'apparato gastroenterico (enteriti virali e coliformi, disvinamitosi, malassorbimento), l'apparato tegumentario e pilifero (dermatiti, dermatosi, micosi, pediculosi), l'apparato odontostomatologico (carie, parodontopatie, stomatiti).

Per lo *screening* dell'AHTVI. III sono stati effettuati 344 prelievi nel primo semestre 1992: sono risultati sieropositivi all'HIV tre minori i quali non sono affetti da IAS o ARC.

PRESIDENTE. *La ringrazio, dottor Palomba, per questa sua esposizione.*

I colleghi che intendono porre questioni al dottor Palomba possono prendere la parola.

SIGNORELLI. Signor Presidente, è evidente che per affrontare nel modo migliore il dibattito sulla sanità all'interno delle carceri dovremo incontrare anche i medici che operano direttamente al loro interno. Di recente ho visitato il carcere di Rebibbia e ho potuto constatare che la situazione in cui si trovano i medici e di conseguenza quella dei servizi è estremamente carente, come peraltro evidenziava il dottor Palomba con estrema onestà intellettuale.

La mancanza di norme adeguate e il particolare orario di lavoro al quale sono sottoposti i medici che operano all'interno dei penitenziari fanno sì che detto servizio venga svolto dai medici più stravaganti, più imprecisi, più inefficienti, da persone cioè che, in possesso di una laurea, cercano di assolvere con estrema difficoltà e con il morale «sotto i tacchi» a una funzione estremamente delicata. Questo è quanto ci ha confermato la relazione del dottor Palomba, al quale certo non chiederò quando il Ministro competente intende porre mano a questa situazione.

Vorrei però approfondire con il nostro interlocutore alcuni aspetti. Da quanto ci viene detto, starebbe per finire una certa conduzione di tipo penitenziario delle strutture minorili, per passare ad una conduzione del tutto nuova nella quale verranno tenuti in particolare conto i contatti tra i vari apparati. Speriamo che il nostro futuro sia meno «mediterraneo», meno impreciso e che si possano raggiungere condizioni diverse.

A proposito di organici, il dottor Palomba ha affermato che i medici sono complessivamente 23: mi chiedo se questa cifra sia riferita anche a tutti i centri di prima accoglienza.

PALOMBA. Sì, perché i medici degli istituti di pena minorili si occupano anche dei centri di prima accoglienza.

SIGNORELLI. Questa carenza di organico verrà coperta da un numero già previsto di medici.

PALOMBA. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che determinerà il passaggio dalle dotazioni di qualifica alle dotazioni di profilo sta per essere predisposto. Speriamo di poter includere nelle dotazioni di profilo un congruo numero di medici, per incrementare la pianta organica dell'Amministrazione della giustizia.

SIGNORELLI. Questo dovrebbe consentire di avere condizioni diverse da quelle che si sono registrate per gli adulti. Entro quanto tempo si potranno ottenere questi risultati?

PALOMBA. Il Parlamento ha previsto che nuove assunzioni non potranno aver luogo prima del 1º ottobre 1993, anche in relazione a limiti di bilancio. Il Ministro comunque è stato autorizzato a svolgere le procedure prima di quella data.

Il nostro ufficio aveva già predisposto il testo del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; si tratta ora di armonizzarlo con il decreto legislativo n. 29, che prevede procedure parzialmente differenziate. Contiamo di licenziare entro il mese di aprile una bozza di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che possa riordinare organico, servizi, funzioni e presidi, con la speranza che possa avere un rapido iter. Tale atto dovrà essere infatti sottoposto per il parere al Dipartimento per la funzione pubblica e al Ministro del tesoro. Potremo così entro il mese di giugno avere una fotografia della dotazione organica che andiamo a costruire: a quel punto si potrà dar luogo alle procedure concorsuali che sono, ahime, un po' più complesse. Da parte nostra procederemo in modo spedito, anche in relazione ai bisogni che abbiamo.

SIGNORELLI. Chi da parlamentare vivra - visti i tempi - potrà poi valutare.

Il dottor Palomba ha parlato anche della presenza di stranieri all'interno degli istituti per minori: vorrei conoscere quale sia la percentuale dei minorenni stranieri.

PALOMBA. In questo momento posso dirle approssimativamente che non vi è una situazione uniforme, nel senso che al Sud la presenza dei minori stranieri è assai limitata, intorno al 10 per cento, mentre nelle strutture penitenziarie di controllo rafforzato del Nord la situazione è quasi completamente ribaltata, con una presenza di minori stranieri dell'80 per cento, parimenti suddivisi tra nomadi e nord-africani.

SIGNORELLI. Questo pone quindi dei problemi diversificati, che impegnano l'amministrazione anche nella ricerca di personale.

RUSSO Raffaele. Prima di porre dei quesiti, desidererei qualche chiarimento in merito ai dati. Mi è parso di cogliere che ogni medico viene utilizzato all'interno degli istituti minorili per non più di tre ore giornaliere e che vi sia una situazione estremamente differenziata tra un istituto e l'altro anche sotto il profilo della presenza dei minori.

La domanda che pongo allora è la seguente: lei ha parlato di patologie che richiedono interventi specialistici, quali quelle riguardanti l'apparato respiratorio, all'apparato osteo-articolare o quello gastroenterico. Ebbene vorrei sapere se in casi di questo genere ci si avvale, anche in presenza medico incaricato, di forme di assistenza specialistica.

Inoltre, mi chiedo come sia possibile che un medico, che è presente per sole tre ore in un carcere minorile, che magari ospita 50-100 giovani, possa occuparsi adeguatamente dei suoi pazienti se deve, al tempo stesso, occuparsi dell'organizzazione sanitaria dell'istituto, del materiale medico chirurgico presente dell'ambulatorio, dei servizi di lavanderia, eccetera. Non vedo cioè come una persona, che peraltro non ha una specializzazione in materia, possa, in un arco di tempo così limitato, svolgere contemporaneamente il ruolo del medico e quello del direttore sanitario. Non sarebbe opportuno, già in questa fase, dilatare le ore a disposizione del medico per far sì che questi effettui controlli efficaci sia dal punto di vista medico che da quello igienico-sanitario?

PALOMBA. Ringrazio il senatore Russo poiché mi dà la possibilità di fornire alcuni chiarimenti rispetto alla mia precedente esposizione.

Innanzitutto, va precisato che vi sono diverse categorie di istituti penali minorili in rapporto all'entità della popolazione penitenziaria che in essi risiede. Si va da una massimo di 80 con qualche picco di 90 ragazzi al Beccaria di Milano, ad un numero di 60-70 nell'istituto minorile di Casal del Marmo, di 60 a Catania, di 50 a Nisida e così via. Ora, in queste 4 o 5 strutture con una popolazione più consistente, noi solitamente utilizziamo quei 5 medici incaricati che sono in pianta stabile presso l'amministrazione penitenziaria, ma che non fanno parte però della dotazione organica degli istituti minorili. Nelle altre strutture, invece, facciamo ricorso a medici a parcella o a convenzione.

RUSSO Raffaele. Ma anche i 5 medici incaricati prestano il loro servizio per sole tre ore?

PALOMBA. No, costoro sono a tempo pieno.

PRESIDENTE. Se ho ben capito, i 5 medici in carica non rientrano nella dotazione organica dei carceri minorili, ma in quella dei carceri per adulti.

PALOMBA. Sì, essi fanno parte dell'amministrazione della giustizia; mentre negli altri casi - come dicevo - provvediamo utilizzando medici a parcella. Dobbiamo tuttavia tener presente che vi è un rapporto molto stretto di interazione con le unità sanitarie locali. Noi trattiamo nell'istituto penitenziario le patologie più frequenti, anche se differenziate, quelle cioè curabili da un qualsiasi medico di base; quando si presentano problemi specifici, ricorriamo ai presidi sanitari locali, con i quali abbiamo un rapporto molto positivo. Per fortuna, poi, i nostri ragazzi si ammalano poco frequentemente per cui se un giorno potranno essere 5 o 7 quelli che marciano visita, un altro giorno sarà magari uno solo e quindi il medico può dedicarsi, in quella giornata, a svolgere le altre funzioni che gli sono attribuite.

RUSSO Raffaele. Quando i ragazzi vengono inviati nelle strutture sanitarie pubbliche sono accompagnati dalle forze dell'ordine?

PALOMBA. Sì, anche se va detto che nell'ultima legge sulle traduzioni sono state introdotte deroghe specifiche quando si tratta di ragazzi che non presentano molti problemi.

In ogni caso, senatore, la ringrazio anche per ciò che era sottinteso nella sua domanda e nelle perplessità da lei esposte e cioè che il servizio sanitario penitenziario andrebbe fortemente potenziato. Noi ci auguriamo che ciò avvenga nell'ambito del potenziamento della struttura, ma speriamo che vi sia, al riguardo, anche un qualche provvedimento specifico che rafforzi ulteriormente le nostre possibilità di intervento.

PRESIDENTE. Ciò sarebbe estremamente utile anche perché, al di là della cura, come lei spiegava, vi è tutta la tematica della prevenzione che potrebbe dare risultati molto positivi se attuata nei confronti di soggetti giovani, che sono più facilmente raggiungibili.

PALOMBA. L'educazione alla salute è quella che noi vorremmo veramente poter fare.

GUALTIERI. Quella in corso è una settimana importante perchè tre Commissioni parlamentari, quasi contemporaneamente, stanno operando ricognizioni sul settore sanitario. Oggi, in concomitanza con la nostra riunione, in Commissione bilancio è in programma l'audizione del direttore della programmazione sanitaria sulla questione della spesa sanitaria, a proposito della quale ieri abbiamo avuto la sorpresa di apprendere che dei 30.000 miliardi stanziati per spese di investimento nella legge finanziaria del 1988 non si è spesa neanche una lire. Abbiamo saputo altresì che ogni anno le regioni sfondano il tetto della spesa sanitaria mediamente per 10-12.000 miliardi. Domani, invece, presso la Commissione giustizia si terrà l'audizione del dottor Amato e dei quattro responsabili delle direzioni del personale, delle tossicodipendenze, dell'edilizia penitenziaria e del servizio sanitario penitenziario. In questa sede, invece, ci occuperemo della situazione carceraria sotto il profilo sanitario.

Ebbene, dai dati che ci sono stati forniti, emerge che tale servizio è talmente sottodimensionato che non riesce a corrispondere alle reali necessità del sistema carcerario, la cui popolazione, nel frattempo, è aumentata da 26.000 a 51.000 detenuti, tra i quali si riscontrano 5.000 casi di sieropositività e 400 casi di AIDS conclamata. Abbiamo appreso che l'interscambio tra il servizio penitenziario interno e il servizio sanitario nazionale è praticamente inesistente e lo dimostra il fatto che su 620 USL soltanto 47 hanno stipulato delle convenzioni.

Abbiamo appreso che i 15 centri clinici del settore carcerario sono utilizzati non per i sieropositivi, ma per i mafiosi, al fine di limitare la massimo per questi ultimi le possibilità di fuga, che diventerebbero invece più elevate se fossero curati in strutture esterne al carcere.

Vi sono poi alcuni centri clinici modernissimi, come quello di Opera, nei pressi di Milano, che è chiuso perchè manca il personale medico ed infermieristico; domani ci saranno forniti i dati precisi relativi all'organico.

Sono stati presentati alcuni disegni di legge d'iniziativa parlamentare in cui si propone l'unificazione del servizio sanitario penitenziario con il servizio sanitario nazionale. Su tale questione vi sono opinioni diverse, anche se tutti concordano sul fatto che si registrano comunque gravi carenze di organico. Vorremmo perciò conoscere con esattezza qual è il fabbisogno di organico del servizio sanitario penitenziario e quali sono le carenze che si rilevano nei vari settori, sia in relazione al personale sia in relazione ai mezzi tecnici.

Non so se tale questione abbia rilevanza anche nel settore minorile; lei prima ha affermato che all'interno del sistema carcerario viene adottato una sorta di prestito del personale da una struttura all'altra; questa è una prova ulteriore che è necessario provvedere ad un adeguamento dell'organico. Valuteremo poi se sarà opportuno unificare i due sistemi sanitari, quello penitenziario e quello nazionale; personalmente sono un sostenitore del sistema unico.

Lei ha infine detto che fra i giovani sono stati accertati tre casi di sieropositività. Vorrei sapere come sia stato possibile individuarli, dal

momento che non esiste un sistema coercitivo di accertamento, e che comunque per un minore non ha molto senso parlare di volontarietà dell'accertamento.

PALOMBA. Lo stato di sieropositività di questi tre giovani è stato accertato sulla base di dichiarazioni rese dagli stessi interessati.

GUALTIERI. Si è più volte affermato, anche in un provvedimento di legge in materia, che bisognerebbe impedire a tutti i costi l'ingresso dei sieropositivi nelle carceri; ma per adottare questa misura sarebbe necessario appurare lo stato di sieropositività e, come ho già detto, non esiste un sistema coercitivo di accertamento. Vorrei sapere qual è la situazione per i minori.

PALOMBA. Il numero dei sieropositivi è verosimilmente maggiore rispetto a quello accertato, in quanto si comincia a far uso di sostanze stupefacenti in età sempre più precoce. Attualmente, come anche lei ha sottolineato, non esiste un sistema coercitivo per accertare lo stato di sieropositività di un soggetto, per cui dobbiamo basarci sulle dichiarazioni dello stesso ragazzo o dei suoi familiari.

Per quanto riguarda gli organici, nel settore minorile si stanno individuando le strutture da aprire e da potenziare e le dotazioni di organico, di qualifica e di profilo. Con il prossimo decreto del Presidente della Repubblica sarà stabilita la dotazione organica del servizio sanitario penitenziario, sia per quanto riguarda i medici sia per quanto riguarda gli infermieri. È noto comunque che le risorse sono molto limitate sia nel settore penitenziario minorile sia nel settore penitenziario per gli adulti.

