

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

4^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 20 APRILE 1993

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

INDICE

Indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri: audizione del signor Giovanni Dore, in rappresentanza della CGIL, e della dottoressa Paola Saraceni, della signora Irma La Torre, del signor Marco Piras e del signor Marco Mammuccari in rappresentanza della CISL

PRESIDENTE:		<i>DORE</i>	<i>Pag. 9, 11, 24</i>
- Marinucci Mariani (<i>PSI</i>)	<i>Pag. 3, 6,</i>	<i>MAMMUCARI</i>	<i>21, 22, 23</i>
	<i>7 e passim</i>	<i>PIRAS</i>	<i>6, 18, 23</i>
- Torlontano (<i>PDS</i>)	<i>12, 19, 22 e passim</i>	<i>SARACENI</i>	<i>3, 6, 7 e passim</i>
BETTONI BRANDANI (<i>PDS</i>)	<i>13, 19</i>		
CARRARA (<i>DC</i>)	<i>15</i>		
GRASSANI (<i>Rifond. Com.</i>)	<i>12</i>		
MANARA (<i>Lega Nord</i>)	<i>20</i>		
PISATI (<i>Lega Nord</i>)	<i>11</i>		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il signor Giovanni Dore, in rappresentanza della CGIL, la dottoressa Paola Saraceni, la signora Irma La Torre, il signor Marco Piras ed il signor Marco Mammuccari in rappresentanza della CISL.

I lavori hanno inizio alle ore 16,30.

Presidenza del Presidente MARINUCCI MARIANI

Audizione dei rappresentanti della CGIL e della CISL

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla situazione delle carceri.

È in programma oggi l'audizione dei rappresentanti della CGIL e della CISL, che ringrazio per aver accolto l'invito della nostra Commissione. Purtroppo oggi non è presente, a causa di impegni congressuali, il rappresentante della UIL, che ascolteremo quando si svolgerà l'audizione dei rappresentanti delle regioni.

Do la parola alla dottoressa Paola Saraceni, rappresentante della CISL.

SARACENI. Signor Presidente, vorrei innanzitutto precisare che prestiamo a vario titolo servizio nelle carceri - io sono educatrice; i colleghi appartengono alla polizia penitenziaria e lavorano negli istituti penitenziari di Cagliari, Rebibbia, Regina Coeli - dove allo stesso tempo, svolgiamo attività sindacale; quindi abbiamo a disposizione una serie di elementi conoscitivi.

Mi limiterò a volgere una introduzione di carattere generale, alla quale i colleghi aggiungeranno elementi di carattere specifico. La situazione sanitaria degli istituti penitenziari è attualmente di grave difficoltà, soprattutto a causa del sovraffollamento. Come saprete, infatti, la popolazione carceraria attuale è di 52.000 detenuti, mentre le carceri hanno complessivamente una capienza di 25.000 detenuti. Questo aumento notevolissimo della popolazione carceraria, ovviamente, non può non creare dei problemi.

È aumentato anche il numero di malati mentali che entrano nelle carceri e vengono poi dislocati negli ospedali psichiatrici di Aversa, Barcellona, Castiglione, Montelupo, Napoli, Reggio Emilia, Livorno e Sollicciano, nei quali, ai detenuti affetti da malattie psichiche, vengono prestate le opportune terapie. Il 90 per cento dei detenuti ricoverati negli ospedali psichiatrici è realmente affetto da malattie mentali; non si

tratta, cioè di detenuti eccellenti che si fanno internare nell'ospedale psichiatrico per essere in qualche modo tutelati.

Ogni istituto penitenziario dispone di una infermeria che viene utilizzata, a seconda dei casi che si determinano di volta in volta, quando i detenuti non vengono ricoverati in ospedale; alcune carceri, poi, dispongono anche di un proprio centro clinico.

Va evidenziato che i medici di ruolo sono solo 35; essi sono stati assunti nel 1990 ed inviati tutti negli ospedali psichiatrici. Gli altri medici, circa un migliaio, sono incaricati e vengono gestiti secondo le norme della legge n. 740 del 1970; vi sono infine 2.000 medici di guardia. La quasi totalità dei medici incaricati oltre a prestare servizio nelle carceri svolge anche altre attività lavorative presso gli ospedali.

Con il recente decreto-legge 13 aprile 1993, n. 107, all'articolo 6, si è stabilita la compatibilità fra i diversi incarichi, onde evitare che i medici incaricati scelgano di restare negli ospedali e non accettino più di prestare servizio nelle carceri.

Da parte nostra esprimiamo al riguardo delle perplessità. Sappiamo che i medici incaricati riservano al carcere solo una parte residuale della loro vita lavorativa; tuttavia, ci rendiamo conto del fatto che se ora vengono a mancare le prestazioni di questi operatori sanitari, il problema della carenza di personale non può che aggravarsi ulteriormente. Vorrei al riguardo evidenziare che il ricorso alle unità sanitarie locali non è sufficiente a dare risposta a tutte le esigenze di prestazioni mediche di un carcere. Non va dimenticato difatti che all'interno delle carceri si manifestano molte patologie legate alla stessa condizione detentiva; molti disagi vengono somatizzati, per cui la presenza dell'operatore sanitario si rende indispensabile.

A causa del sovraffollamento vi sono episodi di autolesionismo - e inutile nasconderselo - e spesso le guardie penitenziarie - come faranno poi presente i colleghi che svolgono questa attività - devono affrontare situazioni di emergenza, con possibilità di contagio da parte di detenuti sieropositivi. La presenza dell'operatore sanitario, medico o infermiere, si rende quindi necessaria 24 ore su 24.

Come ho già detto, vi sono, oltre ai medici incaricati, 2.000 medici di guardia che, a seconda della convenzione che regola il loro rapporto di lavoro, prestano servizio per 24 o per 12 ore. Ovviamente le prestazioni di questo personale hanno un costo: i medici incaricati percepiscono una retribuzione mensile di 1.800.000 lire, compresa l'indennità penitenziaria, che rappresenta un terzo di questa cifra, in quanto essi hanno l'obbligo di presenza per non meno di tre ore nell'istituto carcerario, secondo quanto è stato stabilito da una circolare del Direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, dottor Amato, misura poi ribadita dall'articolo 6 del decreto-legge che ho prima citato; i medici di guardia vengono a costare circa 30 milioni al mese, perché sono pagati secondo una parcella di circa 25.000 all'ora, con una media di 3 milioni al mese.

Per razionalizzare la situazione attuale si potrebbe, per il futuro, affidare questo settore al Servizio sanitario nazionale, il che risponderebbe ad un criterio di maggiore razionalità, come accade, ad esempio, con gli insegnanti che prestano la loro opera nel carcere, che sono mandati e pagati al Ministero della pubblica istruzione.

L'affidamento della medicina penitenziaria alla USL nella cui area è compreso l'istituto penitenziario nella situazione attuale non appare praticabile per una serie di ragioni ostative, prima fra tutte quella che la USL mandi effettivamente un medico non appena ve ne sia bisogno. C'è da parte dell'amministrazione penitenziaria il fondato timore di restare all'improvviso senza operatori sanitari.

Vi sono poi, ovviamente, problemi di tipo economico. Nelle carceri vi sono dei centri clinici, degli ospedali psichiatrici, per cui si potrebbe incrementare la pianta organica dei medici, individuando un numero adeguato di addetti, e quella degli infermieri, che risale al 1985 (gli infermieri sono solo 500 o 600 in tutta Italia) per formare uno *staff* di personale medico e paramedico, almeno per queste strutture medico-carcerarie.

Occorre invece lasciare aperto il discorso degli specialisti perché una particolare evenienza può sempre verificarsi. È preferibile eliminare questo *andirivieni* di persone anche per evitare operazioni di *business* nel settore penitenziario.

Nel carcere ruotano tante persone e si alternano molte figure professionali, ma alla fine il detenuto si trova sempre di fronte l'agente di polizia il quale è l'unico ad avere contatti con i detenuti. Questo è un problema prioritario che riguarda anche altre aree oltre quella sanitaria. Siamo ancorati a vecchie piante organiche della medicina penitenziaria mentre sarebbe auspicabile un ampliamento. Attualmente nelle carceri ruota una miriade di persone, di consulenti, di specialisti; sono figure professionali che costano molto alla collettività ma non forniscono un servizio adeguato.

Ho cercato di delineare una panoramica dei problemi che, alla luce della nostra esperienza, affliggono le carceri dal punto di vista sanitario. L'affidamento alle USL della medicina penitenziaria potrebbe creare alcuni vuoti, dei quali abbiamo timore.

