

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

Doc. XVII

n. 7

DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Relatrice BETTONI BRANDANI

nella seduta del 12 gennaio 1994

A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 1° dicembre 1992, svolta nelle sedute del 3, 17 e 31 marzo, 20 aprile 1993 e con i sopralluoghi compiuti in Roma, in Milano, in Pisa, in Sollicciano, in Montelupo, in Napoli ed in Aversa tra il 3 ed il 17 dicembre 1993, conclusa il 12 gennaio 1994

SULLA SITUAZIONE SANITARIA NELLE CARCERI

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

Comunicato alla Presidenza il 18 febbraio 1994

L'indagine conoscitiva

La Commissione igiene e sanità del Senato ha approvato, nella seduta del 1° dicembre 1992, uno schema di programma dell'indagine conoscitiva sulla situazione sanitaria nelle carceri, poi autorizzata dal Presidente del Senato il 28 dicembre 1992.

L'indagine ha inteso individuare le connotazioni fondamentali della situazione sanitaria nelle carceri che presenta aspetti peculiari, connessi al regime carcerario, quali il sovraffollamento, la promiscuità, le particolari condizioni igienico-ambientali, la tipologia di detenuti.

Più precisamente la Commissione ha voluto acquisire tutti i possibili elementi documentativi rispetto allo stato di attuazione del diritto alla salute con specifica considerazione del sesso e dell'età, con particolare riferimento a:

- 1) condizioni igienico-ambientali;
- 2) organico e funzionalità del servizio medico penitenziario;
- 3) qualità e quantità dei servizi curativi e diagnostici erogati all'interno del carcere;
- 4) funzionamento dei centri clinici penitenziari;
- 5) organizzazione dei ricoveri ospedalieri;
- 6) rapporti con il Servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo alle convenzioni con i Servizi di reinserimento per i tossicodipendenti (SERT) territoriali.

Inoltre con l'indagine la Commissione si è proposta di acquisire dati esaurienti sulla situazione epidemiologica nelle carceri, tenuto specifico conto del sesso e dell'età dei detenuti, con particolare riferimento a:

- 1) patologie di più frequente riscontro;
- 2) stato di tossicodipendenza;

La fase istruttoria dell'indagine si è articolata in una serie di audizioni e in sopralluoghi presso alcuni istituti penitenziari, centri clinici penitenziari e ospedali psichiatrici giudiziari. La Commissione, fra il 3 marzo e il 20 aprile 1993, ha ricevuto:

a) il dottor Irinus Serafin, direttore del Servizio centrale per le dipendenze da alcool e sostanze stupefacenti o psicotrope del Ministero della sanità;

b) il dottor Raffaele D'Ari, direttore generale degli Ospedali del Ministero della sanità;

c) il dottor Nicolò Amato, responsabile della Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia;

d) il dottor Federico Palomba, direttore dell'Ufficio per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia;

e) il dottor Vincenzo De Donatis, rappresentante dell'Associazione dei medici dell'amministrazione penitenziaria italiana;

f) il signor Giovanni Dore, in rappresentanza della CGIL, e la dottoressa Paola Saraceni, la signora Irma La Torre ed i signori Marco Piras e Marco Mammuccari in rappresentanza della CISL.

Fra il 3 ed il 17 dicembre 1993 una delegazione della Commissione ha effettuato sopralluoghi:

1) presso l'Istituto penitenziario di Rebibbia, a Roma;

2) presso l'Istituto penitenziario di S. Vittore, a Milano;

3) presso il Centro clinico penitenziario di Opera, a Milano;

4) presso il Centro clinico penitenziario di Pisa;

5) presso l'Istituto penitenziario di Sollicciano (Firenze);

6) presso l'Istituto penitenziario di

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

7) presso l'Istituto penitenziario di Poggioreale, a Napoli;

8) presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario F. Saporito di Aversa (Caserta).

La Commissione, quindi, nella seduta del 12 gennaio 1994, ha discusso ed approvato il presente documento conclusivo dell'indagine conoscitiva, sulla base del testo redatto dalla senatrice Bettoni Brandani, integrato in relazione alle osservazioni emerse nel corso del dibattito.