GUALTIERI. Vorrei conoscere il suo parere sulla opportunità o meno di mantenere separato il servizio sanitario penitenziario da quello nazionale.

PALOMBA. Questa è una valutazione di natura politica, che compete, in quanto tale, al Parlamento. Noi abbiamo un buon rapporto con i servizi di base, nel senso che quando un ragazzo presenta delle patologie che non possono essere trattate in carcere, i presidi specialistici di base lo accolgono, probabilmente anche perché si tratta di un numero limitato di soggetti. Sarebbe anche possibile affidare la gestione del trattamento sanitario negli istituti penali minorili alle unità sanitarie di base. Ma questo è un problema estremamente limitato, considerate le dimensioni dell'universo penitenziario minorile.

BETTONI BRANDANI. Non è questa certo la sede per trarre delle conclusioni in merito alle questioni che sono state affrontate; nostro precipuo interesse è invece conoscere i dati relativi a ciascun problema.

Parto dalla premessa che nel settore carcerario i problemi sanitari hanno una loro specifica peculiarità; per quanto riguarda il sistema penitenziario minorile, la popolazione giovanile è meno gravata, proprio per la sua età, da patologie, ma presenta problematiche di altro

tipo, relative agli aspetti psicologici o attinenti la prevenzione primaria e secondaria.

Il modello organizzativo degli istituti penitenziari minorili dovrebbe quindi tener conto di questa particolare caratteristica. Vorrei sapere innanzitutto se lei è d'accordo con la mia valutazione, e se il modello organizzativo, al di là delle carenze oggettive, corrisponde davvero alle esigenze che ho delineato. Mi sembra invece dalla sua esposizione che l'approccio sanitario all'interno del sistema penitenziario minorile sia più di tipo clinico che non sanitario in senso lato, con particolare riguardo a quelle problematiche di tipo psicologico e di reinserimento sociale cui prima accennato.

Vorrei chiedere poi alcuni chiarimenti circa specifiche questioni. Innanzi tutto le prestazioni specialistiche: anche se la richiesta di approccio a prestazioni di tipo specialistico dovrebbe essere piuttosto contenuta trattandosi di persone piuttosto giovani, vorrei conoscere il numero delle prestazioni specialistiche effettuate rispetto ad un certo periodo. Vorrei inoltre conoscere se e quanto si è usato lo strumento della convenzione con la struttura pubblica e quanto si è fatto ricorso al pagamento a parcella o al libero mercato.

Desidero inoltre conoscere come è organizzato il servizio di emergenza all'interno della struttura carceraria minorile, se si fa riferimento al servizio della USL o se vi è una diversa organizzazione; inoltre, i dati relativi al tempo che intercorre tra la chiamata e il soccorso o per lo meno l'arrivo nella più vicina struttura ospedaliera.

Per quanto concerne gli psicologi, dalla relazione risulta che effettuano prestazioni specialistiche a richiesta: vorrei conoscere gli esatti dati relativi a queste prestazioni e come si configura il loro rapporto di collaborazione, se a prestazione, in convenzione o in altra forma. Allo stesso modo mi è parso che manchi la figura dell'infermiere: vorrei sapere se esiste e come si configura; se a d esempio si tratta di personale infermieristico generico e non professionale come nel caso dei penitenziari per adulti; inoltre, se ci sono delle carenze da parte della struttura infermieristica.

Infine, se nelle eventuali convenzioni stipulate con le USL è prevista anche l'attività di prevenzione.

PALOMBA. Siccome la senatrice *Bettoni Brandani* mi ha chiesto dei dati analitici dei quali qui non dispongo, sarò lieto di farglieli avere in un secondo momento.

Vorrei però rispondere al quesito relativo agli psicologi. Attualmente negli istituti minorili non ci sono psicologi in pianta organica; normalmente ci si avvale della consulenza di specialisti, che si recano all'interno degli istituti o dei centri per un certo numero di ore. Posso però assicurare che nella nuova pianta organica prevista dalla bozza di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ci saranno circa 30 o 40 psicologi, in modo da assicurarne almeno uno per ogni struttura, senza per questo escludere che possano essere stipulate delle convenzioni per far fronte alle molte esigenze.

Per quanto concerne l'attività di prevenzione, sarebbe senz'altro opportuno utilizzare anche l'occasione del passaggio nelle strutture di controllo rafforzato per far acquisire a questi giovani, anche quando

non presentano patologie conclamate, la cognizione minima di educazione alla salute, al benessere fisico e mentale. In questo senso sarebbe importantissimo riuscire a sviluppare anche questa linea operativa; da parte nostra c'è un grande interesse in questa direzione.

PRESIDENTE. È rassicurante sapere che all'interno della bozza di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri siano previsti in pianta organica degli psicologi, perché i ragazzi hanno soprattutto bisogno di questo tipo di assistenza.

PALOMBA. Gli psicologi convenzionati sono comunque circa 60.

DIONISI. Sono psicologi che svolgono la propria attività a prestazione o sviluppano dei programmi?

PALOMBA. La convenzione con gli psicologi prevede un certo numero di ore mensili (50, 60 o 70 ore); giornalmente questi medici si recano nelle strutture, parlano con i ragazzi e soprattutto sentono insieme agli educatori e al personale dell'istituto il progetto educativo che viene portato avanti all'interno della struttura, oltre ad esaminare le dinamiche di gruppo. Se c'è ad esempio un momento di maggiore aggressività si studia come farvi fronte. Essi aiutano anche il personale della struttura a capire come può fronteggiare determinate situazioni. A questo aspetto teniamo moltissimo, nella convenzione che la struttura carceraria debba fare in modo che la pena sia educativa.

BRESCIA. Ma questi psicologi sono a disposizione dei minorenni?

PALOMBA. Sì; vorremmo averne di più ma le risorse sono estremamente limitate e dobbiamo coprire molte spese.

PRESIDENTE. Desidero ricordare ai colleghi che l'esposizione del dottor De Donatis verteva proprio sulla situazione dei medici, per cui ulteriori considerazioni possono essere rinviata ad un momento successivo.

Se non ci sono altri quesiti, da la parola al dottore De Donatis.

DE DONATIS. Innanzitutto rivolto alla Commissione il saluto del presidente della nostra associazione, professor Ceraudo, che è il medico penitenziario di Pisa.

Da quanto ho potuto capire dalle domande rivolte al dottor Palomba, credo sia opportuno che io faccio un rapido *cursus* sull'organizzazione del servizio sanitario penitenziario, con l'avvertenza che quello che dirò è valido per la gran parte degli istituti di medie dimensioni.

Sostanzialmente, la medicina penitenziaria è regolata dalla legge n. 740 del 1970, con cui praticamente si riconoscono al medico penitenziario attribuzioni simili a quelle del medico di famiglia. In tale normativa, infatti, ci si limita al discorso della cura del detenuto che richiede una visita e del controllo periodico, su iniziativa del medico, della popolazione carceraria. Ovviamente, come tutti sapete, dal 1970

ad oggi, la situazione è molto cambiata anche perchè nel frattempo è intervenuta la legge n. 833 del 1978, che ha posto in luce quelli che debbono essere gli obiettivi del servizio sanitario nazionale, vale a dire: la cura, la riabilitazione e la prevenzione. Ebbene, se dovessimo dare un giudizio su quella che è stata l'attività del medico penitenziario in relazione a queste tre linee-guida indicate da una legge che ormai possiamo definire superata, esso sarebbe soddisfacente per quanto riguarda la cura, se con tale termine intendiamo un primo livello di intervento, ma assolutamente inadeguato per quanto concerne la riabilitazione e la prevenzione.

A questo punto, però, bisognerebbe ampliare il discorso e fare quanto meno una distinzione tra quelle che sono le necessità e quelle che sono le possibilità. Le necessità sono molteplici; innanzitutto, io sono dell'opinione che all'interno di un penitenziario non si possa parlare di sanità con esclusivo riferimento alla popolazione detenuta, ma che la questione debba essere considerata in un'ottica più complessiva, ricomprendente anche i problemi degli agenti di custodia, dei medici e di tutti gli altri operatori che prestano servizio presso tale struttura. In proposito, debbo dare atto al dottor Amato di aver fornito delle indicazioni molto avanzate. Il senatore Russo si chiede cosa possa fare un medico penitenziario in solo tre ore. Sinceramente, molto poco; voglio dire che, se dovesse soddisfare quanto richiesto nelle circolari emanate dal dottor Amato, probabilmente non gli basterebbero 24 ore. Il direttore degli istituti di prevenzione e pena infatti ha preso in considerazione molti aspetti di una sanità moderna, ma - ripeto - bisogna vedere se guardiamo il problema dal punto di vista delle necessità o da quello delle possibilità. Infatti, se le prime sono sicuramente quelle individuate dal dottor Amato, le seconde sono quelle che hanno portato il senatore Signorelli a dire che il medico penitenziario è quanto meno depresso per come viene trattato e per come vede riconosciuto il proprio lavoro. Ma rimaniamo nell'ambito delle possibilità.

Attualmente, si accede alla carriera di medico penitenziario per chiamata diretta del direttore del carcere, in quanto i concorsi non vengono più effettuati da almeno una quindicina d'anni.

AMATO. Bisogna anche spiegare perchè non vengono effettuati i concorsi: siete stati voi a chiederci di non farli.

DE DONATIS. Come stavo dicendo, dunque, si diventa medico penitenziario a seguito della chiamata diretta del direttore del carcere; il medico poi, a seconda della capienza dell'istituto, non è solo in quanto è stato affiancato, via via, da altre figure professionali che lo coadiuvano. Inoltre, è stata riconosciuta la possibilità di accesso, all'interno dei singoli istituti, su chiamata del medico incaricato, a specialisti delle singole branche. Tale possibilità viene regolata attraverso un rapporto di natura libero-professionale oppure attraverso convenzioni stipulate con le USL, a seconda delle singole realtà locali. Ad esempio, in quella di Modena, in cui personalmente opero, si è instaurato un buon rapporto con l'unità sanitaria locale per cui non vi sono grosse difficoltà in proposito.

Un altro problema particolarmente drammatico è quello della carenza di personale infermieristico, aspetto che rende estremamente difficoltosa la gestione della sanità all'interno dei penitenziari. Dal 1970 ad oggi, si è passati dalla figura piuttosto obsoleta di un medico che doveva garantire un livello minimo di sanità all'interno del carcere ad una richiesta sanitaria più pressante, quotidiana, veramente difficile da soddisfare perchè non si nasce medici penitenziari. Occorre infatti una notevole esperienza per riuscire a rapportarsi con i detenuti; si sa che una delle vie per uscire dal carcere è quella di presentare problemi sanitari: quindi, potete immaginare quale è il gioco della domanda e dell'offerta che si svolge quotidianamente. La nostra è una posizione molto delicata perchè non possiamo essere definiti medici di fiducia del detenuto, in quanto non è lui a sceglierci ma ci trova già lì, e, dall'altra parte, dobbiamo fare anche l'interesse dell'amministrazione e quindi essere quanto più autonomi possibile. Ciò rende ancora più complicato il nostro lavoro perchè si sa - non lo dico io, basta leggere qualsiasi libro di medicina - che alla base del rapporto medico-paziente deve esserci fiducia reciproca.

Potete immaginare dunque cosa può succedere all'interno del carcere in rapporto a problemi di questo tipo; d'altronde, basta leggere la stampa di questi giorni per capire qual è la situazione. Ne è un esempio il caso del presidente della Roma che fa intervenire in carcere il suo cardiologo di fiducia, il quale dice cosa si deve fare e cosa non si deve fare, senza che l'opinione del medico penitenziario abbia alcuna rilevanza. Quindi, c'è un gioco delle parti veramente pesante e difficile da sostenere e qui torniamo al discorso sulla depressione. I giornali riportano soltanto la notizia che il signor Ciarrapico è ricoverato presso l'infermeria del carcere, limitandosi a dare risalto al parere del professor Romeo e non anche a quello del medico dell'istituto. Ma questo è tutto sommato un argomento relativo, che sta a indicare solo il livello di pubblicità che abbiamo.

GUALTIERI. Questo vuol dire che ognuno può chiamare il suo medico di fiducia?

AMATO. Sì, questo è un diritto del detenuto.

DIONISI. E il medico di fiducia interferisce sui percorsi dell'imputato?

AMATO. È tutto sottoposto alla valutazione del magistrato. Il detenuto ha diritto di chiedere di essere assistito e curato dal proprio medico di fiducia, l'ingresso del quale passa per l'autorizzazione del magistrato competente: come pure sono rimesse esclusivamente a quest'ultimo la valutazione e le conseguenze eventuali di una diagnosi formulata dal medico di fiducia. Se costui, ad esempio, dovesse ritenere che la persona non può restare in carcere, non ne conseguirebbe l'automatica scarcerazione. Semplicemente il magistrato valuta la situazione: se si convince delle ragioni addotte dal medico di fiducia, accondiscende alla sua richiesta; diversamente, può disporre una visita collegiale o inviare uno specialista di sua fiducia.

GUALTIERI. Ciò vale anche nel caso in cui la pena è definitiva?

AMATO. In quel caso, dipende dall'amministrazione, però, il detenuto ha sempre il diritto di essere curato dal proprio medico di fiducia.

RUSSO Raffaele. Certo, chi perde la libertà non può perdere anche il diritto alla salute, a scegliersi il medico che lo deve curare.

DIONISI. Alcuni perdono la libertà e la salute; altri fanno finta di aver perso la salute per non perdere la libertà.

