

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XI LEGISLATURA —————

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 12 GENNAIO 1994

Presidenza del Presidente MARINUCCI MARIANI

INDICE

Documento conclusivo

PRESIDENTE	Pag. 3, 9, 15 e <i>passim</i>
BETTONI BRANDANI (PDS)	3, 16
CONDORELLI (DC)	10
DIONISI (Rifond. Com.)	11
GRASSANI (Rifond. Com.)	15
MININNI-JANNUZZI (MSI-DN)	13
ZUFFA (PDS)	13

I lavori hanno inizio alle ore 16,20.

DOCUMENTO CONCLUSIVO

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri.

Ricordo che la senatrice Bettoni Brandani ha avuto l'incarico di predisporre il documento conclusivo e pertanto la invito ad illustrarlo, in qualità di relatore.

BETTONI BRANDANI, relatore alla Commissione. Signor Presidente, onorevoli colleghi, l'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, condotta dalla Commissione igiene e sanità del Senato, si è articolata in una serie di audizioni ed in sopralluoghi effettuati da una delegazione della Commissione stessa presso taluni istituti penitenziari, presso ospedali psichiatrici giudiziari e centri clinici. Vorrei sottolineare che nel corso delle audizioni, la Commissione ha richiesto ai responsabili di taluni settori dell'amministrazione penitenziaria numerosi dati relativi al Servizio sanitario nazionale nelle carceri, come, ad esempio, i costi sostenuti per i vari tipi di attività svolte o gli indici statistici di degenza nei centri clinici penitenziari, senza purtroppo ottenere alcuna risposta da parte dell'amministrazione centrale. Questo appare come un segno della grave sottovalutazione del problema e del lavoro che la Commissione parlamentare si accingeva a svolgere. Al contrario, i dati richiesti e su cui ci siamo basati sono stati prontamente forniti dalle direzioni degli istituti penitenziari e degli ospedali psichiatrici giudiziari visitati dalla delegazione dei parlamentari.

Desidero richiamare le leggi ed i regolamenti che disciplinano l'attività sanitaria all'interno degli istituti penitenziari, anche in relazione al personale che vi opera.

Il primo problema emerso di carattere generale - ma con evidenti ed importanti riflessi di ordine sanitario - è relativo al sovraffollamento attuale nelle carceri italiane, che hanno una capienza complessiva per circa 25.000 detenuti, a fronte dei circa 51.000 detenuti attuali. Nelle celle normalmente capaci di accogliere un solo detenuto, vi sono anche tre o quattro persone; i cameroni accolgono anche 25 detenuti. La contiguità fisica, la promiscuità, l'assenza di un adeguato spazio materiale a disposizione per persone (determinate dal sovraffollamento), la conseguente carenza di servizi igienici (questo accade anche laddove sono modernamente strutturati mentre esiste una effettiva carenza negli istituti più vecchi), determinano gravi deficienze sul piano igienico-sanitario. Vengono cioè a determinarsi, di conseguenza, condizioni epidemiologiche che favoriscono il contagio e la diffusione di malattie infettive, anche di quelle più obsolete come la tubercolosi. Al

di là delle cure, di cui tratteremo più avanti, nelle carceri si pone il problema della assoluta mancanza di possibilità di prevenzione primaria, il che priva, *in primis*, i cittadini detenuti di una parte fondamentale del diritto alla salute.

Tale situazione epidemiologica è ulteriormente aggravata dalla diffusione della tossicodipendenza e dall'infezione da HIV, spesso alla prima correlata, particolarmente presente nella popolazione carceraria. Risulta infatti che i tossicodipendenti rappresentano circa il 30 per cento della popolazione carceraria e i detenuti con infezione da HIV sono circa il 10 per cento e verosimilmente sottostimati.

Nonostante questa particolarità epidemiologica, fortemente a rischio di diffusione, non è emersa, nel corso dei sopralluoghi effettuati dalla Commissione, alcuna strategia specifica per la prevenzione del contagio. Va peraltro in via preliminare detto che, nonostante le disposizioni legislative recenti sulla incompatibilità del regime carcerario con situazioni di AIDS conclamato o con gravi *deficit* immunitari connessi all'infezione, abbiamo riscontrato violazioni a queste norme di legge, dati i ritardi, a volte di mesi, circa il pronunciamento da parte del magistrato competente.

Analoghi ritardi sono stati riscontrati nell'autorizzazione al ricovero ospedaliero per malattie gravi diagnosticate in carcere e segnalate dalla Direzione dell'istituto.

Negli Istituti minorili le patologie di più frequente incontro riguardano l'apparato respiratorio (bronchiti, broncopolmoniti), l'apparato osteo-articolare (traumi, rachitismo) quello gastroenterico (enteriti, disvitaminosi, malassorbimento).

Il personale impegnato nell'assistenza sanitaria nelle carceri è, per stessa ammissione dell'amministrazione centrale, insufficiente, e lo è tanto più oggi in relazione al succitato enorme incremento della popolazione carceraria.

I medici di ruolo sono 35, tutti negli OPG. Fra medici incaricati e medici incaricati provvisori, sono attualmente impiegate 338 unità, a fronte di una pianta organica della legge 740 del 1970, con situazione completamente diversa, di 350 unità.

I medici di guardia sono 1097 con un totale di ore di servizio pari a 3.424 nei giorni feriali e 4.665 nei giorni festivi. Peraltro, solo recentemente, una circolare dell'allora direttore generale degli Istituti di prevenzione e pena, dottor Nicolò Amato, ha stabilito che questi medici devono prestare servizio per almeno 3 ore al giorno.

Il complesso di ore è distribuito fra i vari istituti in maniera differente: in alcuni la guardia medica copre il servizio per l'intero arco delle 24 ore e sono, per lo più, i grandi istituti, in altri per sole 16 ore, in altri per 8 ore o meno.

Nel servizio penitenziario, su 800 posti di ruolo, solo 320 sono coperti da infermieri; una parte delle necessità viene coperta col sistema del convenzionamento ad orario.

Questa grave carenza di personale infermiestico è ancora più evidente in quelle strutture, come gli OPG, in cui la figura dell'infermiere dovrebbe essere centrale nel rapporto terapeutico col malato mentale. Spesso così gli agenti di custodia si trovano a svolgere mansioni di tipo infermieristico, in maniera decisamente impropria.

La cronica carenza in Italia di questa figura professionale, unita ad un pessimo trattamento economico da parte dell'Amministrazione della giustizia, sono le cause principali delle difficoltà a reperire tale personale.

Altre figure professionali sanitarie sono carenti nel sistema sanitario delle carceri; fra queste gli psicologi, operatori importanti specie in relazione alla capacità del regime carcerario di determinare ed esaltare conflitti personali ed interpersonali.

Riteniamo che questa carenza sia inaccettabile là dove, come nelle strutture penitenziarie per i minori, le problematiche sono di tipo psicologo più che strettamente sanitario.

Negli istituti minorili non ci sono psicologi in pianta organica, mentre gli psicologi convenzionati sono circa 60 su una utenza, che è la seguente: nel 1992, 1.533 minori sono entrati negli istituti penitenziari per minorenni, 4.372 minori sono entrati nei centri di prima accoglienza.

Tutto questo è il risultato di una politica del personale più rivolta alle emergenze di custodia che alla tutela del diritto alla salute.

La figura del medico incaricato, del medico di guardia e dell'infermiere, assicurano l'assistenza di primo livello, compresa l'emergenza-urgenza sanitaria.

Da sottolineare che l'ambiente carcerario, di per sé, è un ambiente in cui la prevalenza di patologia, vera o comunque dichiarata, ma tale da richiedere una valutazione medica di base, è alta, verosimilmente più alta che nel resto della popolazione.

Lo stress psicologico legato alla perdita della libertà determina una domanda sanitaria impropria che va decodificata per coglierne le implicazioni.