In base alla normativa del 1990 i poliziotti sono incaricati dell'accompagnamento dei detenuti ammalati agli ospedali e del relativo piantonamento. Spesso però i detenuti vengono mandati in vari ospedali e questo non è opportuno. Noi siamo operatori nelle carceri e ci interessiamo anche dell'area educativa: non riteniamo giusto che la polizia debba piantonare un detenuto nella stessa stanza di un degente normale, per una serie di motivi.

Secondo l'articolo 7 del citato decreto-legge n. 107 del 1993 i detenuti ammalati devono essere accorpati in padiglioni ospedalieri separati. In tal modo si recupereranno molti agenti di polizia penitenziaria poiché opererebbero tutti nello stesso posto, sottoponendo ad adeguata sorveglianza i detenuti e garantendo i degenti che non hanno nulla a che fare con la giustizia.

In generale esprimiamo un giudizio positivo sull'articolo 7 del decreto Conso, anche se siamo preoccupati per la sicurezza: non dobbiamo correre il rischio che vengano inserite armi all'interno del padiglione e bisognerà individuare tutti gli accorgimenti possibili per renderlo sicuro, non solo per la collettività ma anche per i detenuti ammalati.

Vorrei sottolineare che la responsabilità per la sicurezza ricade sull'agente di polizia. È lui che paga per eventuali disattenzioni proprio perché rappresenta una sorta di anello di congiunzione.

PRESIDENTE. Vorrei sapere se i centri clinici dell'amministrazione giudiziaria e penitenziaria, di cui abbiamo già parlato quando abbiamo audito il dottor Nicolò Amato, sono in grado di far fronte ai loro compiti. Sappiamo che alcuni edifici penitenziari nuovi sono privi di personale e vengono utilizzati a titolo provvisorio per i tossicodipendenti. È soltanto una realtà occasionale? C'è una ipotesi di reparti ospedalieri separati dai centri clinici, ma laddove i centri clinici non esistono ritenete necessaria una presenza più massiccia di personale medico e paramedico, mediante la creazione di una sorta di ambulatori?

PIRAS. I centri clinici si trovano nelle carceri ma non in tutte le regioni; in Italia ce ne sono soltanto sette o otto ed alcuni non funzionano a pieno ritmo per la mancanza di personale sanitario che viene reperito fra i cosiddetti parcellisti.

In tutti gli istituti c'è una piccola infermeria poiché nel carcere sono diffuse molte malattie, come la sieropositività (che interessa circa il 30 per cento dei detenuti), l'epatite virale, la tubercolosi (l'anno scorso si sono verificati alcuni casi), le malattie della pelle, le malattie psichiatriche; i tossicodipendenti inoltre hanno particolari bisogni di tipo medico. La situazione è ancora più pericolosa per la promiscuità in cui vivono i detenuti a causa dell'attuale sovraffollamento: celle di 16 metri quadri possono ospitare fino a 8-10 persone; i servizi igienici sono carenti e in molti istituti - specialmente in quelli vecchi - esiste un unico locale con 8-10 docce e quindi c'è la possibilità di lavarsi una sola volta a settimana.

C'è bisogno di un servizio sanitario all'interno dell'istituto perché in alcuni casi non sussiste la necessità del ricovero in un ospedale o in un centro clinico. Tutti i detenuti hanno bisogno di assistenza medica per le molte patologie diffuse.

PRESIDENTE. Vorrei sapere qual è l'attuale situazione degli ospedali psichiatrici penitenziari, alcuni dei quali erano tristemente famosi. Fino ad alcuni anni fa, infatti, ancora esistevano i lettini di contenzione e le punizioni corporali.

SARACENI. Ce ne sono ancora in tutta Italia, anche se talune forme di trattamento particolarmente afflittive non vengono più praticate, come hanno confermato gli agenti. La situazione è carente per la mancanza di personale sanitario per cui gli agenti di polizia da anni svolgono il lavoro degli infermieri. Nel quadro della riforma gli agenti sono civili e non militari, anche se armati; sono iscritti al sindacato che gli ha dato la possibilità di esprimersi e di comunicare la loro situazione. Negli ospedali psichiatrici giudiziari è necessario un più alto numero di infermieri rispetto agli istituti penitenziari. Nel 1992 - desidero sottolineare questi dati - risultano essere stati ricoverati ben 1.131 detenuti malati al mese (1.068 uomini e 63 donne) che avrebbero bisogno di programmi specifici di trattamento.

I pazienti di questi ospedali sono soprattutto di sesso maschile; vi sono poi sezioni femminili annesse. Questi detenuti sono comunque malati seri che dovrebbero essere seguiti e ricevere le cure necessarie.

Anche in questo caso il personale medico è insufficiente; uno, due, al massimo tre medici di ruolo; per il resto, sono medici di guardia o incaricati.

PRESIDENTE. Quindi, passano una volta al giorno?

SARACENI. Adesso hanno l'obbligo di effettuare un minimo di tre ore di servizio al giorno, però non sono compresi nel programma terapeutico che dovrebbe essere previsto anche per questi malati.

Occorre inoltre sottolineare la carenza del personale infermieristico. I concorsi vanno deserti poiché l'infermiere, che è una figura professionale particolarmente richiesta nelle varie strutture sanitarie, preferisce lavorare negli ospedali poiché e senza dubbio assai gravoso occuparsi di un malato particolare come il detenuto. L'incentivo economico è costituito dall'indennità penitenziaria che ammonta a 482.000 lire mensili per il quarto livello e a poco più di 500.000 lire per il quinto livello.

Tale indennità non è certo un incentivo sufficiente, per cui i concorsi - come ho già detto - vanno deserti.

Forse, considerando l'attuale carenza di posti di lavoro, con il prossimo concorso (che dovrebbe essere bandito al più presto) si riuscirà ad assumere qualche unità.

Però, dobbiamo tenere presente la particolare gravità della situazione sanitaria nelle carceri, dove sono attualmente detenuti 15.000 sieropositivi che, anche se considerati solo soggetti a rischio e non malati, dovrebbero essere seguiti in qualche modo.

Vi è poi il grave problema dell'enorme numero dei tossicodipendenti, che devono essere considerati malati, soprattutto al momento del loro ingresso nelle carceri; vengono curati ed aiutati a superare i primi momenti dal medico di guardia o incaricato ma, dopo queste prime cure, non sono sottoposti ad altri trattamenti. La legge ora prevede le strutture di custodia attenuata, ma queste devono essere riempite di figure professionali idonee al recupero di tali soggetti; si tratta di un compito delicato che non può essere affidato al poliziotto penitenziario, che già deve occuparsi di tutto il resto (solo in campo chirurgico non è intervenuto, anche se per la verità, in alcuni casi ha dovuto anche ricucire delle ferite) perché, quando si trova da solo di fronte ad un'emergenza, in qualche modo deve intervenire.

Quindi, in relazione alla previsione di questi istituti di custodia attenuata, dovranno essere delineate chiaramente anche le figure professionali necessarie, altrimenti bisognerà fare riferimento al Servizio sanitario nazionale che, con le sue strutture, dovrà entrare nelle carceri. Come sindacato, noi non rifiutiamo neanche tale ipotesi; anzi, riteniamo utile qualsiasi contributo fornito dall'esterno, a condizione però che questo rappresenti una risposta certa ai vari problemi e non sia data saltuariamente e in termini residuali.

Quanto ai centri clinici ai quali faceva riferimento il signor Piras, occorre sottolineare le condizioni in cui questi si trovano. Mancando il personale, anche se vi è una struttura idonea questa non può funzionare a pieno ritmo; e il caso del centro di Perugia che, pur avvalendosi di una struttura nuova, dotata di attrezzature idonee, che ha comportato una

spesa rilevante, non è pienamente funzionante per la carenza di personale.

Occorre rilevare che, anche grazie alla politica portata avanti dalla Direzione generale, negli ultimi dieci anni sono state costruite nuove carceri e nuove strutture, ma quasi tutte - ripeto - funzionano solo parzialmente perchè è mancata una politica mirata del personale. Si dice che l'applicazione della legge Gozzini abbia favorito l'uscita dalle carceri, adesso invece si registra un aumento dei detenuti. Però, se i cittadini chiedono di essere tutelati e quindi avanzano una forte richiesta punitiva, bisogna anche pensare a come fornire le carceri di adeguate attrezzature.

In realtà la situazione resta drammatica: le carceri italiane non sono altro che un contenitore in cui non sono assicurate neanche i livelli minimi di vivibilità e di sicurezza, non solo sotto il profilo sanitario ma anche per quanto concerne i rapporti con gli altri detenuti; la violenza fisica è molto diffusa ed è favorita dal sovraffollamento.