RUSSO Raffaele. Ma il diritto di scegliere il medico non può essere abolito.

DIONISI. Vi sono tuttavia dei casi in cui qualcuno sceglie un determinato medico perchè questi certifichi uno stato di malattia inesistente e così lo faccia uscire dal carcere.

DE DONATIS. Come prima dicevo, per le prestazioni specialistiche si ricorre a specialisti liberi professionisti, a volte invece si fa ricorso a convenzioni con le USL.

Si sono adottate quindi quelle misure che erano possibili in base alle risorse finanziarie disponibili. Va inoltre tenuto conto che il numero dei detenuti nei penitenziari italiani era in passato di gran lunga inferiore a quello attuale e che attualmente a causa del numero raddoppiato dei detenuti, si fa fronte ad esigenze che son divenute pressanti con il medesimo organico.

Non bisogna dimenticare che l'infermeria di un carcere ha davvero il ruolo di «cuscinetto» nell'istituto penitenziario. La funzione del medico non è solo quella di diagnosticare una patologia e di mettere a punto la terapia opportuna, ma anche quella di ascoltare il detenuto che gli parla dei propri problemi: il medico penitenziario deve, in un certo senso, fare da mediatore nei rapporti fra il detenuto e l'autorità di polizia penitenziaria, la direzione, gli educatori, ed è quindi una figura del tutto peculiare rispetto alle altre.

Per il modo in cui sono organizzati i penitenziari - e rispondo con questo ad una domanda del senatore Gualtieri - non si capisce, almeno da un punto di vista teorico, perchè il servizio sanitario nazionale non debba farsi carico dell'assistenza dei detenuti in carcere. Ma adottare un sistema di rotazione dei medici, benchè ineccepibile da un punto di vista teorico, creerebbe nella pratica notevoli problemi.

GUALTIERI. Il problema riguarda ovviamente anche il personale infermieristico.

DE DONATIS. È vero, ma l'infermiere esercita una professione che definirei più tecnica, mentre al medico è richiesta una grande partecipazione umana; esercitare la professione del medico in un istituto carcerario è in fondo una missione. Se un medico che presta servizio in un penitenziario cercasse di far fronte a tutte le esigenze, non sarebbero sufficienti 24 ore lavorative.

PRESIDENTE. *Se mi consente, dottor De Donatis, non è questione di quantità ma di qualità. Sarebbe più giusto dire che un medico penitenziario si specializza in un rapporto di particolare accoglienza nei confronti di un detenuto; ma non capisco perchè ci sarebbe una differenza rispetto agli infermieri, i quali devono stabilire, al pari dei medici, un particolare rapporto umano con i detenuti.*

GUALTIERI. Dottor De Donatis, perchè lei afferma che se si unificasse il servizio sanitario penitenziario con quello nazionale, i medici sarebbero costretti a ruotare nelle carceri?

DE DONATIS. Negli ambulatori gestiti dal servizio sanitario nazionale si alternano medici diversi per ogni giorno della settimana. Nel carcere invece vi è l'esigenza fondamentale di unitarietà dell'intervento.

Per quanto riguarda gli infermieri, non intendevo assolutamente, con le mie osservazioni precedenti, sminuire la professionalità. All'interno del servizio sanitario penitenziario si è determinata, dal 1970 ad oggi, una situazione che definirei di illegalità, perchè le prestazioni infermieristiche sono spesso affidate agli agenti di custodia, personale non qualificato per esercitare la professione, ma che, il più delle volte, rappresenta la continuità storica nel servizio sanitario all'interno delle carceri, con tutti problemi che ne derivano nei rapporti con i medici, perchè la formazione, e quindi la mentalità, è completamente diversa.

Momenti fondamentali nel servizio prestato da un medico all'interno del carcere sono l'ingresso del detenuto, la cura e l'emergenza; vi sono poi tutte le problematiche connesse ad interventi di riabilitazione, di cui vi è grande necessità. Sarebbe inoltre estremamente importante intervenire nelle carceri con un programma di educazione sanitaria, perchè spesso è destinato ai penitenziari il personale con minori conoscenze mediche rispetto alla media generale.

PRESIDENTE. Ringrazio vivamente, a nome della Commissione, il dottor De Donatis per la sua interessante esposizione.

Audizione del Prof. Nicolò Amato, responsabile del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero di grazia e giustizia

PRESIDENTE. Ringrazio il Prof. Amato per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare ai lavori della nostra indagine.

AMATO. Signor Presidente, non so se la Commissione è interessata ad una indicazione dei temi organizzativi del servizio sanitaria penitenziario o se è interessata ad un giudizio di merito sui problemi, sulle esigenze e sulle prospettive di questo servizio.

Vorrei partire da una domanda che è stata rivolta poco fa al dottor De Donatis e che mi sembra doveroso raccogliere: è stato chiesto se sia preferibile far riferimento anche per le carceri al servizio sanitario nazionale oppure servirsi di una medicina penitenziaria autonoma. Sul piano teorico ci sarebbe in realtà una terza soluzione possibile per la

risposta sanitaria nel carcere, e cioè un ruolo di medici dell'amministrazione penitenziaria. L'attuale soluzione, che deriva da una legge del 1970, rappresenta in un certo senso la via di mezzo fra l'unificazione della medicina penitenziaria con il servizio sanitario nazionale ed un ruolo specifico di medici che dipendono direttamente dall'amministrazione penitenziaria. In realtà il nostro servizio sanitario è articolato su alcune figure tipo: vi è innanzi tutto il medico incaricato, che non è un dipendente dell'amministrazione, ma non è neppure un libero professionista convenzionato con l'amministrazione; è un professionista che sostiene un concorso, ma è legato all'amministrazione da un rapporto *part time*, per cui mantiene il diritto ad esercitare la professione al di fuori del carcere. Ed è proprio qui che sorge il problema: i medici penitenziari accettano infatti con difficoltà il punto di vista della USL - a mio avviso ingiustificato - secondo cui l'attività sanitaria svolta nel carcere è incompatibile con quella svolta al di fuori del carcere in nome e per conto della USL. In tal modo i medici penitenziari verrebbero ad essere di fatto penalizzati.

Inoltre il ritardo nell'espletamento dei concorsi - come ricordava il dottor De Donatis - ha comportato alcune vacanze nei posti di medico incaricato, alle quale è stato però possibile far fronte con i medici incaricati provvisori (figura espressamente prevista dalla legge n. 740 del 1970), che in virtù di una convenzione stipulata dal direttore dell'istituto hanno potuto ricoprire le funzioni di medico incaricato, in attesa dello svolgimento dei concorsi.

PRESIDENTE. Quanto dura l'incarico affidato in questi termini ai medici incaricati provvisori?

AMATO. Quanto duri non si sa; talvolta non c'è nulla di più definitivo del provvisorio.

Il mancato espletamento dei concorsi non è stato e non è una libera scelta dell'amministrazione ma una risposta positiva all'AMAPI; inoltre nel 1991 il Parlamento ha approvato una legge che prevede la stabilizzazione dei medici incaricati provvisori. La sanatoria sarebbe dovuta avvenire ad opera di una commissione presieduta dal procuratore generale figura poi sostituita da quella del Provveditore penitenziario: tale cambiamento ha comportato dei ritardi, al punto che non tutte le sanatoria sono state realizzate.

Per citare dei dati, tra medici incaricati e medici incaricati provvisori sono attualmente impiegate 338 unità a fronte delle 350 previste in organico (un numero di per se oggettivamente insufficiente, se si pensa che gli istituti di pena sono circa 240 e la popolazione penitenziaria negli ultimi anni è salita dalla 25.000 a 51 unità).

BRESCIA. Esiste una pianta organica?

AMATO. La pianta organica prevede 350 medici e risale alla legge n. 740 del 1970.

D'altronde la situazione a quell'epoca era completamente diversa. Personalmente giudico quel numero insufficiente non solo in relazione ai 51.000 detenuti oggi presenti negli istituti penitenziari ma anche

perchè l'ambiente carcerario, nonostante ogni impegno e buona volontà, è oggettivamente un ambiente patogeno. Negli istituti di pena è favorito l'insorgere di patologie prima non esistenti o l'accentuazione di patologie esistenti, sia sul piano fisico che su quello psicologico. Non si sa bene quando si viene privati della libertà. Di qui la necessità di offrire a queste persone, alle quali la giustizia a ragion veduta toglie la libertà, delle risposte a livello terapeutico; la pena deve essere la privazione della libertà non della salute. Per questa ragione il servizio deve essere integrato con altre figure professionali, così come prevede la legge: penso al medico di guardia, al medico dell'emergenza, anche se nei fatti occorre riconoscere che il servizio di guardia medica tende a diventare un'integrazione di un servizio sanitario che altrimenti sarebbe ancor più insufficiente. Peraltro l'espressione «medico di guardia» non deve ingannare nel far ritenere che si tratti esclusivamente di un medico per le emergenze. Secondo la legge n. 740 del 1970, egli dovrebbe stare in istituto tanto per quanto richiesto dalle esigenze sanitarie di quest'ultimo): questo vuol dire tutto e niente, poichè dipende da chi valuta le esigenze.

PRESIDENTE. Peraltro mi sembra che i medici impiegati *part-time* siano retribuiti molto poco.

AMATO. Dopo lunghe discussioni anche con il dottor De Donatis, ho redatto una circolare con la quale ho stabilito che quei medici devono prestare servizio per almeno tre ore, per dare un minimo di certezza. Per questa ragione i medici di guardia sono dei liberi professionisti che hanno con noi un rapporto in convenzione che prevede una retribuzione oraria. I compensi vengono rivalutati periodicamente con decreto del Ministro di grazia e giustizia in accordo con i Ministri del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro.

Attualmente i medici sono 1.097 per un totale di 3.424 ore nei giorni feriali e 4.665 ore nei giorni festivi. Questo significa che concediamo i compensi non arbitrariamente ma in base alle disponibilità di bilancio. I finanziamenti posti a nostra disposizione dalla legge finanziaria non vanno certamente in economia ma vengono spesi fino all'ultima lira. Abbiamo distribuito questo complesso di ore, che - come vi dicevo - è di 3.424 ore per i giorni feriali e di 4.665 ore per i giorni festivi, fra tutti i nostri istituti in maniera tale che in alcuni di essi abbiamo una guardia medica che copre il servizio per l'intero arco delle 24 ore, in altri per sole 16, in altri ancora per 8 ore e così via. In sostanza, utilizziamo i soldi a nostra disposizione nel modo che riteniamo più razionale; ad esempio, nei grandi istituti, quali San Vittore o Regina Coeli, il servizio di guardia medica copre l'intero arco delle 24 ore.

Accanto alla guardia medica, vi sono poi i medici specialistici, che sono liberi professionisti convenzionati. Al riguardo, la direttiva che ho ritenuto di dover impartire agli istituti di pena è che, dovendo assumere uno specialista, è opportuno che prima si verifichi la possibilità di concludere convenzioni con le USL. Debbo dire però che ciò non accade molto frequentemente per cui abbiamo la necessità di rivolgerci a liberi professionisti. I dati sono eloquenti: delle 1694 convenzioni

stipulate nel corso del 1992, solo 149 sono state concluse con le unità sanitarie locali.

Un altro problema estremamente grave che dobbiamo affrontare è quello degli infermieri; esso costituisce uno dei punti dolenti del sistema sanitario carcerario. Abbiamo un ruolo di infermiere per il quale è previsto un organico di 800 unità, che però non si è mai riusciti a coprire interamente perchè si tratta di un mestiere faticoso e non adeguatamente retribuito. Attualmente prestano servizio circa 320 infermieri di ruolo, il cui numero è assolutamente insufficiente; pertanto, per sopperire alle necessità, ricorriamo all'assunzione di infermieri a ore, cioè mediante delle convenzioni, rivolgendoci alle USL o al libero mercato. Debbo dire che quello degli infermieri è un problema particolarmente grave e delicato: è sicuramente più facile infatti trovare un medico che non un infermiere.

Questo sul piano del personale; vi è poi un problema che non riguarda il personale sanitario e parasanitario, ma le strutture che utilizziamo. Vi sono, all'interno degli istituti penitenziari, infermerie e ambulatori; questi ultimi vengono utilizzati dai medici specialistici, mentre le infermerie hanno, in alcuni casi, anche dei posti di degenza per detenuti che abbiano bisogno di permanere in un ambiente sanitario assistito. È presente poi, in alcuni istituti, un tipo di struttura che ha grandi possibilità teoriche, ma che incontra molte difficoltà pratiche e cioè il centro clinico. Questo è un argomento sul quale vorrei richiamare l'attenzione della Commissione.

Noi abbiamo 13 centri clinici (Torino, Genova, Milano, Parma, Pisa, Perugia, Roma «Regina Coeli», Napoli, Bari, Palermo, Messina, Cagliari e Sassari) che, da un punto di vista strutturale, sono molto validi; abbiamo spesso infatti centinaia di miliardi per renderli operanti. A Genova, per esempio, dove vi è un carcere assolutamente fatiscente e invivibile, esiste un centro clinico modernissimo e perfettamente attrezzato. Debbo dire anche che alcuni di questi centri funzionano complessivamente in maniera soddisfacente al loro interno è possibile effettuare anche talune operazioni chirurgiche e sono convenzionati con specialisti molto bravi. Il problema di tutti però è quello della carenza di infermieri ed è tale che noi abbiamo centri clinici praticamente inattivi esclusivamente per questo motivo.

PRESIDENTE. Qual è lo stipendio di un infermiere nel sistema penitenziario?

AMATO. Credo si aggiri attorno al milione di lire.