Di più la necessità di interventi urgenti legati alla tossicodipendenza (*overdose*, astinenza), ma anche i numerosi casi di autolesionismo, richiederebbero un altro tipo di assistenza di base.

La Commissione infatti, in linea con il giudizio espresso dalla Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena, ritiene insufficiente questo modello organizzativo e la sua concreta attuazione, che può determinare tempi di attesa eccessivi per una banale patologia e ritardi nelle risposte all'emergenza.

Abbiamo infatti illustrato come la guardia medica non sia sempre presente nell'arco delle 24 ore in tutti gli Istituti e, quando è presente, un solo medico di guardia la notte deve farsi carico, ad esempio di oltre 2.000 detenuti, compresa la visita medica dei nuovi arrivati, come a San Vittore.

L'assistenza di secondo livello è demandata alla figura del medico specialista, a cui si accede previa richiesta del medico «di base». Esso è un libero professionista a convenzione proveniente dalla USL di riferimento del carcere (la direttiva della Direzione centrale degli istituti di prevenzione e pena invita a favorire questa soluzione) o convenzionato in quanto libero professionista. La realtà è che su 1.694 convenzioni stipulate nel 1992, solo 194 sono con le USL.

Ogni struttura carceraria attiva, di propria iniziativa, le convenzioni in quelle branche specialistiche in cui si verifica il bisogno ma esiste una enorme difformità e discrezionalità nelle scelte sul territorio nazionale.

Quando la risposta di secondo livello esita in una richiesta di ricovero per terapia o per accertamenti, due sono le possibilità praticabili: il ricovero in un Centro clinico penitenziario, il ricovero in ospedale pubblico. In alcuni istituti le infermerie sono dotate di alcuni posti di degenza per detenuti che abbiano bisogno di permanere in ambiente sanitario assistito.

Esistono 13 centri clinici (Torino, Genova, Milano, Parma, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Messina, Cagliari e Sassari). Sorti con l'obiettivo di fornire un'assistenza diagnostica e terapeutica più elevata e quindi di contenere la necessità di ricovero all'esterno, hanno assorbito risorse per centinaia di miliardi per le strutture e per le attrezzature, alcune di ottimo livello.

In realtà solo pochi di questi centri sono attivi e funzionanti dal lato sanitario e alcuni sono utilizzati (come ad esempio il centro clinico di Genova) prevalentemente per ospitare detenuti in condizioni migliori di quelle esistenti nel carcere fatiscente o per ospitare detenuti ad alta sorveglianza per reati di associazione mafiosa, al fine di evitarne la fuga. La causa fondamentale del loro non funzionamento è la carenza di personale medico ed infermieristico.

La necessità di degenza in una struttura capace di fornire una risposta di maggiore complessità diagnostica e terapeutica, può trovare soddisfacimento nell'ospedale pubblico della USL di riferimento del carcere o delle USL limitrofe.

I pochi centri clinici attivi in questo senso non possono certamente soddisfare l'intera richiesta ed esaudire comunque la domanda di interventi di alta specialità. Del resto l'ospedale è il solo riferimento per l'emergenza-urgenza sorta nelle carceri.

Il ricovero in strutture esterne al carcere pone alla direzione dell'istituto penale il problema della sorveglianza, attualmente a carico della Polizia penitenziaria. Pone per altri versi, alle strutture ospedaliere, il problema dell'inserimento in una sezione di degenza normale o peggio intensiva o subintensiva, di questo apparato di controllo fatto di personale estraneo a quello sanitario che costantemente convive con il detenuto degente, gli altri degenti, i familiari di questi, il personale.

La creazione di reparti ospedalieri specificatamente rivolti all'accoglienza dei detenuti in regime di degenza ospedaliera, come previsto da un recente decreto convertito in legge, e solo in minima parte attuato, potrebbe apparentemente rispondere alla soluzione di quest'ultimo problema laddove l'utenza è alta, come nei grandi agglomerati urbani.

La soluzione però desta molte perplessità nella Commissione. La prima è legata al costo da sostenere per la costituzione di tali sezioni, in una situazione di sovraffollamento e di obsolescenza della rete ospedaliera italiana; la seconda è legata al tipo di organizzazione che verrebbe a prefigurarsi per questi «reparti speciali»: diverse tipologie di degenti, di patologie, differenti esigenze assistenziali e terapeutiche da soddisfare, differenti *equipes* con modalità di intervento diversificate, dovrebbero trovare accoglienza in una particolare sezione di degenza per carcerati. Non possono essere però nel contempo eluse le difficoltà di ricovero ospedaliero dei detenuti che alcuni istituti penitenziari incontrano.

Una via per uscire da questa obiettiva difficoltà, che si ripercuote sul diritto alla salute dei cittadini carcerati, può essere individuata in una maggior responsabilizzazione e intervento diretto delle Regioni e delle USL, al fine di approntare soluzioni organizzative idonee.

Per quanto concerne i tossicodipendenti ristretti, il loro numero è aumentato del 53,58 per cento dal 30 giugno 1991 al 31 dicembre 1992.

L'articolo 96 del testo unico delle leggi in materia di stupefacenti, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, prevede che la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e alcolisti sia affidata alle USL in collaborazione con i servizi sanitari degli istituti di prevenzione e pena.

Con decreto del Ministro di grazia e giustizia del 10 maggio 1991 è stata disposta la destinazione di istituti penitenziari o loro sezioni ai detenuti tossicodipendenti, al fine di consentire lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi; ma solo in un paio di casi tale decreto, che individua numerose strutture *ad hoc*, è stato attuato.

Le convenzioni stipulate tra amministrazioni penitenziarie e Regioni per questo tipo di assistenza ammontano a 120 su 155 istituti che hanno tossicodipendenti tra le persone in regime di custodia. Tali convenzioni non coprivano, al momento dello svolgimento della nostra indagine, il fabbisogno effettivo.

La difficoltà principale che impedisce l'attuazione più ampia dell'articolo 96 risiede nella carenza di organici che si registra nei servizi per tossicodipendenze nelle USL. Tuttavia le difficoltà riscontrate nell'indagine della Commissione non sono solo di ordine strutturale-organizzativo, bensì di orientamenti terapeutici e culturali degli operatori del carcere nei confronti di quelli dei servizi territoriali. Nelle visite di sopralluogo effettuate abbiamo riscontrato che ai pazienti in carico ai servizi delle USL, una volta entrati in carcere, non sempre è stata assicurata una continuità terapeutica. L'orientamento terapeutico prevalente sembra quello di subordinare qualsiasi intervento all'assoluta astinenza; orientamento dettato più che da impostazioni terapeutiche da una filosofia coattiva propria dell'istituto carcerario.

Va poi sottolineato come, in contrasto con gli orientamenti emersi anche recentemente nella Conferenza nazionale sulla droga di Palermo, non sembrano essere applicate dai servizi, anche da quelli delle USL, all'interno del carcere strategie di riduzione del danno.

Quanto agli ospedali psichiatrici giudiziari, dall'indagine condotta, particolarmente grave risulta la condizione dei pazienti, poichè le esigenze di custodia, nelle strutture e nell'organizzazione, prevalgono nettamente sulle necessità di cura e di recupero e comunque le limitano fortemente.

Non sta a noi esprimerci su eventuali modifiche del regime di proscioglimento. Vogliamo tuttavia segnalare che l'aumentata incidenza di sottoposti a misure di sicurezza di breve periodo (due anni) evidenzia come trovino ricovero in ospedali psichiatrici giudiziari pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale, per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Servizio sanitario nazionale e di adeguate strutture intermedie.

Non a caso, misure di sicurezza provvisorie in attesa di sentenza vengono per lo più scontate negli ospedali psichiatrici giudiziari. I pazienti sono dunque penalizzati dalla generale inadeguatezza del sistema socio-sanitarioassistenziale, da cui l'ospedale psichiatrico giudiziario è rigidamente e istituzionalmente separato.