Nel documento innanzitutto è richiamata la normativa fondamentale vigente in materia di assistenza sanitaria nelle carceri, sia quella di carattere generale, sia quella specifica relativa all'alcooldipendenza, alla tossicodipendenza, all'infezione da HIV e all'affezione di AIDS conclamato.

Il documento, poi, fornisce un quadro sintetico degli elementi di documentazione e delle informazioni e valutazioni acquisiti nel corso delle audizioni e dei sopralluoghi in relazione agli obiettivi dell'indagine conoscitiva. In proposito, tuttavia, va sottolineato che la Commissione non ha potuto acquisire numerosi dati relativi al ruolo del Servizio sanitario nazionale nelle carceri, quali, ad esempio, i costi sostenuti per i vari tipi di attività svolte, gli indici statistici di degenza nei centri clinici penitenziari, richiesti nel corso delle audizioni, in quanto non è stata inviata alcuna memoria integrativa da parte delle Amministrazioni interessate. Ciò ha avuto effetti negativi sul lavoro svolto dalla Commissione per quanto riguarda la completezza documentativa.

Gli istituti penitenziari e gli ospedali psichiatrici giudiziari visitati dalla delegazione della Commissione, invece, hanno fornito i dati richiesti, utili ai fini della stesura del documento conclusivo.

I resoconti stenografici delle sedute relative alle audizioni tenute dalla Commissione nel corso dell'indagine conoscitiva saranno pubblicati in un apposito volume.

Normativa generale di organizzazione del servizio

L'assistenza sanitaria erogata alla popolazione carceraria è disciplinata, oltre che dai

regi decreti 16 maggio 1920, n. 1908 e 18 novembre 1923, n. 2240, che dettano regole generali di amministrazione, dalla legge 9 ottobre 1970, n. 740, dall'articolo 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e dagli articoli 17-20 del relativo regolamento di esecuzione (decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976, n. 431). Altri riferimenti normativi sono contenuti nel decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.

Tale legislazione è integrata dalla normativa emanata dal Ministero di grazia e giustizia attraverso decreti o circolari.

Da un lato si prevede che gli istituti di prevenzione e di pena siano dotati in proprio di servizi medici e farmaceutici, di reparti clinici e chirurgici, per far fronte ai bisogni sanitari più generali della popolazione carceraria, nonché alle esigenze di detenuti che si trovino in condizioni particolari, come le gestanti e le puerpere, o i malati di mente. Dall'altro lato la normativa prevede la possibilità di far ricorso al servizio sanitario nazionale, specie per le prestazioni specialistiche, e di avvalersi dell'apporto del personale del suddetto servizio nell'organizzazione e nel funzionamento del servizio interno agli istituti, ferma restando la responsabilità dell'amministrazione. Il Ministero di grazia e giustizia approva comunque i programmi relativi all'organizzazione sanitaria negli istituti penitenziari, tenuto conto degli indirizzi del Ministero della sanità.

Il medico della Unità sanitaria locale competente per territorio deve almeno due volte l'anno accertare lo stato igienico-sanitario e l'adeguatezza delle misure di profilassi negli istituti e riferire al Ministero della sanità e ai competenti uffici regionali, al Ministero di grazia e giustizia e al magistrato di sorveglianza. La normativa prevede che l'assistenza sanitaria sia assicurata indipendentemente dalle richieste dei detenuti, i quali sono sottoposti a visita medica generale all'atto di ingresso. Il

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

sanitario deve visitare giornalmente gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta; deve segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini o cure specialistiche; deve, inoltre, controllare periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono stati adibiti.

Su richiesta degli interessati e a loro spese, possono essere autorizzate la visita o le prestazioni medico-chirurgiche di un sanitario di fiducia nelle infermerie e nei reparti clinici e chirurgici dell'amministrazione penitenziaria.