GUALTIERI. I 320 infermieri di ruolo non basterebbero, dunque, neanche per i 13 centri clinici esistenti.

AMATO. Lei deve considerare che non si tratta soltanto di un fatto numerico, ma anche di un problema di estrazione, di nascita. Infatti, una delle cose più difficili per un'amministrazione è mandare un dipendente lì dove servirebbe realmente piuttosto che dove costui vorrebbe andare. Quindi, non si tratta di una questione puramente numerica.

Come stavo dicendo, noi abbiamo a Genova un centro clinico molto efficiente che però è sostanzialmente inattivo per mancanza di infermieri; anche il centro di Perugia ha enormi difficoltà di funzionamento per la rilevante carenza di tale personale.

Io lamento fortemente questa impossibilità di funzionamento. Se i centri clinici funzionassero come noi vorremmo e se avessero quella efficienza che potrebbero teoricamente avere, noi potremmo limitare di molto un fenomeno che ritengo per un verso necessario, ma per l'altro fonte di gravi preoccupazioni, cioè l'esigenza di ricoverare i detenuti in luoghi esterni di cura. In virtù di quel diritto alla salute che è stato prima richiamato, la legislazione in materia stabilisce che quando una persona non può essere curata con le risorse, i mezzi e gli strumenti del servizio sanitario penitenziario, sulla base di un provvedimento del giudice deve essere ricoverata in una clinica o in un ospedale all'esterno. Il diritto alla salute viene ritenuto prevalente rispetto alla detenzione.

Come prima dicevo, se i centri clinici in carcere funzionassero, potremmo ridurre la necessità di questi ricoveri esterni. All'interno degli istituti carcerari il livello dell'assistenza sanitaria non può essere - diciamo pure francamente - molto alto; può essere offerta un'assistenza sanitaria di base, e non per cattiva volontà o per mancanza di professionalità dei medici, ma per le condizioni strutturali oggettive. Nei centri clinici invece il livello di assistenza è più elevato; è chiaro che laddove la malattia è più grave, l'intervento sanitario diventa più impegnativo. Il centro clinico può quindi offrire dei servizi che l'assistenza sanitaria di base all'interno di un penitenziario non può offrire.

Vi sono per la verità alcuni centri clinici che funzionano bene, ad esempio quello di Pisa, che è abbastanza efficiente. Esso serve all'amministrazione anche per limitare la necessità di ricovero all'esterno dei detenuti mafiosi: questo per dire l'utilità che hanno e che potrebbero avere i centri clinici. Lamentiamo quindi questa impossibilità di funzionamento che, come prima dicevo, non dipende dalla nostra volontà.

DIONISI. C'è quindi la possibilità di spostare i detenuti da un carcere all'altro?

AMATO. Sì, noi possiamo spostare un detenuto da un carcere all'altro; in questo senso vi è mobilità. Nel caso del centro clinico di Pisa, possiamo spostare il detenuto ammalato in questo centro.

GUALTIERI. Quanti sono i centri clinici non operativi? Ad esempio, il centro clinico di Opera funziona?

AMATO. Il centro clinico di Opera è aperto e funziona, anche se male.

GUALTIERI. Mi sembra che alcuni mesi fa in una sua audizione alla Commissione giustizia lei abbia affermato che alcuni centri clinici sono adibiti essenzialmente al ricovero di detenuti mafiosi per evitarne la fuga; altri invece non sono operativi per mancanza di personale.

AMATO. Confermo, anche in questa occasione, le difficoltà di funzionamento cui avevo già accennato in quella sede. Ad esempio, il centro clinico di Genova, che non si riesce a far funzionare in quanto tale, è usato prevalentemente per ospitare i detenuti in condizioni migliori rispetto a quelle del carcere.

Vorrei ancora aggiungere una valutazione che forse può risultare interessante per la Commissione e a cui credo di non potermi sottrarre. Se potessi scegliere da un punto di vista tecnico, e non politico, una fra le tre soluzioni teoricamente possibili di cui parlavo, cioè avere dei medici direttamente dipendenti dall'amministrazione penitenziaria, avere medici, anche nelle carceri, dipendenti dal servizio sanitario nazionale, o mantenere una medicina penitenziaria autonoma, opterei per quest'ultima soluzione.

Complessivamente esprimo un giudizio positivo sul sistema attuale, anche se ritengo che esso abbia bisogno di interventi di sostegno e di correzione. Se dovessi esprimere una valutazione sul grado dell'assistenza sanitaria nelle carceri, darsi onestamente un giudizio positivo sull'impegno della stragrande maggioranza di coloro che svolgono questo servizio, ma non esprimerei un giudizio incondizionatamente positivo sul servizio in sé, a causa di talune mancanze, lacune, deficienze, che sono indipendenti dalla volontà dell'amministrazione, ma che dovrebbero essere in ogni caso affrontate e colmate.

Ritengo di poter esprimere un giudizio positivo sulla medicina penitenziaria poiché consente di unire due aspetti: il primo riguarda la specificità della professionalità, derivante dall'esercizio di una professione svolta in gran parte all'interno del carcere; il secondo concerne il fatto che tale professionalità non perde i contatti con l'esterno, facendo parte dell'attività medica generale.

Per questa ragione ritengo non utile sostenere l'incompatibilità tra medicina penitenziaria e l'attività svolta nelle USL, nel senso che il detenuto ammalato è sempre prima un ammalato e poi un detenuto. Tuttavia, non si può sottovalutare che le patologie si appalesano all'interno del carcere in modo del tutto particolare, proprio perché i portatori sono cittadini privati della libertà.

L'attività medica all'interno del carcere è sicuramente alla portata del servizio sanitario nazionale, ma viene accresciuta quando vi è una specializzazione specifica del personale chiamato a svolgere sistematicamente detta attività all'interno dell'istituto di pena.

C'è poi un altro aspetto non secondario, a cui non si può certo rinunciare: in assenza della medicina penitenziaria autonoma si porrebbe nei confronti del Servizio sanitario nazionale la questione dell'elemento fiduciario. La tutela della salute del detenuto è sicuramente importante, ma non si può ignorare che alcuni detenuti in modo particolare pongono problemi che non sono soltanto di natura sanitaria. Quindi occorre tener presente nel rapporto con i detenuti una certa impostazione, che talvolta può non aderire all'impostazione dell'amministrazione sanitaria.

Non voglio mettere in dubbio la correttezza di nessuno, ma qualunque rapporto più o meno stretto tra detenuto e medico richiede un elemento fiduciario che può essere assicurato soltanto dalla medicina penitenziaria, dal momento che la scelta del medico

penitenziario passa anche attraverso una valutazione dell'amministrazione. Se il servizio fosse invece svolto dal Servizio sanitario nazionale si porrebbe questo problema. Per questa ragione giudico positivamente un certo tipo di soluzione.

Presidenza del Vice Presidente TORLONTANO

(Segue AMATO). Questa però non può essere la sola risposta alle esigenze sanitarie. Non si può immaginare che il carcere, nel suo insolamento, con le sue risorse, il suo personale, i suoi mezzi, le sue strutture possa rispondere appieno alla domanda di salute, al diritto alla salute che deve essere riconosciuto al cittadino detenuto. Se per tutti esiste il diritto alla salute, per chi è detenuto tale diritto va riconosciuto doppiamente: questo va detto con estrema franchezza.

Il carcere è invece pur sempre una istituzione i cui fini primari non possono essere certamente di tipo sanitario: per quante possano essere le risorse messe a disposizione della struttura sanitaria carceraria, il carcere resta tale, non può essere un ospedale. Non si possono confondere i fini istituzionali di strutture diverse.

Se vogliamo dare ai detenuti una risposta sanitaria, così come compete ad uno Stato civile, se vogliamo che essa sia veramente rispondente al diritto alla salute di questi cittadini e se vogliamo che finalmente si cancelli quella diversità tra cittadini liberi e cittadini detenuti, occorre accettare la medicina penitenziaria, pur mantenendo vivo ed operante il rapporto tra il carcere e il Servizio sanitario nazionale. Questo significa però che all'interno delle carceri la struttura sanitaria potrà anche non essere di livello altissimo: infatti non in tutte le carceri sono presenti dei centri clinici. Sono molti i casi in cui, nonostante la buona volontà, non è possibile dare una risposta adeguata in termini sanitari: in quei casi è necessario che sia riconosciuto anche dalla legge un rapporto vivo ed operante con il Servizio sanitario nazionale.

Quindi ci sono due aspetti antitetici che convergono in una prospettiva di assoluta legalità.

Occorre infatti evitare in ogni modo che detenuti, soprattutto ad alto indice di pericolosità (mafiosi, camorristi o altro) possano enfatizzare malattie esistenti per sottrarsi al carcere ottenendo il ricovero in ospedale. Questa è una esigenza per me fondamentale. Tutti sappiamo quanto è successo a Palermo nei mesi e negli anni scorsi. Il problema è stato da noi posto più volte con grande durezza: non ci può essere insulto più grave alla legalità della strumentalizzazione di una malattia inesistente o della esasperazione di una esistente per sottrarsi alla giustizia dello Stato. Questo è vergognoso, inaccettabile: lo dico anche a nome di molti medici. Conosco l'angoscia, il dramma, la sofferenza, le difficoltà che incontrano coloro che operano negli istituti situati in zone ad alto radicamento mafioso: ci prego di credere che tale coscienza è per me ragione di grande preoccupazione, poichè in quelle

realità avviene uno scontro molto duro fra il mafioso che minaccia, indirettamente o direttamente, e il povero medico che alla fine è esposto al pericolo. Anche di recente sono intervenuto duramente, ritenendo che alcuni certificati di ricovero all'esterno non fossero giustificati.

Io non ammetto - lo dico con franchezza - che un medico, per una minaccia ricevuta, accetti di stilare un certificato non corrispondente alla verità dei fatti; posso consentire che una persona timorosa non faccia il medico, ma non che, esercitando tale professione, certifichi il falso. Nessuno è obbligato a fare un certo tipo di mestiere ma, se lo si fa, *bisogna farlo correndo tutti i rischi che esso comporta*. Questo è un problema drammatico, nell'affrontare il quale io ritengo di non avere altra alternativa che una durezza e una severità assolutamente inflessibili.

Debbo dire però anche un'altra cosa - e questo è l'altro aspetto del problema - e cioè che, quando non si tratta del mafioso che, nell'intento di frodare la giustizia, strumentalizza o esagera la malattia, ma del povero detenuto, che veramente sta male e che noi non siamo in grado di curare all'interno del carcere, allora ritengo che sia altrettanto vergognoso - mi scusino se adopero questa espressione forte, ma la uso in ragione di una esperienza che ho fatto con grande sofferenza - che non si riesca o che sia difficile riuscire a portare questo cittadino ammalato in un ospedale dove possa essere curato meglio di quanto avviene nel luogo di detenzione. Queste sono due aspetti che mi indignano ugualmente: mi indigna che si esca dal carcere senza ragione, ma mi indigna altresì che, se vi è una ragione, non si possa passare da quest'ultimo ad un ospedale per tutelare la salute del cittadino. Se vi è un principio di grande civiltà è quello secondo il quale vi è un limite di compatibilità fra la salute e la detenzione. Io non credo che la detenzione possa perdurare laddove la malattia è tale da rendere senza senso la privazione della libertà; ritengo ciò incivile di per se stesso. Ed allora, se questa è la situazione, con la stessa forza e determinazione con cui combattiamo contro i mafiosi che vogliono uscire dalle carceri per sottrarsi alla giustizia dello Stato, dobbiamo dire, per i detenuti non mafiosi che hanno bisogno di cure, che è inaccettabile che gli ospedali non li ricevano. Questo è - a mio avviso - inammissibile, ma purtroppo debbo dire che spesso succede. Noi abbiamo avuto e abbiamo casi di detenuti, malati terminali di AIDS, che sono stati riportati dagli ospedali all'interno dell'istituto quando si sapeva che ciò avrebbe significato semplicemente farli morire nel carcere piuttosto che da un'altra parte. E questo lo reputo un fatto grave.

BETTONI BRANDANI. Ma in questo caso vi è la responsabilità penale del medico che rifiuta tali malati.

AMATO. Ed infatti noi lo denunciemo alla procura della Repubblica.

A questo proposito, vorrei fornire un piccolo grande suggerimento ai signori senatori e cioè la creazione di reparti carcerari all'interno degli ospedali. Noi abbiamo sperimentato in alcune grandi città, con la disponibilità delle USL, tale soluzione che ci pare la migliore possibile.

In sostanza, si ricava all'interno di un ospedale plurispecialistico un reparto di 10-20 posti che viene destinato esclusivamente ai detenuti, come accade, ad esempio, a Torino. Il vantaggio di una soluzione di questo genere è innanzitutto che non accade quello che invece di solito succede quando un detenuto si ammala e cioè che il direttore del carcere deve telefonare a tutti gli ospedali della città per cercare un posto che, generalmente, non si trova mai. Il secondo vantaggio del reparto carcerario è che il detenuto ricoverato non dà fastidio agli altri degenti. Infatti, ciò che disturba è il detenuto ricoverato in una sala comune con la scorta dei poliziotti col mitra, sono i colloqui, la processione dei parenti. Se invece esiste un reparto apposito, il detenuto vi viene ricoverato e piantonato dalle forze dell'ordine senza che ciò crei problemi, tra l'altro, con un risparmio di personale. Attualmente, però, questa soluzione, che sembrerebbe l'uovo di Colombo perché ottimale anche per le stesse USL che si risparmierebbero il fastidio di avere detenuti in tutti gli ospedali della città, non si riesce a realizzare. Se qui fosse presente il ministro Costa, mi permetterei di rivolgergli la preghiera di intervenire con la sua autorevolezza affinché vi sia una diffusa disponibilità, per lo meno nella città capoluogo di provincia, a «ritagliare» uno spazio per questi reparti carcerari; diversamente, non rimane che prevederli per legge perché questa è l'unica strada che rimane.