Al riguardo, ricordo l'esempio del carcere di Catania, dove in una cella che può ospitare sei detenuti, ce ne sono 16: vi lascio immaginare le condizioni di vita all'interno di queste celle!

Proprio in questi giorni verrà data attuazione ad una decisione che è stata assunta per cercare di attenuare il fenomeno del sovraffollamento nelle carceri: si procederà ad una redistribuzione nelle varie strutture carcerarie dei detenuti che si trovano nelle carceri dove maggiormente si registra tale fenomeno (è il caso, ad esempio, del carcere di «Regina Coeli»). Certo, in questo modo non verrà rispettato il principio della regionalizzazione della pena, ma tale misura si è resa necessaria perchè - ripeto - la situazione è veramente drammatica e deve essere affrontata con urgenza. Bisogna sottolineare un dato: ogni mese si registrano mille nuovi ingressi. Non sappiamo quali saranno, in termini numerici, le conseguenze del risultato del referendum sulla droga. Non sappiamo se gli ingressi diminuiranno: vorrei far rilevare che i 15.000 detenuti tossicodipendenti sono in carcere anche per aver commesso altri reati (scippo, furto, eccetera), per i quali non è certo prevista la depenalizzazione.

Allora, se da parte della società civile viene posta con forza l'esigenza di tutela, dobbiamo attrezzare le attuali strutture a tale fine. È necessario differenziare i detenuti; in particolare - ed è un problema che stiamo affrontando con l'amministrazione - i 5.000 soggetti detenuti per fatti di camorra e di mafia, devono essere isolati dagli altri, come previsto dall'attuale legislazione. Per gli altri 46.000 detenuti, si deve fare ciò che la legge di riforma prevede: occorre predisporre programmi e trattamenti di recupero volti a favorire il loro successivo reinserimento nella società civile; diversamente, non potrà che esservi un peggioramento perchè il carcere così com'è non può migliorare gli uomini, può solo peggiorarli.

Consentitemi di sottolineare un dato: vi sono 30.000 agenti di polizia giudiziaria che dal 1991 si sono fatti carico di tutti i compiti prima affidati agli agenti della polizia di Stato e ai carabinieri; mi riferisco in particolare al servizio di piantonamento, che prima, impiegando circa 7.000 unità, veniva svolto da questi ultimi. Quindi, gli agenti di polizia giudiziaria devono far fronte anche a queste carenze, e

cercano di fare del loro meglio, considerando i mezzi a loro disposizione e le mille difficoltà che devono affrontare; tuttavia, hanno dimostrato ancora una volta grande senso di responsabilità e spirito di sacrificio; non riescono a avere i permessi settimanali e devono sopportare enormi disagi.

Per quanto riguarda il personale amministrativo (questa dizione comprende le aree sanitaria, educativa e direttiva), la pianta organica prevede 9.000 unità, mentre in realtà sono soltanto 4.600 i posti ricoperti.

Nessuno vuole lavorare nelle carceri, anche perchè l'incentivo economico non è molto rilevante: il mio stipendio, ad esempio, relativo ad un inquadramento nel settimo livello, è di 2.260.000 lire mensili, quindi solo 480.000 lire in più rispetto allo stipendio di un dipendente dello stesso livello del Ministero delle finanze. Bisognerà però considerare che il mio lavoro è particolarmente gravoso per le difficoltà che necessariamente si incontrano nelle carceri. Per essere chiari: o si riesce a trovare un incarico negli uffici (che peraltro non si può mantenere a lungo) oppure si svolgono mansioni che comportano contatti con i detenuti i quali hanno bisogno di incontri e di una presenza costante. Non si deve pensare ai detenuti soltanto come a dei delinquenti: per il 30 per cento di essi è intervenuta la sentenza definitiva di condanna, ma tutti gli altri sono ancora in attesa di giudizio. Essere detenuti non significa necessariamente essere stati condannati: si tratta quindi di soggetti che vanno seguiti e che devono conoscere quali sono i loro diritti.

In questo campo, in tutta Italia, svolgono la loro attività 480 educatori, 700 assistenti sociali (che dovrebbero assicurare tutte le misure alternative al carcere) e 35 medici di ruolo; i direttori sono circa 140 per 230 istituti, il che significa che devono effettuare continue missioni perchè non si è riusciti a coprire i posti vacanti in organico; anche per quanto riguarda il numero dei ragionieri, siamo largamente al di sotto delle necessità; si devono poi considerare 30.000 agenti (ai quali sono stati affidati anche ulteriori compiti) ed il restante personale amministrativo, la cui pianta organica è coperta solo per metà.

Sono due anni, da quando cioè è stata approvata la legge di riforma di questo settore, che si sono creati determinati problemi. Ritengo che lo Stato debba cercare una soluzione: o si utilizzano strutture esterne, oppure si attrezzano le strutture interne in maniera adeguata; non ci sono altre possibilità.

È vero che i detenuti stranieri preferiscono ancora le carceri italiane, ma la situazione da noi sta peggiorando.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Saraceni per la sua dettagliata esposizione e per le ulteriori precisazioni che ci ha voluto fornire. La sua relazione è stata molto interessante, anche perchè offre spunti di riflessione su altri aspetti non strettamente attinenti alla materia sanitaria, sui quali dovremo tornare.

DORE. Nel carcere di Rebibbia, dove io lavoro, esiste un reparto chiamato infermeria, nel quale più volte sono stati ricoverati anche malati terminali di AIDS. Ciò pone al personale di polizia penitenziaria

gravi problemi, in quanto gli agenti di custodia sono costretti a svolgere compiti sanitari che non sono loro propri. Vorrei fare perciò, in questa sede, una denuncia al riguardo: queste infermerie sono dei veri e propri lazzaretti, mentre al detenuto dovrebbero essere offerte le stesse prestazioni che vengono date ad un cittadino libero, anche se all'interno degli istituti penitenziari esistono, per il settore sanitario, delle difficoltà oggettive.

Vi sono stati grandi problemi per reperire personale infermieristico: la nostra amministrazione ha bandito un concorso per circa quaranta infermieri, al quale tuttavia si sono presentate solo una ventina di persone, che ora prestano servizio parziale, perchè svolgono già un'attività lavorativa presso altre strutture. Gli infermieri non possono quindi intervenire in alcune situazioni con quella continuità che è invece garantita dal personale di polizia penitenziaria.

Gli agenti, al di là della loro specifica qualifica professionale, si trovano a dover svolgere un'attività di tipo infermieristico che hanno appreso, peraltro, a proprio rischio e pericolo. Può accadere che l'agente sbagli terapia oppure che si rifiuti di fare un'iniezione, perchè non è compito che gli spetta. Ma se si verifica quest'ultimo caso vengono adottate forme di repressione. Recentemente vi è stato un incidente molto grave: un agente di polizia penitenziaria, nel manipolare delle provette di sangue infetto, si è punto ed è ancora sotto controllo; come sapete la sindrome da immunodeficienza si può manifestare anche dopo anni e per ora non è possibile sapere se egli abbia o meno contratto il virus. L'amministrazione ha minimizzato l'accaduto - denunciò perciò in questa sede tale episodio - e si è limitata a togliere il collega dal servizio infermieristico.

Questo è solo uno dei tanti episodi che si verificano, perchè, come diceva la dottoressa Saraceni, ci sono numerosi casi di autolesionismo e noi siamo tenuti ad intervenire immediatamente: se non lo facessimo si potrebbe configurare la fattispecie di omissione di soccorso. Interventiamo, però, a nostro rischio e pericolo, perchè non vi è un'adeguata prevenzione rispetto ai rischi cui andiamo incontro.

Il sovraffollamento e la promiscuità nelle carceri sono problemi ormai universalmente noti, cui da molti anni si sta cercando di porre riparo. Presto servizio nelle carceri da diciotto anni, e da allora sento ripetere le medesime lamentazioni, cioè che non si è fatto nulla per i detenuti e per il personale che lavora all'interno degli istituti penitenziari.

Anche per i piantonamenti, che sono talvolta svolti nei reparti di malattie infettive, sorgono gravi problemi, poiché manca la prevenzione. Il sovraffollamento, come dicevo, comporta necessariamente la promiscuità: se un detenuto ammalato si trova insieme ad altri ammalati, viene meno la possibilità di svolgere adeguata opera di prevenzione.