I soggetti reclusi, ove necessario, sono trasferiti in ospedali civili o in altri luoghi di cura esterni, con provvedimento del magistrato di sorveglianza, se si tratta di condannati e di internati, con provvedimento del magistrato competente, se si tratta di imputati. Se il trasferimento ha carattere di urgenza e non è possibile ottenere il previo assenso del magistrato, esso è disposto dal direttore dell'istituto, il quale deve darne contemporanea comunicazione al magistrato e all'ispettore distrettuale del Ministero di grazia e giustizia.

In caso di infermità fisica o psichica, la direzione dell'istituto ne dà immediatamente comunicazione ad un congiunto e alla persona eventualmente da lui indicata. I trasferimenti da un istituto all'altro possono essere disposti anche per motivi di salute, previa certificazione medica che attesti l'assenza di condizioni che rendono inidoneo il soggetto a sopportare il viaggio.

Vengono isolati, per ragioni sanitarie, i detenuti e gli internati affetti da malattie contagiose.

I dimessi affetti da gravi infermità o anomalie fisiche o psichiche sono segnalati, per la necessaria assistenza, agli organi preposti alla tutela della sanità pubblica. Se al momento della dimissione essi abbisognano di ricovero in luogo di cura, vengono trasferiti alla più vicina istituzione ospedaliera, salvo nell'ipotesi di intrasportabilità accertata dal sanitario; in tal caso la dimissione può essere sospesa e deve esserne data comunicazione al Ministro di grazia e giustizia e al magistrato competente.

Negli istituti penitenziari per donne sono in funzione servizi ostetrico-ginecologici, nonchè asili nido, in quanto le madri possono tenere presso di sè i figli fino all'età di 3 anni. Quando i bambini devono essere separati dalle madri e non esistono persone a cui la madre possa affidarli, la direzione dell'istituto segnala il caso agli enti per l'assistenza alla infanzia.

Ai sensi dell'articolo 146 del codice penale il rinvio della esecuzione della pena detentiva è obbligatorio nei confronti della donna incinta o che ha partorito da meno di 6 mesi; è facoltativo se la donna ha partorito da più di sei mesi ma da meno di un anno.

Normativa specifica per gli stati di tossicodipendenza, alcooldipendenza, di infezione da HIV e di AIDS conclamato

Il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, detta, agli articoli 89-96, una disciplina specifica per gli imputati e detenuti tossicodipendenti o alcooldipendenti che abbiano in corso programmi terapeutici previsti e regolamentati dai successivi articoli 120 e 122.

In particolare l'articolo 89 stabilisce che non può essere disposta la custodia cautelare in carcere, o, se è già disposta, è revocata su domanda, salvo che sussistano esigenze cautelari di eccezionale rilevanza, se si tratta di una persona tossicodipendente o alcooldipendente che abbia in corso un programma terapeutico di recupero o intenda sottoporvisi e l'interruzione, nel caso il programma sia iniziato, può pregiudicare la disintossicazione dell'imputato, fermi restando i controlli del magistrato circa l'esecuzione del programma e la certificazione attestante lo stato di tossicodipendenza o di alcooldipendenza.

La sottoposizione ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo può, altresì, comportare la sospensione della pena, se

non superiore a quattro anni e se comminata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente, nonché l'eventuale affidamento in prova al servizio sociale. Durante il periodo di affidamento il responsabile della comunità può accompagnare o far accompagnare da persona di sua fiducia il tossicodipendente fuori dalla comunità in casi di necessità o di urgenza «dipendenti da ragioni di assistenza sanitaria», dandone immediata comunicazione all'autorità giudiziaria.

Per quanto concerne poi l'esecuzione della pena detentiva inflitta a persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, l'articolo 95 prevede che essa debba essere scontata in istituti idonei per lo svoglimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi. A tal fine è prevista altresì l'acquisizione di case mandamentali da destinare ai tossicodipendenti condannati con sentenza anche non definitiva. Inoltre le disposizioni del decreto-legge 22 aprile 1985, n. 144, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 21 giugno 1985, n. 297, prevedono che, ove il tossicodipendente o l'alcooldipendente non sia ammesso alla misura sostitutiva rispetto a quella detentiva, il programma terapeutico viene proseguito nello stato di detenzione ad opera del servizio sanitario penitenziario con il concorso delle strutture sanitarie territoriali.