Concludo qui questo intervento perché ritengo di aver sottratto già troppo tempo alla Commissione.

PRESIDENTE. Ringrazio, a nome di tutti i senatori, il professor Amato per l'esauriente esposizione e lascio la parola ai colleghi che intendono rivolgere domande al nostro ospite.

ZUFFA. Dottor Amato, mi è sembrato di capire, dalle sue valutazioni circa i possibili modelli di organizzazione sanitaria all'interno degli istituti penitenziari, che lei difenda il sistema misto, attualmente vigente. Da un punto di vista istituzionale, a me sembrerebbe più corretto che l'organizzazione della salute nelle carceri fosse a carico del Servizio sanitario nazionale, che ha il dovere di occuparsi della salute di tutti i cittadini, e quindi anche di quella dei detenuti, che sono cittadini come gli altri.

Appare a mio avviso incongruo che l'assistenza all'interno delle carceri sia gestita dal Ministero di grazia e giustizia, e mi sembra altresì discutibile il sistema di reclutamento dei medici nelle carceri su chiamate dei direttori, in quanto comporta una discrezionalità che mal si concilia con il principio della tutela della salute. Quali elementi di giudizio in materia di salute può avere il direttore di un carcere? Anch'io sono convinta che un medico penitenziario debba avere una competenza specifica, perché egli instaura un rapporto particolare con chi è privato della libertà, ma non riesco a capire perché questo compito non possa essere affidato a medici del Servizio sanitario nazionale e neppure per quale ragione i medici che fanno parte di quest'ultimo dovrebbero girare da una struttura all'altra.

Nutro dei dubbi sulla costituzionalità dell'istituzione di reparti carcerari negli ospedali, alla cui creazione sembra evidentemente

destinato il finanziamento previsto nel decreto-legge n. 60 del 1993. Lei affermava che vi sono notevoli difficoltà per il ricovero di detenuti malati, che vengono spesso respinti dagli ospedali; e quegli stessi medici che non accettano di ricoverare i detenuti dovrebbero poi prestare la loro opera - immagino con quale entusiasmo - nei reparti carcerari degli ospedali. Nel caso di un ricovero all'interno della struttura carceraria sarebbero soddisfatte, sì, le esigenze di sorveglianza, ma non quelle di tutela della salute del detenuto, che è la questione che a noi interessa. Alla luce di quel che lei ha detto, diventa un po' più chiaro per me quell'articolo oscuro del decreto-legge n. 60 del 1993, relativo alla carcerazione dei detenuti affetti da AIDS, in cui è stabilito un unico finanziamento per i posti-letto in ospedale. Noi abbiamo più volte affermato che l'AIDS è la malattia che più di ogni altra necessita di assistenza domiciliare e non di spedalizzazione; in sede di discussione del decreto-legge n. 60 non avevo capito la ragione per cui l'unico finanziamento ivi previsto fosse destinato ai posti-letto in ospedale. Immagino ora, alla luce di quel che è stato detto, che questo articolo piuttosto fumoso - e le chiedo in proposito un chiarimento - tenda alla creazione di reparti carcerari negli ospedali. Ma sarebbe particolarmente iniquo collocare in questi reparti i malati terminali di AIDS, che vengono ricoverati in ospedale solo negli ultimi mesi di vita.

A me risulta che negli ultimi anni - ma i dati a mia disposizione non sono precisi e le chiedo perciò una conferma - in seguito a problemi di bilancio del Ministero di grazia e giustizia, a causa dell'esiguità delle risorse disponibili, in alcuni istituti penitenziari è stato addirittura ridotto il numero di ore di assistenza medica, come è avvenuto, ad esempio, nel carcere di Sollicciano. Alla carenza degli operatori sanitari si aggiunge poi quella del personale di polizia penitenziaria: vorrei sapere quali effetti negativi abbiano questi due fattori considerati congiuntamente. Una conseguenza negativa è, ad esempio, che si tende ad evitare che i detenuti siano curati all'esterno o che si sottopongano ad analisi cliniche in maniera tempestiva, non solo perché sono in lista di attesa o perché gli ospedali non accettano di ricoverarli, ma anche a causa delle difficoltà di sorveglianza, dovute appunto alla carenza di personale di polizia penitenziaria. Questo a me sembra particolarmente grave.

Nel corso dell'audizione di novembre in sede di Commissione giustizia, lei espresse alcune valutazioni, che oggi non ha richiamato, sugli effetti che le condizioni igieniche assolutamente drammatiche di alcune carceri hanno sulla salute dei detenuti. Se non ricordo male, in quella occasione lei disse che a San Vittore vi sono addirittura celle che ospitano fino a 7 detenuti. L'audizione che si svolse alla Commissione giustizia riguardava specificamente i malati di AIDS: voglio sperare che in celle così affollate non vi siano sieropositivi.

BETTONI BRANDANI. Signor Presidente, vorrei osservare che mi sono documentata sul problema anche leggendo i provvedimenti legislativi che regolano il rapporto di lavoro del personale carcerario con la struttura sanitaria.

Dopo aver ascoltato le esposizioni del dottor De Donatis e del dottor Amato è opportuno fare una serie di riflessioni e rivolgere soprattutto

alcune domande al fine di acquisire i dati necessari per studiare una eventuale soluzione legislativa al problema.

Per quanto riguarda le assunzioni di personale medico ed infermieristico vige una sorta di protettorato o comunque di regime diverso. Per i medici incaricati, che nelle USL sono i medici di ruolo, si svolge un concorso per soli titoli e non per titoli ed esami e addirittura (dai vostri interventi risulta essere il metodo prevalente) si effettua l'assunzione per chiamata diretta a discrezione del direttore del carcere. L'indennità percepita da questi operatori (ho parlato con alcuni di essi) è dagli stessi definita insufficiente e vorrei conoscerne pertanto l'ammontare; tuttavia non esiste un regime di compatibilità con altri impieghi dello Stato che configura in qualche maniera questo come un rapporto particolare.

In base a queste considerazioni ed anche in base all'impalcatura della legge stessa, il dottor Amato dava una argomentazione interessante - ma da approfondire - dell'autonomia del medico che lo collocherebbe in una posizione più favorevole rispetto ad alcune problematiche peculiari che emergono nelle carceri.

Espongo al riguardo alcuni dubbi. È vero che forse formalmente esiste questa autonomia del medico, tuttavia per esperienza diretta, anche se limitata, posso dire che esiste una dipendenza non formale ma sostanziale dal datore di lavoro, tanto più quando si configura la chiamata diretta. Occorre quindi valutare come questo aspetto possa incidere negativamente perché nella pratica corrente risulta che il medico si carica di una serie di problemi della struttura carceraria, anche se non sono di sua stretta pertinenza.

Faccio al riguardo un esempio per bilanciare quanto lei diceva. Lei conosce meglio di me la situazione ed è senz'altro reale la difficoltà che esiste a ricorrere al ricovero in ospedale, ma esiste per altri versi una sorta di pressione che a volte si esercita sul medico a causa del problema, che obiettivamente esiste, del piantonamento. Si tratta di un problema oggettivo che non attiene strettamente alla salute ma che pesa in una certa misura e può incidere negativamente sulla esigenza di cure di quel particolare cittadino che si trova in stato di detenzione.

Mi rendo conto che esiste un ruolo particolarmente difficile del medico in questa situazione, che va al di là dello specifico rapporto di lavoro e che è determinato non solo dalla peculiarità del malato carcerario ma anche dalla necessità di garantirne comunque il diritto alla salute alla stessa stregua del cittadino in stato di libertà. Questo a mio avviso richiede un maggiore livello di qualità della prestazione individuale e della struttura proprio per la difficoltà di decidere anche soggettivamente, come operatori, se un singolo carcerato «finge» oppure se è realmente affetto da disturbi reali. Questo è il tipo di interrogativo al quale, come operatori in rapporto alle carceri, ci troviamo spesso di fronte, accentuato dalle particolari situazioni che esistono all'interno di esse.

Ciò richiama a mio avviso la necessità di una maggiore qualificazione del medico. Mi chiedo pertanto se la qualificazione, la crescita culturale, la crescita di esperienza che tutti noi operatori acquisiamo sul campo può essere vista solo ed esclusivamente in un contesto in qualche modo atipico o comunque di maggiore difficoltà di intervento.

Senza trarre conclusioni definitive questo mi induce ad osservare che forse è opportuno modificare qualcosa. Esistono delle atipie, delle problematiche, che non possono essere risolte affermando che le leggi hanno indicato una soluzione relativamente alla cosiddetta «autonomia» dell'ordinamento dell'operatore sanitario perchè esiste una serie di questioni che in realtà restano aperte.

Al fine di acquisire informazioni su questa problematica vorrei approfondire alcuni aspetti. Uno riguarda la domanda che già avevo rivolto al dottor Palomba, relativamente alle emergenze.

Vorrei sapere qual è la risposta dell'amministrazione per quanto riguarda il tipo di servizio. Inoltre vorrei conoscere, se sono rilevati, dati oggettivi sul funzionamento del servizio di emergenza relativamente ai tempi che intercorrono fra la chiamata e la risposta di soccorso e l'eventuale successivo ricovero in una struttura ospedaliera.

Una seconda questione riguarda le prestazioni specialistiche. Come diceva il dottor Amato queste sono in regime di convenzione; occorre pertanto fare un'analisi dei costi di tale sistema. Ritengo infatti che sia necessario porsi il problema dei costi con l'obiettivo del miglioramento dello stato di salute anche in questo specifico settore. Mi chiedo pertanto se il sistema di pagamento degli specialisti convenzionati sia ad orario o a *budget* perchè cambierebbe la sostanza della questione. Vorrei inoltre sapere qual è il meccanismo attraverso il quale si accede alla convenzione. Mi sembra di aver capito che si tratta di una convenzione che la struttura carceraria stipula con il singolo specialista sulla base delle richieste che provengono dai medici.

L'altra domanda che volevo rivolgere e se è possibile conoscere il tipo di attività effettivamente svolta dai centri clinici rispetto a quella prevista e se è possibile scorporare i costi, come si fa nel servizio sanitario nazionale, riguardo ai farmaci, al personale, ai beni e servizi e ad altre voci.

Vorrei inoltre sapere qual è la retribuzione del personale infermieristico, e se gli infermieri in regime di convenzionamento con pagamento ad orario appartengono al servizio sanitario nazionale.

Cioè vorrei sapere se esiste il fenomeno del doppio lavoro e in che misura.

GRASSANI. Siamo alle soglie del Duemila, ma gli istituti penitenziari svolgono ancora una sola funzione: quella di repressione e di punizione dei carcerati. Il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, mi chiedo davvero quanto valga per i carcerati.

Il Ministro della sanità si è detto contento della situazione sanitaria esistente nelle carceri: a mio avviso si accontenta di molto poco, se si pensa che negli istituti di pena per i minori c'è un solo medico che lavora per tre ore al giorno esclusi i festivi; peraltro si tratta per lo più di un medico igienista poichè si deve occupare anche delle cucine e dei bagni. Mi chiedo quali garanzie vengano date ai minori, che dovrebbero essere detenuti in carcere non tanto per essere puniti per i reati commessi, ma per beneficiare di un sistema di recupero e di riabilitazione; quel sistema di recupero e di riabilitazione; quel sistema che tutti stiamo cercando di attuare, ma che non può non passare attraverso l'assidua presenza di uno psicologo. Conoscendo quanto dura

normalmente una seduta dallo psicologo, non so quanto possa giovare un incontro di mezz'ora ai giovani detenuti, che tipo di recupero e di assistenza possano ricevere.

Proprio in materia di assistenza, in alcune carceri ci sono grandi lacune che talvolta sconfinano nel reato; la mancanza di infermieri professionali rappresenta certamente un fatto molto grave; inoltre molti esami di laboratorio vengono elusi proprio per avere la possibilità di effettuarli presso laboratori esterni, quando invece sarebbe molto facile effettuare il prelievo all'interno del carcere ed inviarlo poi ad un laboratorio.

Per non parlare dei direttori degli istituti carcerari, che anziché essere assunti per concorso vengono selezionati direttamente dal pretore che, secondo il proprio gradimento, assegna loro il posto. In questo modo essi hanno la possibilità di rivolgersi a specialisti a pagare le tangenti. Ormai tutti i medici sanno usare un elettrocardiografo e tuttavia so di morti causate dal mancato riscontro di una patologia cardiaca, nonostante fosse stato eseguito l'esame cardiografico.

Sono stato ricoverato per un mese nel reparto di chirurgia toracica dell'ospedale di Bologna e a giorni alterni veniva un infermiere a farmi l'elettrocardiogramma: era lui stesso a dire che non è una cosa trascendentale eseguire un elettrocardiogramma. Forse lo era trent'anni fa ma adesso è facilissimo: qualunque infermiere sa leggere un elettrocardiogramma.

Si è parlato addirittura di realizzare delle sale operatorie all'interno del carcere: mi chiedo per eseguire quali interventi; forse per operare delle cisti, per quanto non credo vi sia la necessità di avere strutture così attrezzate.

STEFANO. Il nodo fondamentale da sciogliere riguarda il ruolo del medico penitenziario, se debba sostituire il medico di famiglia o la guardia medica, altrimenti non si può stabilire con esattezza la necessità in relazione al numero. Vorrei quindi sapere se sono previsti dei corsi di aggiornamento per i medici che operano nei penitenziari; chi garantisce l'assistenza farmaceutica ai detenuti; quale indice di occupazione hanno i centri clinici; qual è la qualità degli interventi ed i costi di tali centri. Per quanto concerne il settore minorile, mi chiedo perché non si pensa alla figura dell'adolescentologo, già prevista da molte regioni all'avanguardia, che potrebbe essere di grande aiuto per questi giovani a rischio.