Le celle di Rebibbia - carcere con 1.600 detenuti - ospitano 5-6 persone; i materassi sono messi a terra, addirittura nei magazzini o nel locale docce. Ci sono reparti in cui si è superato davvero il livello di guardia ed è stata necessaria tutta la capacità e la disponibilità del personale; non lo dico per spirito di corpo, ma solo per evidenziare quelle difficoltà che incontriamo quotidianamente. Capite bene che in

queste condizioni i rischi sono piuttosto elevati. Tutti sappiamo che attualmente non vi è l'obbligo di effettuare il *test* di sieropositività, e quindi mancano dati esatti sul numero dei detenuti sieropositivi all'interno delle carceri. Mentre di alcuni conosciamo la condizione di sieropositività al momento del loro ingresso in carcere, di altri possiamo solo supporla, anche perchè rifiutano di sottoporsi al *test*. Il problema quindi si pone sia per l'agente di custodia sia per i detenuti non sieropositivi che si trovino nella medesima cella di detenuti che abbiano contratto il virus HIV. Non dimentichiamo che mentre il medico che deve fare i prelievi utilizza i guanti, noi non usiamo ancora alcuna misura di questo tipo.

Non vi è per noi alcuna forma di prevenzione né l'amministrazione ci ha fornito alcun mezzo. Quando, ad esempio, si verificano delle risse, è ovvio che dobbiamo intervenire senza usare i guanti e se qualcuno si è ferito, possiamo solo augurarci di non essere stati infettati. Questa è la realtà all'interno delle carceri! Non vogliamo usare accenti eccessivamente drammatici, ma è facilmente intuibile quali siano i rischi di contagio in una cella dove si cucina, si dorme, si vive tutto il giorno. Bisognerebbe cambiare la struttura degli istituti penitenziari e costruirli con modalità diverse per la convivenza dei detenuti. Sarebbe molto importante, ad esempio, che i servizi igienici non fossero a diretto contatto con la cella dove il detenuto dorme.

In alcuni locali separati i detenuti potrebbero cucinare i loro pasti, usufruendo della struttura ma in modo autogestito. Sarebbe un piccolo passo, comunque importante; in tal modo non sarebbero più costretti ad esempio, a mettere la carne alla finestra per mantenerla fresca.

PRESIDENTE. Ogni detenuto ha la facoltà di cucinare i propri pasti in cella; ma le carceri non approntano la mensa per tutti?

DORE. Sì, ma vorrei sottolineare che si spendono milioni in alimenti che poi vengono buttati nella spazzatura. Vi sono poi altri problemi: i detenuti usano utensili di plastica ma, ad esempio, le lattine possono diventare strumenti taglienti e quindi armi.

PISATI. Vorrei rivolgere alcune domande agli auditi. Sono emerse problematiche preoccupanti che toccano diversi settori ma non dobbiamo dimenticare il ruolo primario della nostra Commissione, vale a dire la tutela della salute pubblica, ivi compresa quella degli operatori delle carceri e dei detenuti. Questi ultimi sono cittadini provvisoriamente sospesi dei diritti civili ma il dovere di tutelarne la salute non viene meno per tale motivo.

Conosco poco i regolamenti carcerari ma vorrei raccontare una mia esperienza personale. Mio figlio è professore di educazione fisica e ha avuto l'incarico di insegnare nel carcere di Rovigo, un carcere modello costruito da pochi anni ma in cui la situazione generale è ugualmente grave. Ad esempio, i detenuti chiedono di fare ginnastica solo perchè dopo possono farsi una doccia: per una assurdità, il regolamento gliene concede una sola a settimana, con notevoli danni alla propria salute ed alla convivenza.

Per tutelare la salute dei detenuti e del personale è indispensabile rendere obbligatorio lo *screening* per tutti coloro che fanno ingresso in carcere. Se i sieropositivi non vengono isolati in alcuni reparti determiniamo una condizione elevata di rischio per i detenuti che devono convivere con essi ed anche per il personale in genere. In caso di rissa, ad esempio, si corre il pericolo di infettarsi con il sangue dei detenuti sieropositivi, che rappresentano circa il 30 per cento della popolazione carceraria. Anche se essi fossero solo il 2 per cento non cambierebbe la sostanza del discorso per il potenziale rischio di contagio della popolazione carceraria e di tutti gli operatori del settore. Non ci possiamo nascondere dietro le ideologie e le idee preconcepite.

Alcuni dati che ci avete fornito riguardano le strutture sanitarie all'interno del sistema carcerario; essi denunciano un intervento non insufficiente ma addirittura inesistente rispetto alla vastità della questione alla quale bisogna dare risposte positive e insieme politiche. Esiste il problema della custodia e del ricovero dei detenuti che necessita di interventi sanitari in strutture che consentano, attraverso la rotazione del personale, di evitare gli sprechi. L'attuale meccanismo non funziona. I costi sono insopportabili per l'erario e il servizio risulta pessimo e inadeguato.

Presidenza del Vice Presidente TORLONTANO

(Segue PISATI). La Commissione sanità, al fine di risolvere i problemi non marginali che vanno emergendo attraverso queste audizioni, deve essere in grado di avanzare proposte da tradursi in adeguati interventi legislativi. Vorrei conoscere il vostro parere circa la effettuazione preventiva ed obbligatoria dei *tests* per l'AIDS per tutti i detenuti, al fine di tutelare la loro salute e quella degli altri e sul ricovero dei sieropositivi in apposite strutture.

Sono problemi da affrontare in modo concreto, anche sulla base del riconoscimento che l'attuale meccanismo è inefficiente ed inutile. Mi sembra corretto coinvolgere le strutture sanitarie pubbliche nei problemi che concernono il settore carcerario; ritengo opportuno operare con buon senso poiché la situazione attuale è inaccettabile per un paese civile.

GRASSANI. Esiste una certa discordanza tra i vostri dati e quelli riferiti dal Direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, dottor Nicolò Amato. Voi parlate di 35 medici di ruolo, di 1.000 medici incaricati, di 2.000 medici di guardia. Il dottor Amato ha affermato che negli stabilimenti carcerari opererebbero circa 3.000 medici, comprendendo anche gli specialisti, realizzandosi così un rapporto medico-detenuto abbastanza soddisfacente. I medici specialisti e tutto il personale incaricato vengono chiamati di volta in volta, a discrezione dei direttori delle carceri.

Alla obbligatorietà delle diagnosi sono contrario per due motivi: anzitutto, perché nel primo periodo dell'infezione da HIV si può

risultare sieronegativi, per cui si corre il rischio di inserire nella comunità soggetti che possono trasmettere l'infezione; in secondo luogo - e credo che questo sia l'aspetto più importante dal punto di vista umano - perchè la previsione dell'obbligatorietà della sierodiagnosi per i detenuti costituirebbe una discriminazione nei loro confronti poichè non è prevista in nessun altro caso. Non si può costringere chi è rinchiuso in un carcere per aver commesso un reato a sottoporsi a un esame sierologico. Peraltro, una volta individuato il soggetto sieropositivo, questo sarà discriminato dagli altri detenuti.

Comunque, se vogliamo rendere obbligatorio l'esame sierologico per i detenuti, questa stessa misura dovrà essere prevista anche per i soggetti appartenenti ad altre comunità, quindi anche per i ragazzi nell'età scolare (sappiamo che la droga gira addirittura nelle scuole medie), per gli impiegati negli uffici, e via dicendo.

BETTONI BRANDANI. Ritengo che in questa sede si debbano acquisire conoscenze più che svolgere discussioni; del resto, le opinioni non possono che essere diverse, anche se certamente tutte interessanti. Comunque, scopo della nostra audizione - lo ribadisco - è acquisire ulteriori conoscenze ed informazioni ascoltando direttamente coloro che rappresentano la realtà carceraria sotto il profilo sanitario. Quindi, vorrei rivolgere alcune domande ai nostri ospiti.

La prima questione - è già stata sollevata, ma vorrei una conferma - riguarda la carenza del personale sanitario, sia medico che infermieristico: vorrei sapere se tale carenza deriva esclusivamente dalla scarsa partecipazione ai concorsi oppure se è da attribuire al fatto che i concorsi non vengono banditi da tempo, come mi sembra abbia dichiarato a suo tempo il direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, dottor Nicolò Amato.