In ogni caso, nell'emettere o meno un provvedimento restrittivo della libertà personale nei confronti di un tossicodipendente o alcooldipendente sottoposto ad un programma terapeutico, l'autorità giudiziaria deve tenere conto anche del pericolo che l'interruzione di tale programma possa pregiudicare la disintossicazione dell'imputato, fermi restando, comunque, i controlli circa il proseguimento del programma.

Si prevede altresì che, ove conceda la libertà ad un tossicodipendente o alcooldipendente sottoposto ad un programma terapeutico, l'autorità giudiziaria valuti anche la possibilità che tale programma possa più utilmente proseguire con l'imputato in stato di libertà, fermi restando sempre i controlli per accertare che il tossicodipen-

dente o l'alcooldipendente prosegua il programma di recupero.

Infine, l'articolo 96 del testo unico stabilisce che i tossicodipendenti detenuti hanno diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione.

Le unità sanitarie locali, d'intesa con gli istituti di prevenzione e pena ed in collaborazione con i servizi sanitari interni dei medesimi istituti, provvedono alla cura e alla riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcoolisti.

A tal fine il Ministro di grazia e giustizia organizza, con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i centri per tossicodipendenze. Le direzioni degli istituti carcerari sono tenute a segnalare ai centri medici e di assistenza sociale regionali competenti coloro che, liberati dal carcere, siano ancora bisognosi di cure e di assistenza. Grava sull'amministrazione penitenziaria l'onere per il mantenimento, la cura o l'assistenza medica della persona sottoposta agli arresti domiciliari allorchè tale misura sia eseguita presso le comunità terapeutiche o di riabilitazione individuate, tra quelle iscritte negli appositi albi regionali e provinciali, con decreto del Ministro di grazia e giustizia, sentite le regioni interessate.

È poi previsto che, in caso di sospensione del procedimento o di sospensione dell'esecuzione della pena, venga trasmessa dalla unità sanitaria locale competente per territorio, su richiesta dell'autorità che ha disposto la sospensione, una relazione circa l'andamento del programma, il comportamento del soggetto ed i risultati conseguiti a seguito della ultimazione del programma stesso, in termini di cessazione di assunzione delle sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nell'ambito degli interventi finalizzati alla prevenzione ed alla cura dell'AIDS, vanno annoverati i programmi specifici previsti dall'articolo 135 del testo unico, in base al quale il Ministro di grazia e giustizia, di concerto con i Ministri della sanità e per gli affari sociali, approva uno più program-

mi finalizzati alla prevenzione ed alla cura dell'AIDS, al trattamento socio-sanitario, al recupero e al successivo reinserimento dei detenuti. Il Ministro di grazia e giustizia può realizzare i suddetti programmi, anche avvalendosi di strutture esterne, mediante apposite convenzioni, tanto per i detenuti in espiazione di pena, quanto per i detenuti in attesa di giudizio. Infine, lo stesso dicastero dovrà attivare corsi di addestramento e riqualificazione del personale dell'amministrazione penitenziaria.

Il trattamento di persone affette da HIV e di tossicodipendenti è più specificamente disciplinato dal decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, convertito dalla legge 14 luglio 1993, n. 222. In particolare, gli articoli 1 e 2 di detto decreto dettano disposizioni in merito alle misure di custodia cautelare e di sospensione della pena nei confronti delle persone affette da infezione da HIV allorchè ricorra una situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione.

Il decreto ministeriale 25 maggio 1993, emanato dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro di grazia e giustizia, ha provveduto a definire i casi di AIDS conclamato e di grave deficienza immunitaria ai fini della dichiarazione di incompatibilità ed ha stabilito le procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'affezione da HIV e il grado di deficienza immunitaria rilevante ai fini della situazione di incompatibilità valutabile dal giudice.