Ancor più dolorosa appare la condizione degli internati psichiatrici gravi i quali, sia per carenze strutturali, sia per carenze di personale, specie infermieristico, rischiano di vedere cronicizzato irreversibilmente il loro stato, senza alcuna possibilità di recupero. Per inciso, va resa informazione sulla persistenza in alcuni ospedali psichiatrici giudiziari di letti di contenzione che attualmente non sarebbero, a detta dei dirigenti degli istituti stessi, utilizzati.

La Commissione ritiene auspicabile che gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario dei pazienti. Ritiene inoltre che vadano identificate fin da ora le modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali, per un loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'attuale ospedale psichiatrico giudiziario.

In conclusione, possiamo affermare che l'attuale assetto della sanità penitenziaria, quale appunto quello determinatosi a seguito dei provvedimenti legislativi del 1970, si configura teoricamente come servizio dotato di un certo grado di autonomia dal Servizio sanitario nazionale e dall'amministrazione penitenziaria, sebbene con rapporti con entrambi (vedi figura del medico incaricato). In pratica tale collocazione autonoma non esiste: la dipendenza dalla direzione penitenziaria è determinata dal fatto che gran parte del personale, in particolare quello medico, accede alla carriera per chiamata diretta del direttore del carcere. I concorsi per medici non vengono indetti da 15 anni.

Il medico, pertanto, viene a trovarsi nella particolarissima situazione di costituire il diretto referente del detenuto senza esserne il medico di fiducia, in quanto non scelto, ma mediatore nei rapporti con la direzione del carcere e con la giustizia e intermediatore degli interessi più generali dell'amministrazione penitenziaria.

Viene dunque meno quel rapporto fiduciario medicopaziente, che è alla base dell'atto terapeutico, a favore di un rapporto fiduciario fra il medico e l'amministrazione, del tutto estraneo agli obiettivi della sanità. Riteniamo centrale questo punto, non già per un vezzo ideologico ma perchè - e ne abbiamo avuto testimonianza - lo consideriamo capace di incidere negativamente sulla risposta sanitaria, oggettivamente limitata da problematiche non pertinenti ed improprie (sicurezza e custodia).

La questione dell'autonomia professionale del medico, così importante specialmente in questo delicato settore, non può essere risolta, ad avviso della Commissione, che attraverso una risposta di maggiore qualificazione professionale dell'operatore che solo può determinare correttezza scientifica e un approccio professionalizzato, acquisendo sempre maggiore sicurezza nelle scelte di strategie terapeutiche ed anche capacità di discernere, con minore possibilità di errore, le situazioni che rivestono o meno interesse sanitario.

Questa qualificazione professionale - intesa come presupposto dell'autonomia professionale - può trovare collocazione, nei modi e nelle forme opportune, solo all'interno del Servizio sanitario nazionale che è l'unico, per l'interesse generale cui è finalizzato, a poterla garantire.

Pertanto, l'assetto organizzativo appare assai diverso per il grado di funzionalità molto limitato del Servizio sanitario nazionale all'interno delle carceri, per i non prevedibili miglioramenti delle prestazioni a medio termine, per le continue necessità di tamponamento da parte delle strutture del Servizio sanitario nazionale (senza peraltro realizzare una piena integrazione tra i due servizi sanitari, e quindi una reale efficacia), per le condizioni materiali di vita nelle carceri che provocano effetti negativi sullo stato di salute della popolazione carceraria e della popolazione in generale.

Si impongono al Parlamento, a nostro avviso, la necessità e l'urgenza di ripensare ad un modello organizzativo della sanità nelle carceri che parta dalla valutazione di alcuni parametri oggettivi. Innanzi tutto, i costi. La relazione della Corte dei conti del 1986, che affrontava specificatamente questo problema, stimava l'onere medio per assistito nella struttura carceraria superiore del 75 per cento rispetto a quello nel Sistema sanitario nazionale. Altri parametri sono quelli relativi all'utilizzo del personale; al rapporto del personale rispetto al Sistema sanitario nazionale e all'amministrazione della giustizia; all'utilizzo pieno delle attrezzature esistenti; all'efficienza ed all'efficacia rispetto alla capacità di soddisfare il diritto alla salute dei cittadini detenuti al pari di tutti gli altri cittadini.

Si rileva la necessità e l'urgenza di giungere ad una maggiore responsabilizzazione del Servizio sanitario nazionale attraverso strumenti legislativi e normativi da intensificare e definire maggiormente. Questa urgenza è particolarmente necessaria e sentita negli ospedali psichiatrici giudiziari.

PRESIDENTE. Desidero ringraziare la senatrice Bettoni Brandani per l'interessante ed approfondita relazione sulla situazione sanitaria nelle carceri italiane. Abbiamo particolarmente apprezzato il lavoro svolto poichè la relatrice ha saputo riassumere e raccogliere tutte le nostre impressioni e le informazioni da noi ricevute in questi mesi, sia durante le audizioni sia attraverso i sopralluoghi effettuati nelle strutture carcerarie. Purtroppo, l'anticipato scioglimento delle Camere non ci permette di approfondire ulteriormente il dibattito nè ci offre la possibilità di procedere a modifiche e proposte dirette a migliorare l'assetto organizzativo sanitario nelle carceri. Non avendo potuto svolgere un dibattito adeguatamente approfondito, auspichiamo che il lavoro puntuale e preciso della senatrice Bettoni Brandani possa essere proficuamente proseguito nella prossima legislatura di modo che il nuovo Parlamento potrà, attraverso riforme adeguate, cercare di rendere efficiente ed autonomo il servizio sanitario penitenziario rispetto a quello nazionale, nonchè maggiormente organizzato.

Dichiaro aperta la discussione sullo schema di documento conclusivo illustrato dalla senatrice Bettoni Brandani.

CONDORELLI. Signor Presidente, vorrei esprimere il mio apprezzamento per la relazione che la senatrice Bettoni Brandani ci ha testè illustrato e che ha evidenziato la sua sensibilità rispetto al problema sanitario all'interno delle strutture carcerarie.

Per motivi personali non ho partecipato ai sopralluoghi che la delegazione della Commissione ha effettuato in questi mesi. Queste visite mi producono una amarezza incredibile. Durante la mia personale esperienza di medico più volte mi è stato chiesto di effettuare consulenze all'interno delle carceri ed ho potuto constatare di persona le condizioni di estrema gravità in cui versano i detenuti malati. Ho constatato, inoltre, una certa durezza da parte del sistema giudiziario. I pareri espressi dai medici penitenziari si conformano spesso alle decisioni assunte dal magistrato senza tenere conto della particolare condizione del detenuto affetto da determinate patologie.

Come ha già sottolineato la presidente Marinucci Mariani, la conclusione anticipata della legislatura non consente di approfondire ulteriormente il dibattito su questo documento di grandissima importanza che tuttavia rimane agli atti del nostro Parlamento. Auspico una adeguata pubblicizzazione di esso in modo che tutti i cittadini italiani possano acquisire conoscenza del lavoro svolto fino a questo momento dal Parlamento.