Vorrei infine sapere se per i controlli vengono coinvolti gli istituti di igiene e profilassi e con quale frequenza se negli ospedali psichiatrici giudiziari per gli adulti vi è lo stesso rapporto medico-detenuto e le stesse specializzazioni.

GARRAFFA. Signor Presidente, ritengo che i lavori di questa Commissione stiano procedendo in maniera piuttosto confusa, quando invece sarebbe opportuno procedere con estrema organicità. Se un'indagine conoscitiva deve portare a certi risultati, che possano poi costituire la base per l'elaborazione di un disegno di legge grazie alla collaborazione degli addetti ai lavori, occorre far riferimento ad una serie di dati oggettivi.

Ho ascoltato con molto interesse le relazioni del dottor Amato e del dottor De Donatis; in esse però non ho ritrovato quei dati che ci possono aiutare a comprendere maggiormente la realtà carceraria; ribadisco perciò la richiesta avanzata da alcuni colleghi di farli pervenire successivamente, anche perchè - a mio modo di vedere - questi dati ci debbono consentire di adottare alcuni provvedimenti legislativi. Innanzitutto, quindi, occorre sapere quante e quali sono le prestazioni che possono essere soddisfatte all'interno delle infermerie e dei centri clinici. Questo in ragione di quella riflessione, che ritengo estremamente giusta, secondo cui tutto ciò che si può fare all'interno del carcere deve essere fatto in tale ambito, anche per evitare che l'aspirazione del recluso di uscire dal luogo di detenzione non abbia un'oggettiva giustificazione. Ovviamente, sulla base dei dati che riceveremo, dovremo cercare anche di appurare quale può essere il livello di utilizzazione degli operatori medici e paramedici. In sostanza, si tratta di capire quali limiti debba avere l'assistenza sanitaria *intra moenia*.

Inoltre, credo sia anche da chiarire l'equivoco - e questo, secondo me, dovrebbe poi risultare nelle conclusioni di questa indagine conoscitiva - relativo alla posizione giuridica dei medici (e perchè no anche degli infermieri) utilizzati all'interno delle carceri. Infatti, se non vado errato - ma pongo la domanda per averne conferma - per quanto riguarda i medici, mi risulta che, da un lato, il loro viene considerato un rapporto di lavoro libero professionale, in quanto le prestazioni che offrono sono soggette alla ritenuta d'accordo del 19 per cento, dall'altro, però, a tale personale viene consegnato il modello 101, che è quello proprio dei lavoratori dipendenti. Inoltre, andrebbe chiarito qualche equivoco particolare rapporto di lavoro: ad esempio, mi consta - sempre se non vado errato - che per chi è assunto presso un istituto penitenziario ha la preclusione ad operare all'interno del servizio sanitario nazionale, mentre altrettanto non avviene per i medici del servizio sanitario nazionale che prestano attività all'interno degli istituti di pena. Si tratta cioè di capire esattamente, una volta per tutte, quali sono le incongruenze, in maniera tale da definire una normativa più adeguata. Io, ad esempio, lavoro in uno ospedale, quello di Trapani, all'interno del quale esiste un reparto per reclusi e debbo riconoscere che si tratta di un reparto che funziona con piena soddisfazione sia dell'amministrazione carceraria sia, del servizio sanitario nazionale e dei suoi operatori.

Sono altresì d'accordo con il dottor Amato, anche in considerazione della peculiarità non scientifica (perchè non esiste una specializzazione in medicina penitenziaria) della particolare tipologia del lavoro, che certamente l'opera svolta dal medico penitenziario non può e non deve limitarsi a quella richiesta ad un medico della USL, pur con tutto il rispetto che ho per tali sanitari, siano essi medici di base o specialisti. Il mio non è un discorso che sottintende l'esistenza di un medico di serie A e di uno di serie B, dico solo che si tratta di diversi tipi di medicina e che quella penitenziaria presuppone degli approcci, anche mentali, e delle disponibilità che sono - a mio modo di vedere - veramente particolari. Pertanto, sono dell'opinione - ascoltando le parole del dottor Amato, ma vorrei essere in ciò confortato da qualche altro dato oggettivo - sono dell'opinione che la medicina penitenziaria debba

svilupparsi nel senso di una sua autonomia rispetto al servizio sanitario nazionale, con il quale però è necessario che si integri sia per quanto riguarda le normative, sia per quanto concerne la tipologia delle prestazioni da fornire al di fuori dell'ospedale, sia infine per quanto attiene una sorta di omogeneizzazione dei rapporti di lavoro. Non vedo infatti per quale motivo debba esistere una serie infinita di contratti di lavoro per il personale sanitario e per quello parasanitario, a seconda dell'amministrazione da cui esso dipende.

Mi risulta, inoltre che, per quanto concerne le prestazioni ospedaliere, il Ministero di grazia e giustizia stipuli delle convenzioni. Nella conclusione di tali atti si privilegia sempre la struttura pubblica; soltanto laddove un ospedale è carente - mi riferisco, ad esempio, alla necessità di fare una risonanza magnetica o un cateterismo cardiaco - ci si rivolge alla struttura privata, adottando in questo caso per tutte le prestazioni diagnostiche e terapeutiche un tariffario nazionale.

Infine, vorrei rivolgere al dottor Amato un'ultima richiesta. Io mi rendo conto delle perplessità di taluni parlamentari in merito all'efficienza dei centri clinici. Pertanto vorrei pregarlo di fornire alla Commissione tutte le indicazioni affinché questi centri siano resi quanto più efficienti possibile, perchè fra i tangentocrati di ieri e quelli che ancora sono presenti in Parlamento vi è la legittima aspettativa di trovare tali strutture funzionanti.

DIONISI. Sono contento che il senatore Garraffa abbia concluso il suo intervento con una simile battuta perchè, se l'avessi fatta io, tutti avrebbero pensato ad un'altra provocazione di Rifondazione comunista.

In ogni caso, al di là delle battute, io credo che dobbiamo tutti ringraziare il dottor Amato per la disponibilità da sempre dimostrata nei nostri confronti. Non è la prima volta, infatti, che egli viene qui in Commissione; anche nella passata legislatura lo abbiamo ascoltato in più occasioni, anche se mi pare che da allora ad oggi non siano stati fatti molti passi avanti.

Io credo che tutti abbiano presente l'ampiezza e la complessità delle problematiche che pone la sanità penitenziaria. D'altra parte, molti di noi ricordano la discussione che vi fu, già alla fine degli anni '70, quando si affrontò questa stessa tematica in sede di esame della legge n. 833 del 1978.

Anche in quell'occasione si parlò dei problemi dell'organizzazione sanitaria all'interno delle carceri. Se affrontiamo nuovamente un dibattito su tali questioni è perchè noi siamo insoddisfatti della situazione attuale, al pari degli operatori sanitari nelle carceri e dei detenuti. Proprio di recente, nel corso di una visita al carcere di Rebibbia, il direttore ci ha detto che è assolutamente necessario affrontare il problema.

Tutti avvertiamo l'esigenza di intervenire per mettere a punto una diversa organizzazione della sanità negli istituti penitenziari, anche se forse alcuni prospettano, per migliorare il sistema con un adeguamento degli organici e nuove risorse finanziarie, soluzioni diverse da quelle che noi ipotizziamo. Devono essere attuati interventi incisivi, senza alcun pregiudizio ideologico da parte nostra sul possibile modello da definire. L'importante è che tale modello riesca a coniugare il diritto

alla salute del detenuto, diritto fondamentale, riguardo al quale il carcerato deve essere considerato alla stregua di qualsiasi altro cittadino - il dottor Amato lo ha giustamente sottolineato, dimostrando grande attenzione e sensibilità alle problematiche dei detenuti -, con le particolari necessità della detenzione. Qual è allora il modello che potremmo individuare per soddisfare questa specifica esigenza? Intanto occorre chiedersi se vi sia davvero una specificità nella domanda di salute, e nella relativa risposta, all'interno del sistema penitenziario. Io sono convinto, come diceva prima anche il dottor Amato, che tale specificità sia reale. Non va dimenticato al riguardo che il carcere è di per sé stesso patogeno e che la patologia, all'interno di un istituto di pena, si manifesta con modalità diverse che altrove. Siamo tutti convinti che sul versante dell'offerta, la struttura del carcere imponga dei vincoli e delle limitazioni che sono intrinseci alla stessa struttura carceraria.

L'obiettivo che però dobbiamo porci e, da una parte, quello di non medicalizzare il carcere, il che potrebbe dar luogo a possibili abusi - la medicalizzazione del carcere infatti potrebbe diventare strumento per non scontare la pena - e, dall'altra, di non «penitenzializzare» le strutture sanitarie esistenti, come l'ospedale. Occorre allora individuare un equilibrio fra queste necessità contrapposte.

Per rifarmi ad uno schema classico adottato all'interno della nostra Commissione nell'affrontare questo tipo di problematiche, partirò dalla elencazione delle prestazioni di cui ha bisogno il detenuto, delle risorse per far fronte a queste esigenze e delle strutture necessarie per dare una risposta alla domanda di salute. Per quanto riguarda le prestazioni, dico subito che il detenuto ha diritto a tutte le prestazioni dell'assistenza sanitaria, in quanto egli è, come prima dicevo, innanzi tutto un cittadino e ha riguardo alla salute i medesimi diritti degli altri cittadini. È pur vero che all'interno di un carcere si evidenziano alcune patologie più di altre, ma vi è solo una diversificazione statistica rispetto all'esterno. Sappiamo che all'interno di un carcere i tossicodipendenti sono presenti in percentuale decisamente maggiore rispetto ad una normale situazione esterna, con tutti i conseguenti rischi di sieropositività. Relativamente al problema delle strutture, non ravviso la necessità di accentuare la separazione del servizio sanitario penitenziario da quello nazionale.

AMATO. Ma, come ho sottolineato prima, vi è una peculiarità del servizio sanitario penitenziario che può essere utilmente integrata dal servizio sanitario nazionale.

DIONISI. Condivido questa sua opinione perché non vi deve essere separazione fra i due sistemi, anzi deve esservi, e non solo nelle situazioni di emergenza, la maggiore integrazione possibile.

Se tutti aderiamo a questa interpretazione, come penso, la pena non è intesa come vendetta ma come occasione di recupero.

Quali sono le strutture idonee? La casa del detenuto è la sua cella; non farei differenza alcuna tra la stanza del detenuto e l'abitazione di un cittadino libero; il secondo elemento è l'ambulatorio del carcere; infine subentra il centro medico di livello superiore, che voleva essere una struttura equiparabile all'ospedale.

Il dottor Amato ci riferiva che il centro clinico carcere di Pisa funziona bene; non ho una grande esperienza in materia, tuttavia se su tredici centri ne funziona bene uno il giudizio complessivo è sostanzialmente negativo.

È reale anche la preoccupazione che prima ha espresso la collega Zuffa relativamente allo spirito con cui i medici curano in ospedale il detenuto. Per la mia esperienza personale posso rispondere positivamente; non si tratta di trasferire il modello-carcere all'interno dell'ospedale. Nel mio ospedale ci servivamo di un reparto poco affollato dove vi erano delle stanze che permettevano il necessario controllo dei detenuti ricoverati da parte delle guardie carcerarie. Ritengo pertanto che non debba esistere alcun pregiudizio: nel momento in cui un detenuto è trasportato in ospedale i medici, che sono obbligati a svolgere il proprio dovere, non devono fare differenziazioni nel trattamento del malato.

Ritengo che la risorsa umana sia sempre importante; a tal riguardo sono sicuramente molto importanti la figura del medico di base, della guardia medica e dello specialista. Per quanto riguarda il tipo di rapporto esistente tra gli operatori sanitari e il detenuto condivido le perplessità avanzate dalla collega Bettoni Brandani e da altri colleghi intervenuti circa l'esistenza di un'eccessiva discrezionalità da parte della struttura carceraria nel richiedere determinati interventi sanitari.

È vero che deve esistere un rapporto di fiducia tra l'amministrazione e l'operatore sanitaria, tuttavia non possiamo coprire con la necessità di un rapporto di fiducia una discrezionalità eccessiva. Esiste il problema della scelta di un certo medico rispetto ad un altro: quali caratteristiche e quale formazione professionale influenzano tale scelta? Spesso essa non è supportata da una particolare sensibilità di chi richiede l'intervento medico. Ricordo che sono stati chiamati dei ginecologi per le carceri maschili e questo non mi sembra molto opportuno.

Esiste sicuramente il problema degli infermieri e degli psicologi, che va risolto introducendo l'altro elemento delle risorse.

Le domande specifiche che volevo rivolgere prima di concludere il mio intervento riguardano in primo luogo il costo complessivo del servizio sanitario, il costo per prestazione e il costo orario, dal momento che gli specialisti vengono scelti dal medico penitenziario e retribuiti ad orario; se fosse possibile vorrei conoscere anche il costo per prestazione nelle diverse strutture.

Vorrei inoltre sapere se può essere introdotto il rapporto di convenzione per chiamata.

Ritengo che le strutture necessarie per fornire le giuste prestazioni ai malati detenuti, non diversamente da quanto accade per gli altri cittadini, debbano appartenere alle USL. Capisco che si pone al riguardo una serie di problemi ma potrebbe essere opportuno sentire gli operatori che hanno più esperienza. Non mi sembra tuttavia, ragionando su un modello teorico, che esistano difficoltà insuperabili.