L'altra questione attiene al personale medico. È stato sostenuto dallo stesso Nicolò Amato, che l'attuale posizione del medico carcerario (riferendosi in questo caso al medico incaricato, non tanto al medico di ruolo, che non rappresenta una realtà sostanziale nella struttura sanitaria) sarebbe ottimale per dare una risposta sufficientemente adeguata ai bisogni sanitari, soprattutto se si considera sotto il profilo della cosiddetta (e dico «cosiddetta» perchè non condivido questa impostazione) autonomia superiore che verrebbe ad assumere questa figura, non dipendente direttamente dall'amministrazione carceraria né dal servizio sanitario nazionale. Questo (e riferisco tale giudizio per avere una vostra conferma) per arrivare a dire che, nei confronti delle necessità sanitarie di un detenuto, bisogna avere un atteggiamento un po' diverso da quello che si ha nel caso di un malato normale, proprio per la peculiarità dei bisogni sanitari derivante dal regime carcerario.

Si tratta - ripeto - di un'opinione che non condivido, comunque trarremo successivamente le conclusioni. Vorrei però conoscere il pensiero dei rappresentanti sindacali sulla dipendenza del medico incaricato e sul ruolo che esso assume nei confronti del servizio sanitario nazionale e dell'amministrazione carceraria.

Vorrei poi avere alcune informazioni sulle consulenze specialistiche. Credo di aver acquisito sufficienti conoscenze per quanto riguarda le modalità di richiesta di tali consulenze: lo specialista viene chiamato

dal medico del carcere, anche se per legge è ammesso che il detenuto possa avvalersi spontaneamente della consulenza di specialisti. Vorrei comunque avere ulteriori chiarimenti sui metodi di individuazione e sui costi relativi a tale attività specialistica, in parte svolta dalla struttura pubblica ma in gran parte affidata a specialisti esterni.

Ho già rivolto questa domanda a chi dovrebbe conoscere con esattezza tali dati, tuttavia, se è possibile, vorrei avere una vostra valutazione al riguardo.

Inoltre, vorrei sapere come viene affrontata nelle carceri l'emergenza sanitaria; mi riferisco a quei casi che richiedono un intervento tempestivo, entro pochi minuti.

Vi è un'altra questione di cui nessuno di voi ha parlato: il problema dei minori. Vorrei sapere se - come credo - vi sono peculiarità al riguardo nel campo dell'assistenza sociosanitaria.

Vorrei anche qualche ulteriore informazione sugli ospedali psichiatrici giudiziari. Non è necessario operare in questo settore per sapere che questi sono dei veri e propri *lager*; la situazione all'interno di tali strutture è anche peggiore di quella delle carceri normali. Pertanto, vorrei sapere qual è l'opinione dei nostri ospiti su questo punto e se al riguardo i sindacati hanno presentato proposte specifiche.

Infine - forse non è questa la sede per farlo - vorrei cogliere l'occasione per rivolgermi a coloro che effettivamente operano nelle carceri, e che quindi hanno una conoscenza diretta e precisa dei problemi, per invitarli a riflettere ulteriormente su una serie di questioni che sono state qui poste per gli agenti di custodia in relazione al pericolo di contagio di malattie infettive in generale e dell'infezione da HIV in particolare: mi sembra che il problema venga affrontato senza analizzare tutta una serie di cause.

Il punto è un altro, a mio avviso: è giusto che l'agente di custodia svolga tutte le mansioni sanitarie che sono state descritte o tutto questo è determinato da una situazione oggettiva che porta - non essendo questi, ritengo, compiti dell'agente di custodia - a dover effettuare una serie di interventi di tipo sanitario? Resta il problema per un'attività che invece rientra nei vostri compiti e il cui svolgimento può comportare occasioni di contagio.

Vi invito a riflettere su questo punto, non in base ad una posizione ideologica ma in relazione alle conoscenze epidemiologiche.

Per quanto riguarda lo *screening* per l'infezione da HIV, in base alle conoscenze attuali sappiamo che esiste un periodo in cui pur essendo sieropositiva essa non si manifesta necessariamente nei *test*. Quindi una negatività al *test* non tranquillizza sull'assenza dell'infezione. L'obbligatorietà dello *screening* finalizzata alla prevenzione degli operatori all'interno delle carceri non affronta il problema alla radice. Le misure di prevenzione da adottare, per tutte le malattie infettive e per tutto il personale, sanitario e non, sono altre: ad esempio presidi di prevenzione personali; misure cautelative nel trattare la popolazione carceraria. La prevenzione e la profilassi da malattie infettive devono essere attuate sempre, in quelle situazioni in cui vi sia rischio di contagio.

Anche da parte del personale di polizia penitenziaria, nell'affrontare il problema dello *screening*, bisogna tener conto delle conoscenze

scientifiche in materia e della effettiva utilità che esso può avere ai fini della prevenzione.

CARRARA. Vorrei porvi alcune domande sulla delicata situazione in cui siete chiamati ad operare, sia con la vostra attività lavorativa, sia svolgendo attività sindacale.

Nel corso dei vostri interventi non ho sentito parlare nè di convenzioni, nè della funzione dei *SERT*, nè di una serie di attività collaterali che vengono svolte in molte carceri, mentre vorrei un'immagine complessiva della situazione sanitaria delle carceri.

Mi interesserebbe avere dei chiarimenti su alcuni problemi che avete affrontato. Voi avete citato l'esempio di medici che prestano servizio per qualche ora nelle carceri e che potrebbero essere inseriti nelle graduatorie regionali, per cui se riescono a trovare un lavoro in una struttura esterna al carcere, optano per quest'ultima: sarebbe interessante sapere in quante carceri prestano servizio questi medici. In una parte del territorio nazionale vi è un rapporto istituzionalizzato, ed i medici prestano di fatto un normale orario di lavoro, programmato nell'arco della settimana, con un certo coordinamento con le attività di natura specialistica.

Avete poi parlato, con forte preoccupazione, della situazione dei malati psichici. Esistono degli ospedali psichiatrici giudiziari e in molte regioni d'Italia si fa ricorso al parere dei servizi di diagnosi e cura presenti nelle strutture ospedaliere, ove sono stati creati degli appositi reparti per questo tipo di patologie. Quando nel carcere un detenuto manifesta questa patologia viene inviato al servizio di diagnosi e cura, che si trova di solito all'interno della struttura ospedaliera, e vi resta per il periodo in cui la malattia è nello stadio acuto (a tale scopo sono state create delle camere con adeguate misure di sicurezza). Infine, il detenuto o viene inviato di nuovo in carcere oppure viene ricoverato in un ospedale psichiatrico giudiziario; le strutture di questo tipo sono quattro o cinque su tutto il territorio nazionale. È noto che le condizioni di questi istituti non sono le migliori, ma vorrei che mi fossero forniti dei dati precisi al riguardo.

Sull'organico dei medici avete fornito dati sufficienti; vorrei quindi, se possibile, dei chiarimenti e dei dati sull'attività degli operatori infermieristici. Ad esempio, da quando sono stati aboliti gli infermieri psichiatrici, di fatto non si riesce più a trovare un infermiere professionale che possa prestare la propria opera negli ospedali psichiatrici giudiziari. È chiaro che l'infermiere preferisce lavorare negli ambulatori, perchè lavorare in questi ospedali comporta rischi molto maggiori. Fra l'altro, va considerato che nella situazione attuale la figura dell'infermiere è stata per certi aspetti superata da nuove figure professionali.

Ci sarebbero ulteriori questioni che potrebbero in questa sede essere affrontate; proprio la scorsa settimana ho partecipato ad un convegno su queste specifiche tematiche e sono emersi problemi molto delicati, come ad esempio l'alcolismo, che va considerato all'interno di quello delle tossicodipendenze.

SARACENI. Vorrei innanzi tutto precisare che i 202 istituti penitenziari cui abbiamo fatto riferimento sono strutture per adulti;

esistono, oltre a questi, gli istituti per i minori. Il decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448 ha stabilito la separazione degli adulti dai minori e la collocazione di questi ultimi in strutture chiamate centri di prima accoglienza e istituti penali per minorenni.

In carcere finiscono i minorenni che commettono delitti o reati molto gravi, altrimenti essi sono mandati nelle comunità che dovrebbero essere costruite in base alla legge citata.

Sono circa 1.000 i minorenni ospitati nelle carceri per minori, gestite da un altro ufficio, retto dal direttore Palomba, ma sempre dipendente dal dottor Amato.

Ritorniamo adesso ai problemi degli adulti. Secondo i dati diramati dal dottor Amato sono previsti circa 1.000 medici incaricati, gestiti mediante gli strumenti previsti alla legge n. 740 del 1970. Essi, pur svolgendo anche altre attività lavorative, devono prestare servizio nella struttura carceraria per un minimo di tre ore al giorno, percependo in media un milione e ottocentomila lire mensili. Sono inoltre previsti circa 2.000 medici di guardia, presente per dodici o ventiquattro ore, a seconda di quanto contemplato nei contratti stipulati con la direzione del carcere; essi percepiscono in media tre milioni mensili.