Mi auguro che il prossimo Parlamento possa recuperare e proseguire il lavoro fin qui svolto producendo proposte di riforma del sistema sanitario penitenziario, senza soffermarsi sempre sugli stessi argomenti e sulle medesime constatazioni, così come purtroppo ho avuto modo di verificare nei miei dieci anni di vita parlamentare. A tal proposito, ritengo opportuno ipotizzare l'istituzione di un organo supremo - che potrebbe essere anche lo stesso Parlamento - con il compito di sovrintendere alla tutela e all'assistenza dei detenuti malati; penso, ad esempio, ad una Commissione parlamentare permanente che in maniera continua e non sporadica o a seguito di singole iniziative possa svolgere una simile attività. In tal modo, si potranno controllare e tutelare adeguatamente i detenuti malati, il cui recupero fisico è determinato anche da fattori psicologici nonché dalle condizioni igieniche. Tutti i medici sanno quanta influenza abbiano i fattori psicologici e le condizioni igieniche sulla malattia che già di per sè provoca uno stato di sofferenza. Bisogna considerare con attenzione tutti i vari aspetti: siamo ormai vicini all'anno 2000 e non sono più i tempi descritti da Cesare Beccaria. Infatti, le condizioni non sono certamente più quelle di allora anche se l'attuale situazione carceraria non può certo favorire il recupero sociale dei soggetti detenuti.

Non desidero oggi soffermarmi sui problemi che riguardano i minori ma vorrei ricordare che l'ONU ha più volte indicato la necessità di dipenalizzare i reati che li riguardano.

Si insiste sul fatto che bisognerebbe però cercare di attuare una politica di recupero sociale.

Mi auguro che questa relazione possa essere largamente conosciuta e presa in considerazione nella futura legislatura, affinché si possa effettivamente ed in modo molto sereno dare una soluzione a questo imponente problema.

Ricordo ancora che il direttore generale degli istituti penitenziari, Nicolò Amato, mi raccontò con la massima tranquillità dei fatti orribili che avvengono normalmente nelle carceri, tanto che riteneva che tutto ciò non fosse degno di un paese civile e che, a questi livelli, sarebbe stato meglio aprire le carceri e mandare tutti via.

Mi auguro che il prossimo Parlamento recepisca queste istanze e trovi una soluzione definitiva a questo problema per difendere, in primo luogo, la dignità umana anche e, soprattutto, quando ci si trova in tali condizioni.

DIONISI. Intervengo rapidamente, ricordando che ho partecipato al lavoro svolto dalla Commissione, recandomi con i colleghi, soprattutto quelli presenti, a visitare più istituti.

Sin dall'inizio, eravamo tutti consapevoli del ritardo con cui iniziavano questi sopralluoghi. Abbiamo tuttavia ritenuto che questo lavoro dovesse essere portato avanti proprio per lasciare un contributo al prossimo Parlamento, affinché il nostro impegno potesse servire a far conoscere la situazione e a dimostrare l'urgenza di affrontare un problema drammatico come questo.

Ho visitato più volte alcune carceri, soprattutto quelle di Roma, ed ogni volta sono rimasto sconvolto da queste esperienze. Devo ammettere l'inutilità sostanziale di tali strutture, soprattutto repressive, di grande sofferenza che negano anche la dignità umana ai detenuti, tanto che ritengo che nella maggior parte dei casi, le carceri sono solo un mezzo per infliggere una pena più che per recuperare gli individui.

Ritengo che per quanto riguarda l'aspetto sanitario delle carceri, si debba avviare una riflessione più generale sull'esistenza stessa degli istituti, così come sono oggi organizzati.

Al di là delle condizioni disumane alle quali abbiamo assistito, ci sembra che non soltanto il diritto alla salute sia nella maggior parte dei casi negato, ma che ai responsabili dei reati meno gravi vengano inflitte delle pene che vanno ben al di là di quanto una società civile possa immaginare.

Non intendo soffermarmi sui motivi psicologici che spingono gli individui a commettere reati; infatti, questi esulano dai compiti spettanti alla Commissione sanità, ma sicuramente, sono convinto che, così come sono organizzate, le carceri non aiutano di certo gli individui a superare e a risolvere i loro problemi psicologici.

Condivido sia le problematiche affrontate nella relazione della senatrice Bettoni Brandani, sia le risposte suggerite. Sono d'accordo sul fatto che le strutture sanitarie delle carceri dovrebbero in qualche modo essere integrate con quelle del sistema sanitario nazionale e spero che questa strada verrà seguita dal futuro Parlamento.

Non so se il giudizio espresso dalla nostra Commissione avrà valore; sicuramente ritengo che debba esistere un atto neutrale di questo Parlamento perchè temo che questo documento possa essere interpretato come un documento di parte in quanto elaborato da una senatrice appartenente ad un determinato Gruppo politico; perciò ritengo che se esprimiamo un giudizio complessivo della Commissione sul contenuto del documento e sulla risposta suggerita, potremmo vincolare in qualche modo la volontà del prossimo Parlamento. In questo modo, tale

documento assumerebbe sicuramente carattere neutrale; quindi, sarebbe accettato senza riserve da tutti i Gruppi politici.

Secondo me, il voto deve segnare l'orientamento di codesto Parlamento.

Sicuramente alcuni colleghi potranno avere una visione diversa da quella contenuta nel documento ed è giusto che la esprimano ipotizzando soluzioni diverse. Tuttavia dobbiamo lasciare agli atti una posizione che rappresenti un punto di equilibrio tra i vari modi di intendere il carcere ed il Servizio sanitario nazionale.

Ho trovato stimolanti le osservazioni fatte dal collega Condorelli. Anzitutto mi auguro che non arrivi mai un Anno del detenuto, giacchè per esperienza possiamo vedere che nell'Anno della pace ci sono state guerre, l'Anno dell'anziano ha segnato il periodo più buio per queste persone, nell'Anno degli indios c'è stata una repressione e anche l'Anno del fumo non è servito a niente. Insomma, ogni volta che si cerca di portare all'attenzione dell'opinione pubblica un problema drammatico quest'ultimo viene addirittura ad acutizzarsi, anche perchè si risvegliano in alcuni gli istinti più efferati, che purtroppo di questi tempi vengono alimentati dalla cultura dell'egoismo, dal superamento della cultura solidaristica.

Se non vado errato «*Dei delitti e delle pene*» è stato scritto intorno al 1730. Ebbene, non mi sembra che nel tempo trascorso questa nostra umanità abbia dato un gran contributo all'evoluzione di un pensiero che già allora sembrava all'avanguardia circa la concezione del carcere da portare avanti; mi riferisco anche a forze purtroppo presenti in Parlamento. Se poi penso che in passato il Movimento sociale ha proposto, anche se ora lo nega, la pena di morte e se penso che quest'ultima viene ancora praticata in molte parti del mondo, non posso essere troppo ottimista.

Comunque questa consapevolezza deve far aumentare i nostri sforzi nel diffondere una cultura diversa e nel lottare per superare l'attuale concetto di carcere. È giusto andare verso la depenalizzazione, e giusto dare concreta attuazione alle indicazioni del *referendum* sulla tossicodipendenza, problema che nel carcere è addirittura esplosivo. Abbiamo visto casi drammatici di persone che sono state chiamate dopo quattro o cinque anni a scontare quattro mesi di pena, con il risultato di gettarle di nuovo nella disperazione e nell'emarginazione, laddove con fatica erano riuscite a dare un senso alla propria vita cercando di reinserirsi nella società.

Ritengo che ogni parlamentare prima di iniziare la propria attività dovrebbe vedere un carcere, dovrebbe trascorrere una giornata in un pronto soccorso ospedaliero, dovrebbe fare una fila in un'unità sanitaria locale, dovrebbe vivere un giorno insieme a coloro che sono stati cacciati dalle proprie abitazioni. Tra gli sfrattati di Roma ed i carcerati c'è infatti un filo comune, una connessione: quando su un milione e mezzo di entrate mensili si deve pagare a Roma un milione di affitto mi chiedo come si possa vivere senza rubare o senza arrangiarsi.