In particolare la diagnosi di AIDS o l'accertamento di deficit immunitario devono essere espressi o comunque convalidati da strutture sanitarie pubbliche.

Peraltro, l'articolo 3 del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, convertito dalla legge 14 luglio 1993, n. 222, ha stabilito che i detenuti e gli internati affetti da infezione da HIV, per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento, siano avviati negli ospedali individuati con decreto emanato dai Ministri della sanità e di grazia e giustizia.

È stata altresì prevista dal medesimo decreto (articolo 4) l'attivazione di posti letto nei suddetti ospedali, nonchè l'istitu-

zione di residenze collettive o case alloggio destinate a coloro per i quali ricorre una situazione di incompatibilità con lo stato di detenzione, da realizzare mediante i finanziamenti per l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di ristrutturazione ed ammodernamento del patrimonio edilizio sanitario di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (legge finanziaria 1988).

Richiamate in sintesi le principali disposizioni normative in materia di assistenza sanitaria nei penitenziari, si passa ora a riferire sulle condizioni in concreto presenti nelle carceri ed ad individuare i problemi che tuttora persistono.

Condizioni igienico-ambientali

Il primo problema emerso nel corso nell'indagine, di carattere generale, ma con evidenti ed importanti riflessi di ordine sanitario è quello relativo al sovraffollamento attuale nelle carceri italiane. Esse hanno una capienza complessiva per 25 mila detenuti circa a fronte dei circa 51 mila detenuti attuali. La contiguità fisica, la promiscuità e l'assenza di un adeguato spazio materiale, dal momento che in celle normalmente capaci di accogliere un solo detenuto vi sono fino a tre, quattro detenuti, con la conseguente carenza di servizi igienici, determinano grandi deficienze sul piano igienico-sanitario. Vengono cioè a determinarsi condizioni epidemiologiche che favoriscono il contagio e la diffusione di malattie infettive, anche di quelle più obsolete come la tubercolosi. Conseguentemente, si registra un'assoluta mancanza di possibilità di prevenzione primaria che priva i cittadini detenuti di una parte fondamentale del diritto alla salute. Tale situazione epidemiologica è ulteriormente aggravata dalla diffusione delle tossicodipendenze e dall'infezione da HIV spesso alle prime correlate. Risulta infatti che i tossicodipendenti sono circa il 30 per cento della popolazione carceraria e gli affetti da HIV circa il 10 per cento. Tali dati sono verosimilmente sottostimati. D'altra parte,

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

nel corso dei sopralluoghi effettuati, la delegazione della Commissione non ha rilevato alcuna strategia specifica per la prevenzione del contagio, riscontrando anzi una violazione alle disposizioni recenti, prima ricordate, sulla incompatibilità del regime carcerario con situazioni di AIDS conclamato o con gravi deficit immunitari connessi all'infezione, 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 diagnosticate in carcere e segnalate dalla direzione dell'istituto.

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

Organico e funzionalità del servizio medico penitenziario

Il personale impegnato nell'assistenza sanitaria nelle carceri è insufficiente, per la stessa ammissione dei responsabili dell'amministrazione centrale. I medici di ruolo sono 35, tutti in servizio presso gli Ospedali psichiatrici giudiziari. Fra medici incaricati e medici con incarico provvisorio sono attualmente impiegate 338 unità a fronte di una pianta organica di 350 unità prevista dalla legge n. 740 del 1970, rispetto ad una situazione di ben minore affollamento carcerario.

I medici di guardia sono 1.097 con un totale di ore di servizio pari a 3.424 nei giorni feriali, 4.665 nei giorni festivi.

In base ad una circolare del direttore generale degli istituti di prevenzione e pena, peraltro emanata solo di recente, i medici devono prestare servizio per almeno tre 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 il servizio copre sole 16 ore, in altri ancora solo 8 ore o

meno. Carenze sono riscontrabili anche per quanto riguarda l'organico degli infermieri. Su 800 posti di ruolo per infermieri del servizio penitenziario, solo 320 sono coperti; una parte delle necessità viene assicurata con il sistema del convenzionamento ad orario. La carenza di personale infermieristico è ancora più evidente in quelle strutture, come gli ospedali psichiatrici giudiziari, in cui la figura dell'infermiere dovrebbe essere centrale nel rapporto terapeutico con il 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 di reperire tale personale.

