

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
DELLA II COMMISSIONE NINO MORMINO

La seduta comincia alle 10,50.

(Le Commissioni approvano il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria, l'audizione del direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, dottor Sebastiano Ardita, che è accompagnato dal dottor Guido Starnini e dalla dottoressa Bruna Brunetti.

Do subito la parola al dottor Ardita.

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Ringrazio il presidente e le Commissioni per l'opportunità di mostrare lo stato della sanità penitenziaria in Italia. Uno dei quattro uffici che compongono la direzione generale che ho l'onore e l'onore di dirigere è

l'ufficio sanità, che ha il compito di sovrintendere all'attività connessa all'erogazione dei servizi sanitari penitenziari.

La sanità penitenziaria è una realtà di dimensioni modeste dal punto di vista delle strutture presenti, ma di grande estensione territoriale. Per ogni istituto penitenziario prevediamo l'esistenza di un centro per l'erogazione di servizi sanitari che muta di dimensioni e di caratteristiche a seconda dell'istituto penitenziario cui fa capo.

Conosciamo quindi istituti di primo livello rispetto ai quali viene erogato un servizio nei centri penitenziari dove esistono detenuti fino a 225 unità. In questi istituti, che sono il gradino più basso della scala dell'organizzazione sanitaria penitenziaria, esiste un servizio medico ed infermieristico che funziona lungo l'arco intero della giornata e che molto spesso viene integrato con i medici della SIAS, un servizio di guardia medica esterna. Esiste anche un rapporto a convenzione specialistica, che prevede però soltanto quattro convenzioni per gli istituti più piccoli.

Esistono poi gli istituti di secondo livello, nei quali vi sono più di 225 detenuti, ove il servizio medico ed infermieristico è presente nell'arco delle ventiquattro ore, con turni di reperibilità. Vi è un'infermeria attrezzata per ricoveri in osservazione, vi è un poliambulatorio multifunzionale e sono presenti anche le principali branche diagnostiche con la relativa strumentazione.

Esistono inoltre istituti di terzo livello presso alcuni reparti, definiti centri clinici dell'amministrazione, o centri diagnostico-terapeutici, che sono presenti in sei realtà penitenziarie, con distribuzione geografica nell'ambito del territorio nazionale. Presso

questi centri è possibile anche subire interventi di tipo chirurgico: Roma, Pisa, Milano Opera, Napoli Secondigliano sono i più numerosi.

La problematica principale che riguarda la questione della sanità penitenziaria è il rapporto con la sanità pubblica. Si tratta di due entità distinte e differenti, visto che la sanità penitenziaria gode di proprie strutture e di una propria organizzazione. Essa comunque non può prescindere dagli standard sanitari esistenti all'esterno, essendo la sanità un bene pubblico esistente sul territorio, che va assicurato a tutti, anche alla collettività detenuta. Non esistono quindi due sanità diverse e questo è un concetto molto importante.

L'organizzazione penitenziaria sanitaria tiene conto della realtà specifica esistente. Ogni volta che vi è necessità di avere conoscenze, strumenti o risorse, la sanità penitenziaria deve rivolgersi a quella pubblica e la nostra linea gestionale è quella di avere un costante raccordo con la sanità pubblica esterna, alla luce anche di un'importante circostanza che non va trascurata, ossia il fatto che il detenuto, iscritto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ha una quota *pro capite*, pagata dalla ASL, che non viene restituita nel caso di detenzione. Ciò significa che da un punto di vista finanziario la sanità penitenziaria è una integrazione del sistema sanitario nazionale. Un discorso diverso vale ovviamente per la popolazione detenuta che non è iscritta al Servizio sanitario nazionale, nel qual caso però subentrano ragioni di tipo solidaristico.

Siamo una piccola ASL con un grande territorio, che deve essenzialmente seguire due criteri gestionali fondamentali. Il primo criterio è assicurare in ogni momento una erogazione che sia di livello qualitativo tale da potersi validamente collocare all'interno della sanità pubblica. A questo criterio è connesso il principio della buona gestione della spesa.