Non voglio giustificare queste persone; voglio semplicemente dire che trovo sbagliata la reazione avuta ultimamente dalla polizia, che ha fatto ricorso alle maniere forti, picchiando addirittura donne incinte, vecchi e bambini, in modo del tutto gratuito, quando 540 abitanti

abusivi, non per mestiere ma per necessità, si accingevano a lasciare le case occupate. È questo un episodio che fa parte di un sistema repressivo che non controlleremo più noi dell'estrema sinistra ma che non controllerete più neppure voi. Infatti per controllare questo disagio sociale sarete obbligati a militarizzare la società, a mandare soldati a Napoli, a Palermo, a Roma. Alla fine però la gente si stuferà e reagirà in modo violento, cosa certo che nessuno di noi auspica. Tuttavia io ho sentito la disperazione di queste persone, che ce l'hanno con tutti noi (veramente più con voi che con noi). Di fronte a tanta disperazione, di fronte alla drammaticità della vita, per costoro il carcere non rappresenta più un deterrente.

È quindi giusto depenalizzare; e se non temessi che quando si parla di campo di lavoro e di recupero si pensi subito all'esperienza di Stalin ed a quella cinese, se non temessi cioè che questi termini evocino esperienze tristissime del passato, direi che il carcere va superato con altre strutture.

MININNI-JANNUZZI. Signor Presidente, vorrei innanzi tutto ringraziare la senatrice Bettoni Brandani per l'ottimo lavoro svolto, nonché il collega Condorelli che ha evidenziato, durante il suo intervento, le difficoltà incontrate nel momento in cui ha dovuto visitare alcuni pazienti detenuti. Anche io desidero ricordare la mia esperienza di ben 17 anni di clinica chirurgica; spesso ci venivano inviati pazienti detenuti che, poichè inizialmente avevano denunciato un comune mal di pancia, non erano stati presi in seria considerazione dal personale medico del carcere; ad essi, in genere, venivano somministrati purghe e clisteri. Al contrario, le loro patologie, che potevano essere curate e superate velocemente, senza una adeguata cura, hanno richiesto un immediato ricovero in ospedale in condizioni praticamente disperate (ad esempio, per appendiciti o ulcere perforate). La relazione della senatrice Bettoni Brandani - che sarà oggetto di discussione postuma - dovrebbe esprimere ed evidenziare come anche nelle carceri sia necessaria una buona dose di umanità da parte del personale sanitario, di modo che in futuro non debbano più registrarsi quei casi di trascuratezza e di abbandono che più volte noi medici abbiamo avuto modo di verificare di persona.

ZUFFA. Stiamo discutendo, signor Presidente, sugli esiti e sul significato che potrà avere il documento proposto dalla relatrice. Al di là delle importanti indicazioni sull'organizzazione sanitaria nelle carceri, tale documento rappresenta un atto fondamentale per l'affermazione del diritto alla salute dei detenuti, la cui tutela va al di là della stessa organizzazione sanitaria. Riveste una grande importanza anche perchè rappresenta uno dei pochi atti con cui il Parlamento, in questa legislatura ha rivolto la sua attenzione ai problemi penitenziari.

In questi ultimi sei mesi si sono verificati due scioperi della fame dei detenuti anche a causa delle pessime e precarie condizioni igienico-sanitarie in cui versano; queste ultime ci riguardano molto da vicino nel momento in cui ci interessiamo della tutela della salute dei detenuti e il pronunciamento della Commissione sul documento assume il valore di una presa d'atto di tale situazione e di una denuncia

dell'eccessivo sovraffollamento delle carceri, così come è stato evidenziato anche in altri interventi. A causa di tale sovraffollamento - come ha scritto in maniera molto critica il dottor Dolcetto, non più tardi di un mese fa, in occasione del secondo sciopero della fame dei detenuti - le carceri sono diventate come un grande lazzaretto:

infatti, la situazione si è acuita per l'emergere di nuove problematiche sociali legate alle cosiddette nuove povertà, come l'immigrazione, la tossicodipendenza, l'infezione da HIV. Tali emergenze si intrecciano strettamente alla situazione sanitaria nelle carceri, argomento del quale ci stiamo occupando, e ritengo opportuno che, all'interno della relazione, si preveda un riferimento ad esse.

Non so se sia il caso di mantenere ancora un servizio sanitario penitenziario alle dipendenze dell'amministrazione di grazia e giustizia, quindi autonomo, o se esso debba costituire parte integrante del Sistema sanitario nazionale. È un problema ancora aperto e molto importante.

I centri clinici di Opera e di Pisa non entrano in funzione se non vi è l'assunzione in carica del Servizio sanitario nazionale che gestisce questi centri attraverso gli ospedali.

Quando il centro clinico di Opera entrerà in funzione, la regione si farà carico di questi problemi e qualche ospedale si farà carico della sua gestione.

È un fatto importante perchè, mentre l'assistenza ai detenuti è drammatica, per il centro clinico di Opera sono stati spesi molti soldi; abbiamo personalmente visto le attrezzature impacchettate, ancora ricoperte dai teli perchè non prendessero polvere.

Vi è poi l'esigenza del diritto alla salute che spesso è sacrificato da questioni relative alla sicurezza ed alla custodia delle carceri; in merito, non si può non rilevare la lentezza con cui la magistratura prende necessari per consentire adeguata assistenza terapeutica ai detenuti.

Ricordo ad esempio un caso che si è verificato nel carcere di Sobbrecchiano, dove un imputato sottoposto a custodia cautelare a cui era stata diagnosticata nel mese di novembre una massa tumorale, con di richiesta da parte dei medici del penitenziario di immediato ricovero per accertamento di questo tumore, è stato ricoverato solamente il 6 gennaio. Tale trattamento non sarebbe stato riservato a nessun cittadino.

Intendo fare una considerazione relativamente al problema dei detenuti affetti da infezione da HIV, emersa dal sopralluogo presso il carcere di Poggioreale; infatti, se non vi è il pronunciamento da parte della magistratura, tali detenuti rimangono in carcere anche per mesi.

Un'ultima considerazione vorrei farla sul problema dei tossicodipendenti; mi riferisco in particolare al fatto che sia la conferenza che si è tenuta a Palermo su questa materia sia il decreto concernente tale problema attualmente all'esame della Camera dei deputati fanno esplicito riferimento alla strategia di riduzione del danno in materia di recupero dei tossicodipendenti. Abbiamo riscontrato che tale strategia non viene assolutamente applicata nelle carceri - e ci è stato più volte ripetuto sia al carcere di Poggio Reale, sia a quello di San Vittore - per mancanza assoluta di personale adeguato o per carenza di farmaci o più spesso perchè esiste una pregiudiziale ideologica nei confronti, ad

esempio, dell'uso delle siringhe, nonostante la stessa Commissione nazionale l'abbia difesa in sede di audizione.

Desidererei che nella relazione fosse sottolineato il fatto che gli ospedali psichiatrici giudiziari sono assolutamente trascurati. Abbiamo visitato sia quello situato a Montelupo che ad Aversa ed abbiamo avuto la sensazione che fossero «terra di nessuno». Sono trascurati dalla amministrazione penitenziaria e manca qualsiasi raccordo istituzionale con il Servizio sanitario nazionale.

L'aspetto più grave di questo problema è proprio la separazione istituzionale per cui questi detenuti non sono considerati pazienti psichiatrici dal Servizio sanitario nazionale; la collaborazione con i servizi territoriali è del tutto affidata alla buona volontà degli stessi.

Pertanto occorre affrontare in modo incisivo l'intera problematica del funzionamento di tali strutture. Il fatto che da parte delle regioni vi sia la volontà di impegnarsi su tali problematiche è importante e sarebbe necessario che il personale che si interessa di tali strutture, fosse trasferito al Servizio sanitario nazionale per far parte integrante dei servizi psichiatrici del compartimento di psichiatria. Ciò permetterebbe a molti di questi pazienti - la maggior parte dei quali hanno commesso piccoli reati e quindi non sono pericolosi dal punto di vista sociale - di essere meglio assistiti e non semplicemente mandati in queste strutture fatiscenti e considerati irrecuperabili.