Sussiste carenza anche di psicologi, operatori importanti specie in relazione alla capacità del regime carcerario di determinare o di esaltare conflitti personali e interpersonali. Tale carenza risulta particolarmente dannosa laddove, come nelle strutture penitenziarie per i minori, le problematiche sono di tipo psicologico più che strettamente sanitario. Negli istituti minorili addirittura non sono presenti psicologi nella pianta organica, facendosi ricorso a psicologi convenzionati in misura del tutto inadeguata rispetto alle esigenze.

Essi infatti sono circa 60 su 1.533 minori entrati nel 1992 negli istituti penitenziari per minorenni, e 4.372 minori entrati nei centri di prima accoglienza.

Tali carenze sembrano essere la conseguenza di una politica del personale più rivolta alle esigenze di custodia che alla tutela del diritto alla salute.

Qualità e quantità dei servizi curativi e diagnostici erogati all'interno del carcere

Per quanto riguarda il tipo e la qualità dell'assistenza, il modello organizzativo prevede che il medico incaricato, il medico di guardia e l'infermiere assicurino l'assistenza di primo livello, compresa l'emergenza

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

genza-urgenza sanitaria. Si rileva tuttavia che l'ambiente carcerario di per sé è tale da richiedere una valutazione medica di base verosimilmente più alta che per il 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.

Pertanto, in linea, del resto, con il giudizio espresso dal responsabile *pro tempore* della Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena, è da ritenere insufficiente il modello organizzativo e la sua concreta attuazione che può determinare tempi di attesa eccessivi per una banale patologia e ritardi nelle risposte all'emergenza. Un esempio per tutti: l'insufficienza della guardia medica. Si è prima ricordato come essa non sia sempre presente nell'arco delle 24 ore in tutti gli istituti; quando è presente, un solo medico di guardia la notte deve farsi carico, a volte, di oltre 2.000 detenuti, compresa la visita medica dei nuovi arrivati, come a San Vittore.

L'assistenza di secondo livello è invece demandata al medico specialista a cui si accede previa richiesta del medico di base. Egli è un libero professionista a convenzione proveniente dalla USL di riferimento del carcere o convenzionato in quanto libero professionista. A scegliere la prima opzione invita una direttiva della Direzione generale degli istituti di prevenzione e pena. Ciononostante, nel 1992, su 1.694 convenzioni, solo 194 sono state stipulate 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 da parte dello specialista si determina 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 tuttavia 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 tredici centri clinici. Finalizzati a fornire un'assistenza diagnostica e terapeutica più elevata e quindi a contenere le necessità di ricovero all'esterno, essi hanno assorbito risorse per centinaia di miliardi per le strutture e le attrezzature, alcune peraltro di ottimo livello. In realtà solo pochi di questi centri sono attivi e funzionanti sul piano sanitario e alcuni (come, ad esempio, il centro clinico di Genova) sono utilizzati prevalentemente per ospitare detenuti in condizioni migliori rispetto al carcere fatiscente o per ospitare detenuti ad alta sorveglianza in carcere per reati di associazione mafiosa, al fine di evitarne la fuga. La causa fondamentale della carenza di funzionamento di tali centri sembra essere l'insufficienza di personale medico ed infermieristico.

L'organizzazione dei ricoveri ospedalieri

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 non possono certamente soddisfare interamente la domanda di carattere generale, nè 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 una struttura esterna al carcere pone alla direzione dell'istituto penale il problema della sorveglianza attualmente affidata alla 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

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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 specificamente rivolti all'accoglienza dei detenuti in regime di degenza ospedaliera, come previsto da un recente provvedimento, peraltro solo in minima parte attuato, potrebbe apparentemente risolvere quest'ultimo problema laddove l'utenza è più alta come nei grandi agglomerati urbani.