Desidero ricollegarmi a una domanda della senatrice Bettoni Brandani circa l'opportunità di mantenere una medicina penitenziaria autonoma. Il rapporto dei medici con la direzione carceraria è di tipo subordinato, peggiore di quello degli educatori, che almeno hanno vinto un concorso pubblico. Il datore di lavoro, infatti, è il direttore del carcere, il quale decide se rinnovare o meno i contratti; addirittura si possono verificare licenziamenti immotivati. Il direttore del carcere ha competenze soprattutto amministrative ma, se si innescano certi meccanismi, può interessarsi - ed è suo diritto - delle questioni sanitarie.

Come ho già detto, vi sono 35 medici di ruolo, coadiuvati da infermieri e vigilatrici tutti gli altri hanno un rapporto precario; la legge n. 740 del 1970, infatti, conferisce incarichi annuali. Vi sono inoltre problemi per il personale femminile in maternità.

Nelle carceri circa 2.500 persone sono occupate nell'area medico-sanitaria poiché i 35 medici di ruolo non ce la farebbero mai da soli a sopperire a tutte le necessità.

La pianta organica degli infermieri risale al 1986; dai dati ministeriali risultano 800 unità, anche se attualmente di registrano 188 vacanze. Vorrei tuttavia ricordare che a quell'epoca c'era un numero detenuti pari al 50 per cento di quello attuale.

Per sopperire a queste vacanze vengono assunti infermieri parcellisti, che lavorano negli ospedali e subordinatamente nelle carceri, e molte altre figure professionali incaricate. Ultimamente sono state istituite alcune cooperative e gli agenti di custodia sono costretti anche a controllare questo personale esterno e vario che entra nelle carceri. Essi, in ogni caso, sono costretti a svolgere compiti suppletivi che non gli competono istituzionalmente. Attualmente svolgono anche compiti sanitari per sopperire alle deficienze della pianta organica degli infermieri, ma se un domani si rifiutassero di effettuare tali prestazioni - e sta anche avvenendo - le conseguenze sarebbero gravissime. Si tratta di personale che ha acquisito nel tempo una certa professionalità e se si

rifiutasse di fare le endovene o di misurare la pressione si verificherebbe una crisi profonda in tutte le carceri italiane.

Per molti anni il carcere è stato gestito in maniera familiare, con le vigilatrici, con le suore; i problemi sono esplosi negli ultimi dieci anni. Gli agenti di custodia dovrebbero limitarsi a svolgere i loro compiti istituzionali, indicati dalla legge, e stiamo procedendo in tal senso. Occorre poi affrontare il discorso delle figure professionali degli infermieri e dei medici in particolare, nonché del contingente di professionisti necessario per i nuovi centri clinici e per gli ospedali psichiatrici giudiziari. Occorre scegliere se continuare con il metodo degli infermieri e dei medici incaricati e di guardia o se sia preferibile individuare personale sanitario nell'ambito dell'amministrazione penitenziaria.

Anche per i minorenni sono previsti circa 2.500 infermieri e medici incaricati e di guardia, con lo stesso sistema seguito per le carceri normali.

Molte volte il detenuto somatizza i propri mali. Quando lavoravo al carcere di Rebibbia, dove erano ospitati anche detenuti minorenni, alcuni malesseri necessitavano effettivamente di interventi sanitari ma occorreva prestare attenzione anche alla componente psicologica. I consulenti psicologici che operano all'interno dell'istituto dovrebbero collaborare in tal senso ma, a mio giudizio, molte figure professionali che ruotano nelle carceri sono adeguatamente organizzate. In un recente convegno al quale ho partecipato ed in cui erano presenti rappresentanti di tutti gli Stati europei, anche degli Stati Uniti, è emerso che in altre carceri europee, mediante l'armonizzazione fra le diverse figure professionali previste, si riesce a mirare meglio gli interventi.

I tecnici di radiologia sono circa 85 nella pianta organica (ma attualmente sono 79) tuttavia, poiché nelle strutture pubbliche sono inquadrati ad un livello più alto, con facilità abbandonano il carcere. Non riusciamo a sopperire a tutte le richieste di esami radiologici dei detenuti (che spesso ingoiano oggetti o si autolesionano) e non desideriamo caricare l'onere, come attualmente accade, sugli ospedali esterni. Le spese si moltiplicano quando il detenuto è portato fuori del carcere e sarebbe quindi preferibile attrezzarsi all'interno, per ottenere un risparmio notevole di personale e di mezzi. Per un semplice esame si mette in moto l'intera macchina della giustizia ed occorre fornire risposte idonee anche in termini economici immediati.

Dai dati a disposizione ci rendiamo conto della differenza impressionante tra vecchi e nuovi istituti. Nei primi è difficile introdurre novità, anche piccole; è impossibile, a volte, organizzare una partita di pallone, ricavare un locale-cucina separato o un nuovo locale-doccia.

In certe situazioni si ricreano veri e propri ghetti, con conseguente alienazione della persona.

Nelle carceri moderne la vita è diversa e ce ne rendiamo conto quando veniamo trasferiti da una struttura all'altra.

Come sindacato, riteniamo che comunque vi debba essere un contingente di personale di ruolo con una professionalità specifica. Questo non significa che il carcere debba essere chiuso all'intervento di consulenti e specialisti esterni; lo dobbiamo aprire anche su richiesta del detenuto.

Attualmente, come è stato più volte rilevato, è il medico del carcere che segnala il caso e richiede la visita specialistica, per cui si tratta di una falsa libertà di scelta del medico. Riteniamo che il *business* della giustizia esista: anche così si formano le *lobbies* e i baronati.

La situazione carceraria è cambiata: nelle carceri hanno fatto ingresso malattie che prima non esistevano. I 15.000 sieropositivi di cui parlavo sono una realtà che non possiamo ignorare. Posso essere d'accordo con chi sostiene che il dato della sieropositività debba restare segreto perchè tutti devono ricevere lo stesso trattamento, senza discriminazioni, però si devono creare condizioni di vita adeguate, altrimenti il carcere diventa il contenitore del marciume. Allora, è giusto che il padre di famiglia sappia come stanno le cose per potersi tutelare; tutti devono essere trattati in modo equo, senza discriminazioni. Creare strutture adatte non significa allontanare i soggetti sieropositivi - non è certo questa la direzione verso cui deve essere orientata la scelta sanitaria -, però cerchiamo di creare strutture idonee per tutti.

Gli operatori hanno chiesto che si preveda almeno che l'esame sierologico sia volontario, perchè chi vuole non deve avere la possibilità di tutelarsi sottoponendosi a tale controllo? Vengo dall'insegnamento e ricordo che ho dovuto effettuare alcune analisi obbligatorie, come la Wassermann e il *test* della tubercolina: per lo svolgimento di un lavoro che comporta il contatto con i bambini, e prevista una serie di analisi obbligatorie; mi chiedo perchè tale esame (tanto più se volontario) non debba essere previsto per il personale penitenziario che ha contatti diretti con i detenuti e per i detenuti stessi: se effettuato volontariamente, perchè non si dovrebbe fare a spese dell'amministrazione?

Quanto ai concorsi, vi è una responsabilità precisa non tanto del dipartimento quanto del precedente Ministro. Dopo la riforma del 1990, è stata approvata la legge n. 321 del 1991 che, in deroga alla legge finanziaria, consentiva la copertura di tutti i posti vacanti delle piante organiche e quindi l'espletamento dei relativi concorsi. Ebbene, a tutt'oggi quei concorsi non sono stati ancora banditi a causa di una diatriba tra il Gabinetto e l'allora ministro di grazia e giustizia Martelli sulle prove da effettuare.

Rischiamo che quella normativa, voluta dal Parlamento, decada fra qualche mese, senza avere prodotto alcun effetto, laddove essa consentirebbe l'assunzione del personale necessario per la copertura di 4.000 posti vacanti in vari ruoli professionali (infermieri, tecnici, educatori).

Dicono che la Corte dei conti non firmi, ma credo che di fronte all'emergenza debba farlo; del resto il Ministro potrebbe sollevare la questione. Comunque, bisognerebbe intervenire al più presto, per dare copertura a questi posti vacanti.