Se almeno vi fosse un segnale di buona volontà in questa direzione, sarebbe già molto importante.

GRASSANI. Se ci poniamo il problema dell'assistenza sanitaria nelle carceri vediamo che esso si scontra con problemi di bilancio e rischia di non essere mai risolto.

Immorale ed ignobile è il fatto che i malati di AIDS siano costretti a restare nelle carceri, rappresentando anche un rischio per la salute degli altri reclusi.

Dobbiamo domandarci quale funzione deve avere l'azione punitiva. L'ordinamento carcerario, così come costituito, presenta aspetti paradossali: non si riconosce un infarto e si lascia morire il paziente; si lascia che un'ulcera diventi perforata senza prestare la necessaria assistenza. Se vogliamo che tutto questo non avvenga più dobbiamo cambiare completamente il sistema e non credo che i ladri che hanno amministrato l'Italia fino a questo momento, e che continueranno ad amministrarla anche dopo le elezioni, abbiano la volontà e siano in grado di cambiare il sistema carcerario del nostro paese.

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, mi sembra che nel corso del dibattito siano emerse alcune riflessioni che riterrei opportuno inserire nel documento conclusivo che la senatrice Bettoni Brandani dovrà redigere. Il primo aspetto riguarda l'assetto organizzativo del servizio sanitario penitenziario che, a mio avviso, deve essere affrontato in termini problematici. Il secondo aspetto concerne gli ospedali psichiatrici giudiziari e più precisamente i malati di mente in essi detenuti, per i quali occorre evidenziare la necessità di evitare discriminazioni rispetto ai comuni cittadini, sulla base della legge n. 180 del 1978.

BETTONI BRANDANI, *relatore alla Commissione*. Signor Presidente, concordo con la sua proposta.

PRESIDENTE. Poichè nessuno domanda di parlare, metto ai voti il documento conclusivo, nel testo modificato di cui do lettura:

Indagine sulla situazione sanitaria delle carceri

L'indagine sulla situazione sanitaria delle carceri, condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato, si è articolata in una serie di audizioni (nominare) e sopralluoghi in alcuni istituti penitenziari, compresi gli ospedali psichiatrici giudiziari, compiuti da una delegazione della Commissione stessa (nominare).

Da sottolineare il fatto che, nel corso delle audizioni, la Commissione abbia richiesto numerosi dati relativi al servizio sanitario nelle carceri (esempio: costi sostenuti per i vari tipi di attività svolte, indici statistici di degenza nei centri clinici penitenziari, eccetera), senza ottenere alcuna risposta da parte dell'amministrazione centrale. Questo ci appare un segno di grave sottovalutazione del problema e del lavoro che la Commissione parlamentare si accingeva a svolgere.

Tuttavia i dati richiesti, su cui ci siamo basati, sono stati facilmente forniti dalle Direzioni degli istituti penitenziari e degli OPG visitati dalla delegazione.

(Rassegna di leggi e regolamenti che disciplinano l'attività sanitaria all'interno degli istituti penitenziari e il personale che vi opera).

Il primo problema emerso, di carattere generale, ma con evidenti ed importanti riflessi di ordine sanitario, è quello relativo al sovraffollamento attuale delle carceri italiane.

Circa 51.000 detenuti, che nel frattempo sono aumentati, a fronte di una capienza di circa 25.000 detenuti.

Una situazione per cui in celle adibite ad un solo detenuto sono accolti fino a 3-4 detenuti; cameroni che accolgono fino a 25 detenuti.

La contiguità fisica, la promiscuità, l'assenza materiale di spazio a disposizione per persona, determinate dal sovraffollamento, la conseguente carenza di servizi igienici anche là dove questi sono modernamente strutturati, unita alle effettive carenze, negli istituti più vecchi, determinano gravi deficienze sul piano igienico sanitario.

Vengono cioè a determinarsi, di conseguenza, condizioni epidemiologiche che favoriscono il contagio e la diffusione delle malattie infettive, anche di quelle più obsolete, come la tubercolosi.

Ne deriva che al di là della cura, di cui tratteremo più avanti, si pone, in carcere, il problema dell'assoluta mancanza di possibilità di prevenzione primaria, il che priva, *in primis*, i cittadini detenuti di una parte fondamentale del diritto alla salute.

Tale situazione epidemiologica è ulteriormente aggravata dalla diffusione della tossicodipendenza e della infezione da HIV, spesso ad essa correlata, particolarmente presente nella popolazione carceraria.

Risulta infatti che i tossicodipendenti sono circa il 30 per cento di tale popolazione e i detenuti con infezione da HIV circa il 10 per cento e verosimilmente sottostimati.

Nonostante questa particolarità epidemiologica, fortemente a rischio di diffusione, non è emersa, nel corso delle visite effettuate, alcuna strategia specifica per la prevenzione del contagio da HIV.

Va peraltro in via preliminare detto che, nonostante la recente legge sull'incompatibilità del regime carcerario con l'AIDS conclamato o con gravi deficit immunitari connessi all'infezione, abbiamo personalmente riscontrato violazioni a questa norma di legge, in presenza di ritardi, a volte di mesi, di pronunciamento della magistratura competente.

Così come analoghi ritardi sono stati riscontrati nell'autorizzazione al ricovero ospedaliero per malattie gravi diagnosticate in carcere e segnalate dalla Direzione dell'istituto.

Negli istituti minorili le patologie di più frequente incontro riguardano l'apparato osteo-articolare (traumi, rachitismo) quello gastroenterico (enteriti, disvitaminosi, malassorbimento).

Personale

Il personale impegnato nell'assistenza sanitaria nelle carceri è, per stessa ammissione dell'Amministrazione centrale, insufficiente, e lo è tanto più oggi in relazione al succitato enorme incremento della popolazione carceraria.

Medici: i medici di ruolo sono 35, tutti negli OPG.

Fra medici incaricati e medici incaricati provvisori, sono attualmente impiegate 338 unità, a fronte di una pianta organica della legge n. 740 del 1970, con situazione completamente diversa, di 350 unità.

I medici di guardia sono 1097 con un totale di ore di servizio pari a 3.424 nei giorni feriali e 4.665 nei giorni festivi.

Peraltro, sono recentemente, una circolare dell'allora Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, dottor N. Amato, ha stabilito che questi medici devono prestare servizio per almeno 3 ore al giorno.

Il complesso di ore è distribuito fra i vari Istituti in maniera differente: in alcuni la guardia medica comprende il servizio per l'intero arco delle 24 ore e sono, per lo più, i grandi Istituti, in altri è per sole 16 ore, in altri per 8 ore o meno.

Infermieri: nel servizio penitenziario, su 800 posti di ruolo, solo 320 sono coperti da infermieri; una parte delle necessità viene coperta col sistema del convenzionamento ad orario.

Questa grave carenza di personale infermieristico è ancora più evidente in quelle strutture, come gli OPG, in cui la figura dell'infermiere dovrebbe essere centrale nel rapporto terapeutico col malato mentale.

Spesso così gli agenti di custodia si trovano a svolgere mansioni di tipo infermieristico, in maniera decisamente impropria.

La cronica carenza in Italia di questa figura professionale, unita ad un pessimo trattamento economico da parte dell'Amministrazione della Giustizia, sono le cause principali delle difficoltà a reperire tale personale.

Altre figure professionali sanitarie sono carenti nel sistema sanitario delle carceri; fra queste gli psicologi, operatori importanti

specie in relazione alla capacità del regime carcerario di determinare ed esaltare conflitti personali ed interpersonali.

Riteniamo che questa carenza sia inaccettabile là dove, come nelle strutture penitenziarie per i minori, le problematiche sono di tipo psicologo più che strettamente sanitario.