La soluzione però desta molte perplessità legate da un lato al costo da sostenere per la costituzione di tali sezioni in una situazione di sovraffollamento e di obsolescenza della rete ospedaliera italiana; dall'altro 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 *équipes* con modalità di intervento diversificate, dovrebbero trovare accoglienza in una particolare sezione di degenza per i carcerati.

Non possono comunque essere eluse le difficoltà di ricovero ospedaliero dei detenuti che alcuni istituti penitenziari incontrano. Una soluzione per superare questa obiettiva difficoltà, che si ripercuote sul diritto alla salute dei cittadini carcerati, potrebbe essere individuata in una maggiore responsabilizzazione e nell'intervento diretto delle regioni e delle USL al fine di predisporre modelli organizzativi idonei.

Assistenza sanitaria ai tossicodipendenti e rapporti con il servizio sanitario nazionale

Il problema dell'assistenza per i tossicodipendenti reclusi si sta manifestando con ulteriore acutezza anche perchè essi sono aumentati del 53,58 per cento dal 30 giugno 1991 al 31 dicembre 1992.

Come si è prima ricordato l'articolo 96 del testo unico delle leggi in materia di stupefacenti, approvato con il Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, prevede che la cura e la riabilitazio-

ne 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 in istituti penitenziari o loro sezioni di 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.

Queste convenzioni non coprivano, nel momento di svolgimento dell'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 nella indagine conoscitiva, non sono solo di ordine strutturale-organizzativo, bensì riguardano gli orientamenti terapeutici e culturali degli operatori del carcere nei confronti di quelli dei servizi territoriali.

Nel corso dei sopralluoghi presso gli istituti penitenziari si è riscontrato che pazienti in carico ai servizi delle USL, una volta entrati in carcere, non sempre hanno 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 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 quelli delle USL, all'interno del carcere, strategie di riduzione del danno.

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

Gli 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 (ad 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, nelle strutture e nell'organizzazione, prevalgono nettamente sulla necessità di cura e di recupero e, comunque, le limitano fortemente.

Si vuole segnalare in proposito che l'aumentata incidenza del numero di coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza per breve periodo (2 anni) evidenzia come trovino ricovero in tali ospedali pazienti psichiatrici a bassa pericolosità sociale per evidente carenza dei servizi psichiatrici del Servizio sanitario nazionale, nonché 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 sembra la condizione degli internati psichiatrici gravi i quali,

sia per le carenze strutturali che per le 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 declaratoria 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 si può affermare che l'attuale assetto della sanità penitenziaria, come definito a livello normativo, 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 (si pensi alla figura del medico incaricato).

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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: 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, intermediario 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.

Si ritiene questo punto centrale, in quanto capace di incidere negativamente sulle risposte sanitarie, oggettivamente limitate da problematiche non pertinenti ed 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, 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, nei modi e nelle forme opportune, solo all'interno del Servizio sanitario nazionale che, per la

complessità e l'interesse generale per la salute cui è finalizzato, può garantirla.

Pertanto per i seguenti motivi:

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 una piena interazione tra i due servizi sanitari, e quindi una reale efficacia;

4) le condizioni materiali di vita nelle 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, che, pur richiesti, non sono stati resi noti alla Commissione, che peraltro apprende dalla relazione della Corte dei Conti del 1992 che i fondi stanziati nel capitolo 2120 (assistenza sanitaria ai detenuti) ammontano, per l'esercizio 1992, a 150 miliardi, dei quali 142,4 impegnati, stimando la stessa Corte che l'onere medio per assistito nelle strutture carcerarie è superiore del 75 per cento rispetto a quello nel Servizio sanitario nazionale;

si impone al Parlamento, ad avviso della Commissione, 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 rileva comunque la necessità e l'urgenza di giungere ad una maggiore responsabilizzazione del Servizio sanitario nazionale attraverso strumenti normativi da identificare e definire. Questa esigenza è particolarmente urgente e sentita negli ospedali psichiatrici giudiziari.

Vertical line on the left side of the page.

Small, illegible markings or text at the top center.

Vertical text on the right edge of the page, possibly a page number or margin note.