Si potrebbe ricorrere alla figura del medico di famiglia. In un carcere con duemila detenuti non possono certamente entrare altrettanti medici, tuttavia in un carcere di piccole dimensioni, con venti o trenta detenuti potrebbe essere più opportuno far entrare il

medico di base. Con ciò si risolverebbe anche il problema del rapporto di potere tra il medico che opera (attualmente senza potere) nelle carceri rispetto al medico specialista di fiducia che può disporre addirittura il ricovero del malato.

Ritengo che il medico di fiducia del detenuto dovrebbe poter entrare nel carcere non soltanto in caso di emergenza, ma nei momenti della prevenzione, della diagnosi e della cura che in tal modo verrebbero ricondotti all'interno della struttura della USL; egli dovrebbe pertanto avere pari retribuzioni e pari funzioni rispetto ai medici del servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il problema sollevato dal collega Garralla, se è vero che esiste una specificità, mi sembra comunque esagerato parlare di eccessiva specializzazione; la maggior parte dei medici dovrebbe operare anche attraverso l'individuale sensibilità nell'affrontare le problematiche specifiche.

BRESCIA. Dottor Amato, bisogna dare atto che in più occasioni ha denunciato sulla stampa ed anche in Parlamento il fatto che ci sia non soltanto un sovraccollamento di detenuti nelle nostre carceri ma soprattutto la presenza di patologie che rischiano di rendere drammatica la vita stessa al loro interno.

In modo particolare vi è il riferimento, che ho letto qualche tempo fa, alla questione delle tossicodipendenze e al connesso problema dell'AIDS.

Non c'è dubbio però che proprio in relazione alla questione che lei ha ricordato più volte si pone il problema della cura del detenuto, che in quanto tale se ammalato ha sicuramente maggiori difficoltà rispetto agli altri cittadini, per la situazione in cui si trova. Vorremmo perciò capire d'altronde e questo il senso della nostra indagine - come uscire da questa situazione.

I dati che lei ci ha fornito circa il numero dei medici e le prestazioni effettuate sono impressionanti; condivido peraltro le osservazioni sollevate da alcuni colleghi circa questo rapporto fiduciario che francamente desta non poche perplessità. Facendo diretto riferimento al numero dei detenuti, anche soltanto il numero di ore di guardia medica è evidentemente insufficiente. A maggior ragione si pone quindi il problema del personale infermieristico, deputato alla fase curativa, di applicazione delle indicazioni dei medici; senza contare che alcune figure - penso non soltanto a quella degli psicologi - sono abbastanza trascurate.

Vorrei capire se questo rapporto detenuto-medico è delicatario per una pianta organica ormai obsoleta - la legge a cui si fa riferimento è del 1970 - o se ciò dipende dalle risorse messe a disposizione del Ministero di grazia e giustizia.

Il dottor De Donatis, a proposito delle attività specialistiche, ha affermato che spesso si riescono a risolvere i problemi se si ha un buon rapporto con le Unità sanitarie locali. Mi chiedo allora se non ritorni la vecchia questione dell'appartenenza dell'operatore sanitario, se debba cioè dipendere dal Ministero di grazia e giustizia o dalla unità sanitaria locale.

Il dottor De Donatis solleva poi una questione ancor più drammatica, relativa alla mancata attuazione del principio di globalità della riforma che risiede nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione.

Egli ha affermato che è completamente assente la riabilitazione, mentre lascia molto a desiderare la cura...

DE DONATIS. Quello di primo livello.

BRESCIA. È inoltre assente l'attività di prevenzione. Mi chiedo se, con le risorse attualmente a disposizione, sia possibile pensare a progetti di prevenzione che possano consentire di affrontare alla base il problema della cura e del mantenimento in salute del detenuto; probabilmente sarebbero utili ulteriori elementi conoscitivi a questo riguardo.

L'ultima considerazione concerne i centri clinici: alcuni sembrerebbero funzionare (quelli di Pisa e Perugia) mentre altri no. Vorrei sapere quanti posti-letto ci sono nei centri clinici e soprattutto se questi non funzionano per mancanza di personale medico e paramedico. Vorrei comprendere come sia possibile che in alcune parti tali centri funzionano mentre in altre no.

PRESIDENTE. Vorrei compiere anch'io alcune osservazioni. A proposito dei centri clinici dei reparti ospedalieri, vorrei che si tenesse conto dell'esperienza. C'è chi afferma che il centro clinico debba essere un piccolo ospedale.

Considerare che una struttura siffatta verrebbe oggi senza considerata insufficiente: tale modello è superato; chi viene ricoverato nel piccolo ospedale non trova tutte le specializzazioni e quindi corre il rischio di morire. Questo è quanto ho spesso detto con molta chiarezza.

Poi c'è un'altra cosa importante da dire: il medico che opera all'interno del carcere dovrebbe essere anche consulente nel campo della medicina sociale. Non dico che sia necessario arrivare ad una nuova specializzazione (tra l'altro per crearla occorrerebbe la richiesta di almeno due stati europei) ma è comunque un settore importante che va potenziato, anche all'aluce delle nuove patologie.

Quindi il centro clinico non può trovare espansione, se vogliamo garantire la salute dei detenuti.

Il reparto speciale in ospedale va poi strutturato non in funzione dell'isolamento ma della sicurezza del detenuto, per evitare eventuali sue fughe ma anche per proteggerlo rispetto a chi volesse attentare alla sua vita.

Io ho vissuto, all'ospedale di Pescara, l'esperienza, di un reparto ospedaliero carcerario situato proprio sopra il mio e debbo dire che si sono verificati incidenti di vario tipo: fughe ed inseguimenti per le scale e all'interno del nostro reparto; un detenuto ha dato fuoco alla stanza ma nessuno in assenza del personale infermieristico, ha avuto il coraggio di aprire la porta per cui costui è rimasto chiuso in mezzo al fumo e si è salvato per puro miracolo. Qualora però disgraziatamente fosse morto asfissiato di chi sarebbe la responsabilità? Ricordo che

allora mi rivolsi al Capo della polizia, il quale non prese però alcuna decisione, scaricando la responsabilità e il tutto finì in un nulla di fatto. Dopo questo episodio, per provocazione - si sono sempre stato un pò provocatore - chiesi per il nostro personale, visto che continuavano a verificarsi molteplici incidenti (aggressioni al personale sanitario, fughe con inseguimenti a pistola spianata, eccetera), l'indennità di guerra, tanto più che in quel periodo era in corso la guerra del Golfo. È chiaro che si trattava di una provocazione, però, bisogna tener conto anche dell'esistenza di questi problemi.

Per quanto riguarda invece i centri clinici, il riuscire a farli funzionare è un fatto positivo in quanto è opportuno che i maliosi restino il più possibile reclusi, naturalmente, ciò non toglie che un detenuto, malato gravemente, debba necessariamente essere curato in ospedale. Io non credo infatti che si possa ricorrere per tali soggetti a ricoveri presso case di cura private in quanto, in simili circostanze, soltanto una struttura pubblica è in grado di fornire le necessarie garanzie. Certo, si può anche arrivare ad affidare la gestione del carcere ai privati; in America, l'ex presidente Reagan aveva fatto un tentativo del genere, però non ritengo che questa sia la soluzione più idonea del problema.

Vorrei capire meglio poi le differenze che intercorrono tra i centri clinici e i reparti carcerari ospedalieri e il ruolo che debbono svolgere i medici che operano presso tali reparti perché sono tante le problematiche da affrontare, ad esempio, vi possono essere dei medici che hanno una sorta di pregiudizio nei confronti di chi è detenuto. Inoltre, occorre predisporre una sorveglianza, e necessario che vi siano dei volontari che controllino come vanno le cose. La presenza di questi ultimi, infatti, costituisce un elemento prezioso al fine di evitare abusi e soprusi perché vi è tanta gente sensibile, ma ve ne è altrettanta che non lo è affatto.

AMATO. Signor Presidente, vorrei precisare il mio punto di vista e chiarire alcuni principi generali. Io sono dell'avviso che lo Stato, e quindi l'amministrazione penitenziaria, abbia il preciso dovere di curare, nel modo migliore, la salute dei detenuti. Credo che questo sia un aspetto inderogabile; io qui ho affermato che, se ogni cittadino ha il diritto alla salute, un detenuto ha due volte tale diritto: lo ha in quanto cittadino, anche se privato della libertà, e lo ha, in un certo senso di più degli altri, perché lo Stato, esigendo legittimamente il prezzo della giustizia, lo mette, al di là della volontà dello Stato stesso, in una situazione ambientale che è oggettivamente patogena. Questa è la ragione per cui dico che un detenuto ha diritto due volte alla salute. Debbo anche aggiungere, perché io non ho mai nascosto nulla, soprattutto le cose che non vanno e le difficoltà, che nella situazione attuale di spaventoso sovrallottamento - e il Ministro della giustizia si è autorevolmente fatto interprete di questo problema - le condizioni igienico-sanitarie dei detenuti (debbo dirlo con onestà) sono complessivamente inaccettabili. Ma non perché vi sia una volontà in questo senso, tutt'altro, è l'oggettività del problema che è di per sé drammatica.

Infatti, se in una cella singola siamo costretti a mettere tre o quattro detenuti, in un luogo in cui alcune volte non c'è onestamente lo spazio per stare in piedi quando si scende dal letto, e se nei cameroni trovano

posto anche 25 detenuti, c'è una tale contiguità fisica, una tale mescolanza di tutto, anche delle cose più intime, che oggettivamente fa sì che vi sia una grave mancanza sul piano igienico-sanitario.

Pertanto, vi è il dovere di farsi carico del problema non soltanto da un punto di vista terapeutico, ma anche preventivo perchè la salute la si cura intanto evitando che le persone si ammalino. Io credo infatti che il primo dovere nell'ambito della tutela della salute sia quello di predisporre una profilassi efficace. Questo è il nostro sforzo da sempre, il nostro impegno e anche la nostra angoscia quando ci accorgiamo che, pur volendo, non riusciamo a raggiungere tale obiettivo perchè in queste condizioni prevenire le malattie non è facile, soprattutto poi se a tutto ciò ci aggiunge il dramma della spaventosa diffusione della tossicodipendenza e delle infezioni da HIV. Lascio immaginare a voi cosa significhi, in questo contesto di promiscuità, non solo sul piano fisico ma anche psicologico, la presenza accanto a sé di una persona sieropositiva o ammalata di AIDS o il timore che possa esserlo. L'angoscia infatti è duplice, investe la conoscenza ma anche il sospetto.

Ebbene, rispetto a questa situazione, io ho espresso un giudizio che mi pareva doveroso. Se mi si chiede se la risposta sanitaria che siamo in grado di dare è sufficiente, debbo rispondere onestamente di no. Questo ho il dovere di dirlo perchè è la verità e ciò rappresenta che per me una grande sofferenza perchè è un far torto a quello che io vorrei che si facesse che invece non si riesce a fare.

A nome dei Ministri della giustizia che si sono succeduti in questi ultimi tempi, credo di poter dire che questa angoscia non è solo mia ma anche loro, nel senso che si è convenuto che così non si può continuare e si sono ricercati rimedi e soluzioni senza però riuscire a trovarli, per cause indipendenti dalla volontà di chi li ricercava.

Vorrei, su questo, esprimere una mia personale valutazione, senza invadere il campo ideologico-politico, il che non mi compete, ma richiamando solo una esigenza di legalità e di civiltà che trascende ogni opzione ideologica e politica. Rispetto al dovere, da parte dello Stato, di tutelare la salute dei cittadini, non è né immaginabile, né praticabile una risposta sanitaria dell'amministrazione che sia separata dal servizio sanitario nazionale. Questa è la mia personale convinzione: non è possibile che in un paese democratico e civile come il nostro si possa creare un doppio circuito sanitario, uno per i cittadini liberi, l'altro per i cittadini detenuti. Questo sarebbe - ripeto - non solo impraticabile, ma inaccettabile, e non su un piano ideologico, ma su un piano di civiltà. Infatti, se noi accettassimo una duplicazione del servizio sanitario e decidessimo che un servizio provvede ai cittadini liberi e l'altro a quelli detenuti, avremmo sancito nelle leggi un torto alla nostra coscienza, ossia quella ghettizzazione del carcere e dei detenuti contro la quale mi sono sempre battuto.

Il detenuto è un cittadino diverso dagli altri solo nel senso che ha un prezzo da pagare alla giustizia dello Stato. Ma per tutto ciò che è estraneo al pagamento di questo legittimo debito con la giustizia, non vi deve essere alcuna differenza fra cittadino detenuto e cittadino libero. Poichè ritengo che la salute nulla abbia a che vedere con la giustizia, riguardo a questo aspetto non è giustificabile né ammissibile - ripeto -

alcuna differenza tra cittadino detenuto e cittadino libero. In uno Stato civile, anzi, occorre stabilire un principio cui mi sono più volte richiamato, e al quale si è in qualche modo ispirato anche il disegno di legge relativo alle infezioni da HIV: vi deve essere un limite di compatibilità fra lo stato di detenzione e le condizioni di salute. Vi è un limite di malattia, che non spetta all'amministrazione penitenziaria diagnosticare, al di là del quale la espiazione di una pena non ha senso. La pena può e deve essere espiaata quando le condizioni di salute lo consentano; mi ribello invece quando si pretende di tenere in carcere un detenuto affetto da HIV o da sindrome di immunodeficienza conclamata: è un insulto alla civiltà pretendere di tenerlo in carcere. La detenzione in questo caso non ha senso, e solo una inutile sofferenza.