Negli istituti minorili non ci sono psicologi in pianta organica, mentre gli psicologi convenzionati sono circa 60 su una utenza che è la seguente:

nel 1992, 1533 minori sono entrati negli istituti penitenziari per minorenni, 4372 minori sono entrati nei centri di prima accoglienza.

È tutto questo il risultato di una politica del personale più rivolta alle emergenze di custodia che alla tutela del diritto alla salute.

Assistenza di primo livello

La figura del medico incaricato, del medico di guardia e dell'infermiere, assicurano l'assistenza di 1º livello, compresa l'emergenza-urgenza sanitaria.

Da sottolineare che l'ambiente carcerario, di per sé, è un ambiente in cui la prevalenza di patologia, vera o comunque dichiarata, ma tale da richiedere una valutazione medica di base, è alta, verosimilmente più alta che nel resto della popolazione.

Lo stress psicologico legato alla perdita della libertà determina una domanda sanitaria impropria che va decodificata per coglierne le implicazioni.

Di più la necessità di interventi urgenti legati alla tossicodipendenza (over dose, astinenza), ma anche i numerosi casi di autolesionismo, richiederebbero un alto tipo di assistenza di base.

La Commissione infatti, in linea con il giudizio espresso dalla Direzione Generale degli istituti di prevenzione e pena, ritiene insufficiente questo modello organizzativo e la sua concreta attuazione, che può determinare tempi di attesa eccessivi per una banale patologia e ritardi nelle risposte all'emergenza.

Abbiamo infatti illustrato come la guardia medica non sia sempre presente nell'arco delle 24 ore in tutti gli Istituti e, quando è presente, un solo medico di guardia la notte deve farsi carico, ad esempio di oltre 2.000 detenuti, compresa la visita medica dei nuovi arrivati, come a San Vittore.

Assistenza di secondo livello

L'assistenza di secondo livello è demandata alla figura del medico specialista, a cui si accede previa richiesta del medico «di base». Esso è un libero professionista a convenzione proveniente dalla USL di riferimento del carcere (la direttiva della Direzione Centrale degli Istituti di prevenzione e pena invita a favorire questa soluzione) o convenzionato in quanto libero professionista.

La realtà è che su 1.694 convenzioni stipulate nel 1992, solo 194 sono con le USL.

Ogni struttura carceraria attiva, di propria iniziativa, le convenzioni di quelle branche specialistiche in cui si verifica il bisogno ma esiste una enorme difficoltà di discrezionalità nelle scelte sul territorio nazionale.

Quando la risposta di secondo livello esita in una richiesta di ricovero per terapia o per accertamenti, due sono le possibilità praticabili: il ricovero in un Centro clinico penitenziario, il ricovero in ospedale pubblico.

In alcuni istituti le infermerie sono dotate di alcuni posti di degenza per detenuti che abbiano bisogno di permanere in ambiente sanitario assistito.

I centri clinici penitenziari

Esistono 13 Centri clinici (Torino, Genova, Milano, Parma, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Messina, Cagliari e Sassari).

Sorti con l'obiettivo di fornire un'assistenza diagnostica e terapeutica più elevata e quindi di contenere la necessità di ricovero all'esterno, hanno assorbito risorse per centinaia di miliardi per le strutture e per le attrezzature, alcune di ottimo livello.

In realtà solo pochi di questi centri sono attivi e funzionanti dal lato sanitario e alcuni sono utilizzati (come ad esempio il centro clinico di Genova) prevalentemente per ospitare detenuti in condizioni migliori di quelle esistenti nel carcere fatiscente o per ospitare detenuti ad alta sorveglianza per reati di associazione mafiosa, al fine di evitarne la fuga.

La causa fondamentale del loro non funzionamento è la carenza di personale medico ed infermieristico.

Assistenza ospedaliera

La necessità di degenza in una struttura capace di fornire una risposta di maggiore complessità diagnostica e terapeutica, può trovare soddisfacimento nell'ospedale pubblico della USL di riferimento del carcere e delle USL limitrofe.

I pochi centri clinici attivi in questo senso non possono certamente soddisfare l'intera richiesta ed esaudire comunque la domanda di interventi di alta specialità.

Del resto l'ospedale è il solo riferimento per l'emergenza-urgenza sorta nelle carceri.

Il ricovero in strutture esterne al carcere pone alla Direzione dell'Istituto penale il problema della sorveglianza, attualmente a carico della Polizia penitenziaria.

Pone per altri versi, alle strutture ospedaliere, il problema dell'inserimento in una sezione di degenza normale o peggio intensiva o subintensiva, di questo apparato di controllo fatto di personale estraneo a quello sanitario che costantemente convive con il detenuto degente, gli altri degenti, i familiari di questi, il personale.

La creazione di reparti ospedalieri specificatamente rivolti all'accoglienza dei detenuti in regime di degenza ospedaliera, come previsto da un recente decreto convertito in legge, e solo in minima parte attuato, potrebbe apparentemente rispondere a risolvere quest'ultimo problema là dove l'utenza è alta, come nei grandi agglomerati urbani.

La soluzione però desta molte perplessità nella Commissione. La prima è legata al costo da sostenere per la costituzione di tali sezioni in una situazione di sovraffollamento e di obsolescenza della rete ospedaliera italiana; la seconda è legata al tipo di organizzazione che verrebbe a prefigurarsi per questi «reparti speciali»: diverse tipologie di degenti, di patologie, differenti esigenze assistenziali e terapeutiche da soddisfare, differenti *equipes* con modalità di intervento diversificate, dovrebbero trovare accoglienza in una particolare sezione di degenza per i carcerati.

Non possono essere però nel contempo eluse le difficoltà di ricovero ospedaliero dei detenuti che alcuni Istituti penitenziari incontrano.

Una via per uscire da questa obiettiva difficoltà, che si ripercuote sul diritto alla salute dei cittadini carcerati, può essere individuata in una maggior responsabilizzazione e intervento diretto delle Regioni e delle USL, al fine di approntare soluzioni organizzative idonee.

Tossicodipendenti

I tossicodipendenti ristretti sono aumentati del 53,58 per cento dal 30 giugno 1991 al 31 dicembre 1992.

L'articolo 98 del testo unico delle leggi in materia di stupefacenti approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309, prevede che la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e alcolisti sia affidata alle USL in collaborazione con i servizi sanitari degli istituti di prevenzione e pena.

Col decreto del Ministro di grazia e giustizia del 10 maggio 1991 è stata disposta la destinazione di Istituti penitenziari o loro sezioni ai detenuti tossicodipendenti, al fine di consentire lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi. Ma solo in un paio di casi tale decreto, che individua numerose strutture *ad hoc*, è stato attuato.

Le convenzioni stipulate tra Amministrazioni penitenziarie e Regioni per questo tipo di assistenza ammontano a 120 convenzioni su 155 Istituti che hanno tossicodipendenti tra le persone in regime di custodia.

Queste convenzioni non coprivano nel momento di svolgimento della indagine della Commissione, il fabbisogno effettivo.

La difficoltà principale che impedisce l'attuazione più ampia dell'articolo 96, è la carenza di organici che si registra nei servizi per tossicodipendenze nelle USL.

Tuttavia le difficoltà riscontrate nelle nostre indagini, non sono solo di ordine strutturale-organizzativo, bensì di orientamenti terapeutici e culturali negli operatori del carcere nei confronti di quelli dei servizi territoriali.

Nelle visite di sopralluogo effettuate all'interno abbiamo riscontrato che ai pazienti, in carico ai servizi delle USL, una volta entrati in carcere, non sempre è stata assicurata una continuità terapeutica.

L'orientamento terapeutico prevalente sembra essere quello di subordinare qualsiasi intervento all'assoluta astinenza, dettato più che da impostazioni terapeutiche, da una filosofica coattiva propria dell'Istituto carcerario.