PIRAS. È stato posto un quesito sulle urgenze. Nel primo momento il caso urgente viene affrontato nell'infermeria dell'istituto penitenziario ma se l'intervento risulta insufficiente il malato viene accompagnato al pronto soccorso della struttura ospedaliera più vicina; in questo caso, quindi, i tempi di risposta dipendono dalla distanza dell'ospedale dal carcere. Comunque, i tempi di uscita dall'istituto penitenziario sono

brevissimi: il medico dispone l'accompagnamento, che viene immediatamente effettuato anche senza l'autorizzazione del magistrato perchè, in caso di pericolo di vita, l'articolo 17 dell'ordinamento penitenziario prevede l'accompagnamento su provvedimento del direttore; se quest'ultimo è assente in quel momento, c'è sempre il comandante. Certo, in questo caso vi è un'assunzione di responsabilità da parte di qualcuno che non dovrebbe assumersela: è lo stesso problema che si pone per gli agenti di polizia penitenziaria quando si assumono la responsabilità di distribuire la terapia, fare iniezioni, e via dicendo. A volte siamo costretti a svolgere mansioni che non ci competono per evitare di avere dei problemi. Ricordo, ad esempio, un caso che si è verificato l'anno scorso in un carcere credo del Veneto: per il personale che aveva dichiarato di rifiutarsi di provvedere alla somministrazione della terapia è stato ipotizzato che tale rifiuto potesse costituire il reato di omissione di soccorso, quando in realtà si trattava di una carenza dell'amministrazione che non aveva messo a disposizione idoneo personale. L'omissione di soccorso si configura se non si interviene in caso di incidenti, ma quando si organizza il servizio sanitario facendo affidamento su chi non è titolare di determinate competenze, non ritengo vi sia la possibilità di ipotizzare tale reato. Per il quieto vivere si fa anche questo, ma non credo sia giusto.

Quanto all'effettuazione dello *screening* volto ad individuare i soggetti sieropositivi, certamente bisogna valutare con attenzione la questione, anche per evitare forme di ghettizzazione dei sieropositivi. Si è fatto rilevare che nel primo periodo dell'infezione si può risultare anche sieronegativi e che la sieronegatività può durare anche un anno e mezzo dall'inizio dell'infezione. Non entro nel merito di altre valutazioni, ma ritengo che nel caso di detenuti che si trovano nel carcere da più di un anno e mezzo l'esame sierologico consentirebbe di accertarne la sieropositività o l'effettiva sieronegatività.

Peraltro, si registra un altissimo tasso di recidivi, ovvero di detenuti che entrano ed escono più volte; quindi, se si individua un soggetto sieropositivo, non è necessario ripetere l'esame sierologico. In questo modo, a mio avviso si inciderebbe abbastanza profondamente sul problema. Certo, restano le altre valutazioni, di cui bisogna tenere conto, che però non affronto. Per noi che operiamo all'interno delle carceri è comunque importante sapere se si ha a che fare o meno con un soggetto sieropositivo, soprattutto in occasioni di risse, autolesioni, eccetera. Io stesso mi sono trovato a dover intervenire per sedare una rissa tra detenuti avendo indosso una camicia a maniche corte quindi senza protezione perchè era estate. In un certo numero di casi, la sierodiagnosi consentirebbe di sapere chi sicuramente è sieropositivo.

BETTONI BRANDANI. Anche se un soggetto risulta sieronegativo, non dovrete sentirvi affatto tranquilli, perchè correte gli stessi rischi non potendo sapere se si è di fronte al primo periodo dell'infezione.

PRESIDENTE. Non è una questione statistica, e il singolo caso che si deve considerare. Qualsiasi detenuto è un soggetto a rischio, come anche i pazienti in ospedale.

MANARA. Nell'audizione di questa sera sono state svolte considerazioni molto diverse e da vari punti di vista. Ritengo che sia importante tenerlo presente come premessa, perchè un problema di questo genere comporta, a mio modesto avviso, varie prese di posizione e un approfondimento multidisciplinare.

Ma, al di là di queste brevi considerazioni, vi è un aspetto che non è stato evidenziato e che merita di essere approfondito.

Noi abbiamo portato avanti un discorso di medicalizzazione del problema carcerario. Ad esempio, non è stato detto nulla sul problema della riabilitazione e, in questo ambito, dell'ergoterapia, cioè a che livello e come sono strutturate le varie situazioni carcerarie ai fini di una necessaria produttività da parte del detenuto. È questo invece un elemento estremamente importante. Infatti, facendo un'analisi comparata fra il trattamento dei detenuti in Italia ed il trattamento dei detenuti nella confederazione elvetica, in Danimarca o in Svezia, si rileva che in quei paesi alle 6,30-7 del mattino i detenuti vengono svegliati e portati nei campi di lavoro. In questo modo, com'è ovvio, diminuisce nettamente il carico fiscale sui contribuenti. È quindi importantissimo, anche ai fini di una strategia futura impegnare il detenuto a lavorare e a produrre; il concetto di produttività si rivela quindi estremamente importante anche in ambito carcerario.

Negli Stati Uniti viene adottato questo stesso tipo di strategia; al di là degli aspetti psicologici, e importante, direi determinante, quel che definisco, in termini calvinisti, il nucleo produttivo di un certo tipo di microsocietà. Il carcere, sostanzialmente, è un universo concentrazioneario secondo la definizione che Poljakov dava di certi *lager*. Non si tratta di fare un parallelo storico-culturale, ma solo di stabilire entro quali limiti è possibile gestire il problema carcerario stesso.

Dalle vostre osservazioni, mi sembra di evincere che il sistema carcerario, in quanto tale, non è nelle condizioni di funzionare, sia sotto il profilo medico-sanitario, sia sotto quello preventivo o anche solo detentivo. Esiste una volontà politica, a quanto mi sembra di capire, perchè il sistema, in quanto tale, non funzioni e, per questo motivo, vi trovate ad operare in condizioni di emergenza.

Avete parlato del sovraffollamento all'interno delle carceri; se vi fosse una cella per ogni detenuto le condizioni sarebbero ovviamente del tutto diverse. In una simile situazione, si verrebbero a creare le condizioni non dico per modificare radicalmente il problema epidemiologico, ma almeno per porre un argine a quella che si può definire una vera e propria offensiva virale.

Due sono gli aspetti fondamentali che vanno evidenziati: innanzi tutto l'esigenza di mettere il sistema carcerario in condizione di funzionare con organici, ruoli, competenze e gerarchie adeguati. In secondo luogo - e questo è un elemento fondamentale - occorre creare le premesse per un vero e proprio stato di autosufficienza del carcere dal punto di vista economico, finanziario e produttivo.

SARACENI. Quel che lei dice, certo, non fa una grinza, ma perchè ogni detenuto abbia una propria cella, sarebbero necessarie strutture adeguate. Ad esempio, a Catanzaro, dove mi sono recata di recente per un convegno, nel carcere vi è un detenuto per cella, ma si tratta di una

costruzione nuova, anche se metà di essa non è in funzione per mancanza di personale. A Regina Coeli invece non sarà in alcun caso possibile raggiungere il rapporto di un detenuto per cella perchè è una vecchia struttura penitenziaria.

In questi dieci anni il dottor Amato ha dato impulso ad una politica di costruzione di nuove strutture, che risultano però non sufficienti rispetto al forte aumento della popolazione penitenziaria. Come prima abbiamo detto, la popolazione carceraria è in questo arco di tempo raddoppiata e non abbiamo strutture in cui sia possibile mettere un detenuto per cella.

Dove vi è sovraffollamento e promiscuità, come è stato già evidenziato, si verificano episodi di conflittualità e di autolesionismo, con i conseguenti pericoli di contagio dei detenuti stessi e degli operatori. Laddove il detenuto può disporre di una propria cella, o comunque si trova in condizioni migliori, il livello di conflittualità, così come gli episodi di autolesionismo diventano minori e gli operatori possono lavorare meglio.

Non va dimenticato che per costruire un carcere e renderlo operativo occorrono almeno dieci anni; il dottor Amato ha assunto l'incarico che attualmente riveste nel 1983; in questo arco di tempo sono stati costruiti 35 istituti penitenziari, se non vado errata; per costruirne di nuovi occorreranno altri dieci anni. Nessuno poteva immaginare che si sarebbe arrivati ad una emergenza di questo tipo: l'improvviso ed imponente aumento della popolazione carceraria ci pone condizioni di estrema difficoltà.

Anche per il personale esistono problemi logistici; ad esempio, a Regina Coeli non sarebbe possibile allocare tutto il personale che pure si renderebbe necessario in quel carcere, che in realtà dovrebbe essere chiuso perchè vecchio e obsoleto. Quando la polizia arresta delle persone, la magistratura le assegna ad un determinato penitenziario. Il sovraffollamento di alcune strutture è determinato anche dalla assegnazione dei detenuti, che è legata a sua volta alla tipologia del reato. Regina Coeli è una struttura che viene definita di prima accoglienza, il che significa che essa è tenuta ad accettare il detenuto. Noi, come sindacato, abbiamo segnalato che occorre decidere in quale direzione deve andare la politica penitenziaria, senza correre sempre dietro agli eventi.