Non si può quindi, a mio parere, realizzare né accettare una risposta sanitaria che sia separata dal servizio sanitario nazionale. Quando ho esposto le mie valutazioni sulla medicina penitenziaria autonoma, come ho più volte ribadito, non ho inteso esprimere un giudizio politico o ideologico, perché non spetta a me farlo. È compito del Parlamento definire gli strumenti legislativi in materia, mentre io ho il dovere di attuare, e con il massimo impegno, le leggi, fin quando avrò il compito che mi si è ora assegnato.

Quel che ritengo invece resti valido nella esperienza della medicina penitenziaria autonoma è la tutela di due esigenze che vanno salvaguardate, anche se l'assistenza sanitaria per una legge che il Parlamento dovesse in futuro varare non fosse più affidata alla medicina penitenziaria autonoma, ma al servizio sanitario nazionale, con un ruolo di medici dipendenti dall'amministrazione. Come dicevo, non vi è una diversità del detenuto ammalato rispetto al cittadino libero ammalato, ma non vi è dubbio che le patologie che si manifestano in ambiente carcerario, anche se sono le stesse - e non sempre lo sono - dell'ambiente esterno, hanno tuttavia una genesi, un complesso di sintomi, di effetti legati alla condizione detentiva. La diversità riguarda le condizioni in cui si trova il detenuto, quindi un aspetto tecnico, per cui a me sembra utile che un medico - sia un medico autonomo, sia un medico del servizio sanitario - abbia una specificità di esperienza rispetto a questa particolare problematica. Va precisato tuttavia - e per questo lamentavo la incompatibilità che talvolta si infligge ai medici penitenziari - che una peculiarità di esperienza ha senso solo se non vi è recisione dall'albero generale della medicina. C'è, sì, una specificità del detenuto ammalato, ma la malattia è pur sempre lo stesso fenomeno per un detenuto e per un cittadino libero, ed è quindi a mio avviso importante che se i medici penitenziari autonomi continuano a prestare servizio nel carcere, lo facciano avendo la possibilità di esercitare al contempo la propria professione anche per i cittadini liberi.

Quanto all'elemento fiduciario che ho richiamato, vorrei precisare, con riguardo a quella discrezionalità di scelta che è stata attribuita ai direttori (i quali non sono scelti dai pretori, ma sono vincitori di concorsi pubblici dello Stato), che le cosiddette scelte discrezionali del direttore non sono per questo arbitrarie. Poiché la legge prevede che un direttore debba scegliere un medico incaricato se questi non è nel ruolo organico, abbiamo avuto cura di stabilire dei criteri oggettivi. Non vi è alcun direttore che possa scegliere con arbitrio il medico incaricato

provvisorio. Il dipartimento è intervenuto più di una volta per modificare le scelte effettuate dai direttori, qualora non avessero obbedito a quei criteri oggettivi - come la valutazione dei titoli presentati, l'esperienza acquisita e quant'altro -; abbiamo ogni volta precisato che la scelta non deve essere arbitraria, ma va effettuata nell'ambito di una discrezionalità illuminata e giusta. Se sono state adottate scelte che non hanno obbedito a questi parametri oggettivi, me nescuso e me ne faccio carico, perché ha sbagliato il direttore a compierla, ma ha sbagliato anche l'ufficio al quale avevo affidato il compito di effettuare dei controlli e che evidentemente non li ha fatti. Se comunque si è verificato qualche caso del genere, vi porremo riparo.

Quando parlo di rapporto fiduciario, quindi, non mi riferisco certo ad una fiducia soggettiva. Lo spirito con cui cerchiamo di sviluppare il nostro impegno nella gestione del settore sanitario nelle carceri non è mai quello della ricerca di un rapporto in qualche modo soggettivo; non potrei condividere scelte che siano dettate, in parte, dalla simpatia o dell'antipatia, da una fiducia personale del direttore o di alcuno dei funzionari dell'amministrazione. La fiducia di cui parlavo ed è indifferente che questo compito sia svolto dal servizio autonomo penitenziario o dal servizio sanitario nazionale - è fiducia nella legalità che l'amministrazione è tenuta a realizzare. Il detenuto è un soggetto rispetto al quale vi sono alcune responsabilità dell'amministrazione, che riguardano la gestione di determinate situazioni, nel rispetto delle esigenze dell'autorità giudiziaria che svolge i processi e del principio di legalità.

La fiducia di cui parlo è la fiducia oggettiva volta ad evitare che possa esserci un rapporto, fra il detenuto e un qualunque soggetto, sia esso un medico o una persona con cui svolge un colloquio, dal quale possa derivare un rischio, un pericolo per quelle esigenze di legalità che noi siamo tenuti ad incarnare, a rispettare e far rispettare. Quindi è una fiducia di questo tipo, non è una fiducia di tipo soggettivo, intesa come simpatia o come discrezionalità arbitraria; se poi essa viene esercitata male, questo è un difetto degli uomini, non delle regole che noi cerchiamo di applicare.

Viviamo in questo momento una situazione gravemente drammatica per quel sovraffollamento di cui si parlava prima, per la presenza di oltre 15.000 detenuti tossicodipendenti e di 4.000 detenuti sieropositivi accertati; si può immaginare che i sieropositivi siano molti di più di 4.000, considerando che coloro che si sottopongono allo *screening*, essendo questo facoltativo, sono meno del 50 per cento dei detenuti che fanno ingresso negli istituti di pena.

In una situazione di questo genere, che cosa può fare il carcere? È giusto che vi sia al suo interno la possibilità di offrire, rispetto alla popolazione carceraria, una risposta sanitaria (dico «sanitaria» per dire terapeutica e anche preventiva) che sia la più efficace e al più alto livello possibile; rispetto a questo, vi è anche un problema di risorse finanziarie, che è molto importante.

Ho il dovere di dire che noi stiamo gestendo in questo momento 51.000 detenuti con le risorse finanziarie con cui ne gestivamo 25.000 all'inizio del 1991. Ci stiamo portando appresso dal 1992 miliardi di

debiti che abbiamo accumulato con i nostri fornitori, per cui abbiamo difficoltà serie a comprare il vitto e le medicine per i detenuti, a farli lavorare, a comprare il gasolio per riscaldare gli istituti di pena; tant'è vero che nello scorso inverno un senatore mi ha telefonato, giustamente allarmato, dalla Sardegna, dicendomi che nelle carceri di Sassari e di Oristano c'era un freddo terribile perchè non avevano i termosifoni accesi. Quando mi ha chiesto come ciò era possibile e se doveva fare un'interrogazione, gli ho detto di farla pure, ma che la risposta gliela potevo dare subito: i riscaldamenti non erano accesi perchè non abbiamo i soldi per pagare il gasolio e la ditta - siamo arrivati a questo - non ci fa più credito. Poi ho dovuto telefonare io stesso a quest'ultima per pregarla di farci credito e così è stato.

Cio significa però che alla metà del 1993 avremo finito i soldi e con i finanziamenti di quest'anno pagheremo i debiti dell'anno scorso.

Il problema sanitario è anche e soprattutto questo. Se si supera, è giusto dare nel carcere la più corretta risposta sanitaria possibile, perchè il dovere di tutela della salute esiste sul piano preventivo e sul piano terapeutico.

Inoltre, se dobbiamo curare i detenuti, dobbiamo anche farci carico delle esigenze di sicurezza e di legalità della società, quindi evitare che quei detenuti che possono essere curati in carcere vadano a creare oggettivamente problemi negli ospedali; quando non è necessario che siano curati da esterni, cerchiamo di farli restare nella struttura. Che i mafiosi enfatizzino o inventino malattie per sottrarsi alla carcerazione, non è accettabile; credo che bisogna reagire a ciò con la stessa fermezza con la quale diciamo di voler curare i detenuti, perchè la civiltà dello Stato non può essere schizofrenica, ma deve essere unitaria, con due facce corrispondenti l'una all'altra.

Allora, noi cerchiamo di dare una risposta di alto livello. I centri clinici sono un tentativo di questo tipo. Il centro clinico non potrà mai essere un ospedale, certamente; basta immaginare che, per essere un ospedale, dovrebbe essere funzionante ventiquattr'ore al giorno, cosa che naturalmente non è possibile. Però mi riservo di fornire a questa Commissione una documenta dell'attività dei nostri centri clinici per dimostrare come, in effetti (miracolo italiano, se vogliamo, frutto anche della genialità e dell'impegno di molti medici e di molti infermieri), ci sono dei centri clinici in cui sono state fatte e si fanno operazioni straordinarie, non soltanto di piccolo rilievo, bensì di un certo livello.

Tuttavia per quanto accurata e impegnata possa essere la risposta che diamo nel carcere, ci sarà sempre la necessità di prendere atto del fatto che il carcere è carcere e non potrà mai diventare ospedale; quindi l'assistenza sanitaria che noi diamo nel carcere è un'assistenza sanitaria di base che può arrivare a un livello medio o anche medio-alto, se vuole, in alcuni centri clinici, ma non c'è dubbio che c'è un livello di malattia al quale comunque il carcere non può e non potrà far fronte, proprio perchè è un'istituzione altra dall'ospedale. Mi rifiuto di immaginare che il carcere, per esempio, possa diventare il ghetto dei sieropositivi o degli ammalati di AIDS: questo non è accettabile; io credo che quando una persona è ammalata tanto da non poter stare in carcere diviene un cittadino con i diritti di tutti i cittadini e non può essere discriminata rispetto agli altri.

Allora, qual è la soluzione più conveniente rispetto a quei detenuti che dobbiamo curare ma che non possiamo curare nel carcere? L'impiego di reparti ospedalieri, senza far riferimento alle malattie da AIDS conclamato. La proposta che io faccio sui reparti carcerari non ha nulla a che vedere con il decreto sull'AIDS, nè ha nulla a che vedere con l'idea di creare reparti particolari, ghettonati, per gli ammalati di AIDS e quindi usando eventuali finanziamenti di questi o di altri reparti; l'AIDS è un'altra cosa.

I reparti carcerari sono a costo zero perché altro non sono che un ospedale dove sia possibile mandare i detenuti per curarli così come si curano gli altri cittadini. Le Molinette di Torino è una parte di ospedale dove ci sono i medici e gli infermieri degli altri reparti. Ciò significa riconoscere il diritto del detenuto ad essere curato come gli altri cittadini, ma significa anche che il direttore del carcere non deve ammannirsi per trovare posto in un ospedale e che il detenuto può essere curato senza creare pericoli, rischi e fastidi al resto dell'ospedale e dei degenti; infatti se si mette un detenuto in una corsia o in un reparto per altri degenti si creano problemi, fastidi (quali la scorta degli agenti o i colloqui con i parenti) e anche rischi, perché certo ci sono anche questi.

A Le Molinette c'è un reparto di venticinque persone che vengono curate come gli altri ammalati, non diversamente. Ma pochi agenti bastano per garantire la sicurezza, al contrario di quanto avviene a Roma dove, se vi sono dieci detenuti ammalati, vi sono quattro uomini con il mitra in ognuno di dieci ospedali diversi.

Tutto ciò comporta difficoltà comprensibili e rischi per la sicurezza. Talvolta vi potranno anche essere state delle fughe, ma questo accadeva maggiormente quando i piantonamenti non venivano svolti da nostro personale.

D'altronde i reparti carcerari hanno un costo zero e non significano necessariamente la ghettonazione del detenuto: semmai il riconoscimento del suo diritto alla salute senza creare problemi agli altri degenti dell'ospedale.

Per quanto riguarda i medici e gli psicologi, il problema è esclusivamente finanziario. Attualmente circa 350 psicologi sono impegnati per un certo numero di ore mensili (al massimo 64) con una retribuzione oraria di 25.000 lire: in questo modo vengono totalmente impegnati i fondi a disposizione; se avessimo più soldi, potremmo pagare meglio questo servizio o avvalerci di un maggior numero di psicologi. L'opera di questi professionisti è particolarmente utile anche per l'avvenuta istituzione nelle carceri dei presidi per i tossicodipendenti (anche se sarebbe compito delle USL).

Senatrice Bettoni Brandani, ho grande rispetto per il Servizio sanitario nazionale, che è indispensabile; tuttavia la legge n. 162 del 1990 ha stabilito all'articolo 97 che le USL hanno il dovere di collaborare con i servizi sanitari degli istituti di pena per curare e riabilitare i tossicodipendenti. Le USL che finora hanno onorato questo impegno sono assai perché, a dimostrazione del fatto che, al di là delle prescrizioni di carattere normativo, occorre vedere nella realtà cosa effettivamente accade.

Quindi i nostri medici, i nostri educatori, i nostri agenti con pochi soldi e pochissimi mezzi svolgono non solo il loro compito di istituto ma anche il compito di altri.

Abbiamo poi istituito anche un nuovo servizio molto utile di cui poco però si è parlato: il presidio dei «nuovi giunti». A volte la fantasia sopperisce alla mancanza di altre risorse.

Con una circolare abbiamo stabilito che ogni persona che fa ingresso per la prima volta nel carcere, che ha subito il trauma dell'arresto - un trauma assai forte che induce spesso all'autolesionismo specialmente nei primi giorni di detenzione - debba passare per tale presidio; in questo modo lo psicologo ed altri specialisti, attraverso un colloquio ed un esame psicologico dell'individuo, possono verificare se egli ha carenze, problemi, difficoltà e quindi stabilire, sulla base di una diagnosi interprofessionale, la collocazione nel carcere di quella persona e la risposta da dare a livello terapeutico. In questo modo siamo riusciti a ridurre il numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio; purtroppo però l'esplosione della popolazione carceraria e la carenza di fondi sta mettendo in crisi questo meccanismo estremamente utile.

PRESIDENTE. Ringrazio il prof. Amato per le notizie che ci ha fornito e dichiaro conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 20.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT.SSA MARISA NUDDA