Va poi sottolineato come, in contrasto con gli orientamenti emersi anche recentemente nella Conferenza nazionale sulla droga di Palermo, non sembrano essere applicate dai servizi, anche quelli delle USL, all'interno del carcere, strategie di riduzione del danno.

Il problema della dipendenza dall'alcool è totalmente trascurato nelle carceri.

Ospedali psichiatrici giudiziari

Negli Ospedali psichiatrici giudiziari, acuta è la contraddizione tra funzione sanzionatoria, da un lato e funzione riabilitativa o curativa, dall'altro. Nello stesso luogo, lo stesso personale è portatore di due compiti spesso in conflitto, la custodia e la cura.

Questa ambiguità, legata alla duplice funzione custodiale-curativa, è ancora più accentuata dal fatto che si tratta di una popolazione di utenti che, a causa del proprio stato, sono privati di qualsiasi capacità «contrattuale» di fronte all'apparato penitenziario.

Si pensi, inoltre a quanto sia delicato l'utilizzo di determinate terapie (esempio psicofarmaci) in un contesto di tipo custodiale rigidamente e totalmente istituzionalizzato.

Per inciso va resa informazione sulla persistenza, in alcuni ospedali psichiatrici giudiziari, di letti di contenzione, che attualmente non sarebbero, a detta dei dirigenti degli Istituti stessi, utilizzati.

In realtà, dalla indagine condotta, particolarmente grave risulta la condizione dei pazienti negli ospedali psichiatrici giudiziari, poichè le esigenze di custodia, delle strutture e nell'organizzazione, prevalgono nettamente sulle necessità di cura e di recupero e, comunque, le limitano fortemente.

Non sta a noi esprimerci su eventuali modifiche del regime di proscioglimento. Vogliamo però segnalare che l'aumentata incidenza di sottoposti a misure di sicurezza di breve periodo (2 anni), evidenzia come trovino ricovero in ospedali psichiatrici giudiziari pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Sistema sanitario nazionale e di adeguate strutture intermedie.

Non a caso, misure di sicurezza provvisorie in attesa di sentenza, vengono per lo più scontate negli ospedali psichiatrici giudiziari. I pazienti sono dunque penalizzati dalla generale inadeguatezza del sistema socio-sanitario-assistenziale, da cui l'ospedale psichiatrico giudiziario è rigidamente e istituzionalmente separato.

Ancora più dolorosa la condizione degli internati psichiatrici gravi, i quali, sia per le carenze strutturali, che per carenze di personale, specie infermieristico, rischiano di vedere cronicizzato irreversibilmente il loro stato senza alcuna possibilità di recupero.

Nel 1992 risultavano essere stati ricoverati 1.131 detenuti malati che avevano bisogno di programmi specifici di trattamento. La Commissione ritiene auspicabile che gli ospedali psichiatrici giudiziari possano essere trasformati nel senso di rispondere maggiormente alle esigenze di trattamento sanitario dei pazienti. Ritiene inoltre che vanno identificate fin da ora le modalità organizzative attraverso le quali organizzare una vera integrazione con i servizi psichiatrici territoriali, e il loro pieno coinvolgimento, superando quella segregazione istituzionale propria dell'attuale ospedale psichiatrico giudiziario.

Fin da ora sarebbe possibile per i giudici limitare ulteriormente l'invio di imputati all'ospedale psichiatrico giudiziario per perizia. Così operando, si sottrarrebbe a tale istituzione una parte della sua popolazione. In secondo luogo, già da ora, servizi psichiatrici adeguatamente attrezzati, potrebbero essere autorizzati ad assistere, anche all'interno dell'ospedale psichiatrico giudiziario, le persone da loro seguite e a promuovere, in loro favore la declatoria di cessata pericolosità e la conseguente dimissione (si pensi, infatti, agli autori di reati di minimo allarme sociale che, però, spesso conducono all'internamento, come le resistenze, gli oltraggi, i piccoli furti, eccetera).

Considerazioni conclusive

In conclusione possiamo affermare che l'attuale assetto della sanità penitenziaria, quale appunto quello determinatosi a seguito dei provvedimenti legislativi del 1970, si configura teoricamente come servizio dotato di un certo grado di autonomia dal Servizio sanitario nazionale e dall'Amministrazione penitenziaria, sebbene con rapporti con entrambi (vedi figura del medico incaricato).

In pratica tale collocazione autonoma non esiste: la dipendenza dalla Direzione penitenziaria è determinata dal fatto che gran parte del personale, in particolare quello medico, accede alla carriera per chiamata diretta del direttore del carcere. I concorsi per medici non vengono indetti da 15 anni.

Il medico pertanto viene a trovarsi in una particolarissima situazione: di essere il diretto referente del detenuto senza esserne medico di fiducia in quanto non scelto, mediatore nei rapporti con la Direzione del carcere e con la giustizia, intermediatore degli interessi più generali dell'amministrazione carceraria.

Viene meno quel rapporto fiduciario medico-paziente che è alla base dell'atto terapeutico, a favore di un elemento fiduciario tra medico e amministrazione, del tutto estraneo agli obiettivi della salute.

Riteniamo questo punto centrale, non già per vezzo ideologico, ma perchè lo crediamo capace di incidere negativamente sulle risposte sanitarie, oggettivamente limitate da problematiche non pertinenti e improprie (sicurezza e custodia).

La questione pertanto dell'autonomia professionale del medico, così importante specialmente in questo delicato settore, può essere risolta, ad avviso della Commissione, in primo luogo con una risposta di maggiore qualificazione professionale dell'operatore, che sola può determinare correttezza scientifica, approccio professionalizzato, acqui-

sizione di sempre maggior sicurezza nelle scelte di strategie terapeutiche, ma anche capacità di discernere, con minore possibilità di errore, le situazioni di interesse sanitario e non.

Questa qualificazione professionale come presupposto dell'autonomia professionale, può trovare inserimento, nel modo e nelle forme opportune, solo all'interno del Servizio sanitario nazionale, che, per la complessità e l'interesse generale per salute cui è finalizzato, può garantirla.

Pertanto:

- 1) il grado di funzionalità molto limitato del servizio sanitario all'interno del carcere;
- 2) i non prevedibili miglioramenti delle prestazioni a medio termine;
- 3) la continua necessità di tamponamento da parte delle strutture del Servizio sanitario nazionale senza peraltro che si realizzi un piena interazione tra i due servizi sanitari, e quindi una reale efficacia;
- 4) le condizioni materiali di vita delle carceri che hanno effetti immediati e avranno prevedibilmente effetti a lungo termine sullo stato di salute della popolazione carceraria e della popolazione generale;
- 5) i costi relativi al servizio sanitario penitenziario. Alla Commissione non sono stati resi noti, pur richiesti, i costi analitici attuali e la relazione della Corte dei conti del 1992 riporta che i fondi stanziati nel capitolo 2120 (assistenza sanitaria ai detenuti) ammontano, per l'esercizio 1992, a 150 miliardi, dei quali 142,4 impegnati. Peraltro la relazione della Corte dei conti del 1986, che affrontava specificatamente il problema costi del servizio sanitario penitenziario, stimava l'onere medio per assistito nelle struttura carceraria superiore del 75 per cento rispetto a quella del Servizio sanitario nazionale) impongono al Parlamento, a nostro avviso, la necessità e l'urgenza di ripensare ad un modello organizzativo diverso della sanità nelle carceri che parta dalla valutazione di alcuni parametri oggettivi.

Si rivela comunque la necessità e l'urgenza di giungere ad una maggior responsabilizzazione del Servizio sanitario nazionale attraverso strumenti legislativi e normativi da identificare e definire e questa esigenza è particolarmente urgente e sentita negli ospedali psichiatrici giudiziari.

È approvato.

I lavori terminano alle ore 17,40.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOLESSA MARISA NU DDA