Anch'io nutro seri timori che l'identificazione dei detenuti sieropositivi possa mettere in moto meccanismi di discriminazione. In una realtà difficile come quella del carcere una persona pensa: *mors tua vita mea*. È umano; il sovraffollamento e la confusione portano a scelte differenziate che sono nocive. Solo seguendo una politica diversa, volta a razionalizzare le strutture e le risorse disponibili, si può affrontare con efficacia il problema dell'organizzazione e per questa via attuare interventi più mirati.

MAMMUCARI. Signor Presidente, probabilmente tutti hanno sentito parlare dell'istituto penitenziario Regina Coeli, soprattutto per le attuali vicende giudiziarie, non certo però perchè è un carcere molto vecchio, con strutture fatiscenti specialmente dal punto di vista igienico-sanitario.

Come ha potuto rilevare la stessa Commissione carcere e droga, sotto la direzione del presidente Danese, in celle di 20 metri quadrati convivono fino a 12 detenuti. Tale situazione di sovraffollamento non può che ripercuotersi negativamente nell'ambito dell'istituto e sugli stessi operatori penitenziari.

Il centro clinico di cui disponiamo è stato riadattato, ma presenta ancora delle carenze di personale medico e di servizio. Su 1.700 detenuti ci sono solo 7 infermieri di ruolo e 10 infermieri parcellisti. Anche se il lavoro ricade principalmente sugli infermieri di ruolo, la quota molto elevata di straordinari effettuati dagli infermieri incaricati costituisce un onere assai pesante per l'economia del penitenziario. Il centro dispone di circa 100 posti letto, sempre occupati, e serve tutti gli stabilimenti carcerari del Lazio. La sala operatoria è abbastanza efficiente, però manca l'anestesista e il chirurgo è disponibile solo un giorno alla settimana. La struttura non è perciò in grado di svolgere completamente le sue funzioni. Tempo fa, ad esempio, è stato necessario ricoverare con urgenza all'ospedale Santo Spirito di Roma un detenuto che si era autolesionato.

PRESIDENTE. Signor Mammuccari, vorrei sapere, se è possibile, qual è il numero di detenuti serviti dal vostro centro clinico.

MAMMUCCARI. Signor Presidente, si tratta di circa 3.000 detenuti l'anno.

La maggior parte dei ricoverati è sieropositiva, qualcuno è anche affetto da Aids, e il centro non possiede strutture idonee allo scopo. Occorrono nuove attrezzature e un maggior numero di medici e di personale di servizio per dare un'immagine consona ad un centro clinico come quello di Regina Coeli. Così facendo, si potrebbero attenuare i problemi che in definitiva ricadono sulla polizia penitenziaria, che deve accompagnare i detenuti in centri specialistici appositamente attrezzati. Spesso accade che i detenuti non vengano accettati negli ospedali per mancanza di posti; allora è necessario trasferirli in altri luoghi molto distanti come Latina o Frosinone, con tutte le difficoltà che tali spostamenti comportano per la polizia penitenziaria di Regina Coeli.

Questo centro clinico ha tutte le premesse per essere competitivo e per dare un suo contributo, anche senza arrivare ad espletare un vero e proprio servizio di emergenza medica; oggi non vi riesce perché mancano gli strumenti, gli uomini e i mezzi e mi auguro che la Commissione voglia farsi carico di tale problema.

PRESIDENTE. Per la popolazione italiana si è calcolata una media di sei posti letto per 1.000 abitanti. Nel vostro caso i valori sono quadrupli. Ci deve essere una grandissima mobilità.

MAMMUCCARI. Signor Presidente, bisogna considerare anche che il centro è utilizzato per il ricovero dei detenuti che non appartengono al circondario, ma che provengono magari dalla Campania, dalla Sicilia o dalla Calabria.

PRESIDENTE. Il bacino di utenza quindi è più vasto dei 4.400 detenuti cui si riferiva.

Vi sono molti detenuti che simulano patologia per essere ricoverati all'esterno?

MAMMUCCARI. Sicuramente vi è chi simula.

Il problema è che oggi il 75 per cento della popolazione detenuta nell'istituto è sieropositiva o tossicodipendente, quindi crea dei problemi a livello di salute e va ricoverata.

PRESIDENTE. Quanti sono i tossicodipendenti?

MAMMUCCARI. All'incirca 700. In passato si era creata una sezione in cui immettere solo detenuti sieropositivi oppure affetti da malattie infettive come l'Aids. Il problema del sovraffollamento ha però stravolto questi piani, quindi oggi i detenuti sani convivono con quelli sieropositivi o malati di Aids. Per quanto riguarda il problema della sieropositività, questa può essere accertata solo attraverso un'autodichiarazione al momento in cui il detenuto entra nell'istituto. Ciò genera non poche difficoltà per l'intero penitenziario e specialmente per la polizia penitenziaria che vive 24 ore su 24 a contatto con i detenuti.

La Commissione regionale carcere e droga ha potuto constatare con i propri occhi che per ogni piano esiste una sola doccia, con rivestimenti fatiscenti e conseguenti perdite d'acqua.

Si tratta di una situazione allucinante, che va superata risolvendo il problema del sovraffollamento.

PIRAS. Il senatore Manara ha posto una domanda sul problema dell'ergoterapia. È positivo e necessario far lavorare i detenuti ma non sempre è possibile, soprattutto negli stabilimenti più vecchi dove si registra un notevole sovraffollamento. In alcuni non c'è spazio per dormire e l'infermeria è collocata nel cortile comune; in tali situazioni non si può prevedere la creazione di una falegnameria o di un'officina meccanica anche perché sarebbe impossibile impiegare un elevato numero di detenuti. È anche vero che non vengono sfruttate appieno tutte le possibilità offerte: mi riferisco, ad esempio, alle colonie penali della Sardegna, in particolare all'Asinara, a Mamone (che ha circa 2.000 ettari di terreno), a Is Arenas e a Isoli. Al loro interno sono comprese aziende agricole che sono tutte in passivo e producono in misura insufficiente a coprire le spese di funzionamento. Inoltre i detenuti vengono pagati dall'amministrazione non mediante gli introiti derivanti dalla coltivazione.

Occorre operare in Sardegna una scelta più oculata e non limitarsi a chiudere, come è accaduto, l'unica casa di reclusione chiusa, quella di Alghero, che dava a molti detenuti con lunghe pene la possibilità di lavorare. In generale, è necessario rendere più efficiente il sistema e utilizzare al meglio tutte le strutture che possediamo, anche attraverso un adeguamento degli organici preposti alla sicurezza e delle altre figure professionali. Il detenuto non può e non deve dormire dalla

mattina alla sera poichè in tal modo viene disabilitato a lavorare. Vorrei ricordare che la CISL sta studiando alcune iniziative per il lavoro nelle carceri.

DORE. Ho studiato la problematica del lavoro nelle carceri e desidero sintetizzare i dati, indicando anche le cifre che si spendono per un lavoro che di fatto è inesistente.

Presso il carcere di Regina Coeli in media lavorano 200 detenuti al mese, 80 dei quali sono impiegati presso due laboratori (falegnameria e officina-fabbri); altri sono muratori. Altri 120 detenuti sono impiegati in lavori domestici in media per due ore al giorno e percepiscono circa un milione al mese (quindi una somma ben superiore alla loro produttività), con una spesa totale di 4 miliardi.

Non si può dare a tutti i detenuti la possibilità di lavorare anche se evitare di restare chiusi in una cella potrebbe servire a fronteggiare alcune patologie psicosomatiche. Ma affidargli un lavoro e non dargli la possibilità di produrre è ancora più grave perché in tal modo li autorizziamo a percepire una somma non dovuta.

La CGIL si sta adoperando per talune iniziative, in particolare per far accogliere nel nuovo ospedale di Pietralata detenuti distribuiti in varie strutture ospedaliere, anche al di fuori del territorio cittadino. Troviamo tuttavia difficoltà politiche e resistenze. Ma si tratta di un discorso iniziato che ci auguriamo di concludere e del quale terremo informata la Commissione.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare gli intervenuti a nome dell'intera Commissione per il prezioso contributo che hanno fornito ai nostri lavori.

Dichiaro quindi conclusa l'audizione.

I lavori terminano alle ore 19.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOSSA MARISA NUDDA