Il nostro *budget* è articolato su base regionale, in ragione del numero dei relativi provveditorati, cioè le unità regionali di organizzazione della nostra ammini-

strazione penitenziaria. Dobbiamo curare che tale *budget* sia ben speso e per intero, affinché nessuna risorsa venga sprecata rispetto alle esigenze — a nostro giudizio prioritarie — della popolazione detenuta; senza dubbio, l'erogazione del servizio sanitario rappresenta per noi l'aspetto più qualificante dell'attività che svolgiamo verso i detenuti. A fronte di ciò, vi è ancora un dato importante da tenere in considerazione, che ci ha messo nella condizione di operare in modo molto intenso negli ultimi anni, periodo coincidente con l'assunzione del mio incarico di direzione dell'ufficio detenuti. Mi riferisco all'accorciamento della forbice storicamente esistente tra la quota *pro capite* destinata alle spese sanitarie per il cittadino libero e quella esistente per il cittadino detenuto.

Storicamente, infatti, tale quota è stata sempre considerevolmente più elevata per il soggetto in detenzione rispetto a quello in stato di libertà. A titolo esemplificativo, calcolando in migliaia di euro le quote — e rapportando i valori citati all'epoca di riferimento cui faremo cenno —, nel 1995 al cittadino detenuto veniva destinata una spesa *pro capite* pari a 1.846 euro, a quello libero una pari a 839 euro. Questo accadeva nel 1995. Nel 2003, data di ultima rilevazione, le quote si sono sostanzialmente sovrapposte; infatti, al soggetto in stato di detenzione vengono erogati 1.498 euro e all'individuo in libertà 1.378 euro. Quanto avvenuto è la risultante di due fattori importanti: da un lato, ciò si spiega in ragione della costante crescita della popolazione detenuta sul territorio nazionale (pari a circa 2 mila unità annue, all'epoca di riferimento); dall'altro il motivo si rinviene nella crescita esponenziale dei costi per prestazioni sanitarie, in particolare per le prestazioni orarie di medici ed infermieri.

A fronte dell'accresciuta domanda di un servizio di sanità penitenziaria, si riscontra, allo stato, una consistente contrazione del *budget* disponibile, ciò che, tuttavia, rappresenta un dato tendenziale, riferibile ad un fatto storico e non ad un approccio di carattere politico.

Registriamo una crescita annua della spesa sanitaria per i cittadini liberi e un decremento annuo costante — dal 1995 ad oggi — di quella per i detenuti. Per molto tempo — attualmente non è più così — si è osservato come un detenuto costasse di più rispetto ad cittadino libero, sotto il profilo della spesa sanitaria; le ragioni di tale deduzione erano e sono, in realtà, di tutta evidenza e mi permetto di indicarne qualcuna sulla base delle considerazioni legate alla mia personale esperienza professionale. Non sono un medico ma un magistrato; sarà, pertanto, naturale per me esaminare quanto accade — anche nel settore di sanità penitenziaria — in questa veste, sebbene ciò non costituisca ostacolo allo svolgimento di alcune osservazioni.

Innanzitutto, la caratteristica dei soggetti attenzionati dal servizio sanitario penitenziario è la loro comune appartenenza (salvo alcune eccezioni) ad una fascia sociale particolarmente bassa, che potremmo definire di « sottoprotezione » sociale, rispetto alla quale l'erogazione di servizi sanitari, all'esterno, era spesso carente. Frequentemente, i neodetenuti entrano in carcere con gravissime patologie perché trascurate o non rilevate all'esterno. Questa incidenza appare più consistente nella popolazione extracomunitaria proveniente da realtà assolutamente diverse dalla nostra, rispetto alle quali l'accertamento diagnostico, spesso, è ignorato; queste categorie, paradossalmente, proprio in stato detentivo finiscono per ricevere quell'assistenza sanitaria che non avrebbero ottenuto all'esterno ed è garantita, dal nostro sistema, in misura uguale per tutti, indipendentemente dall'iscrizione al Servizio sanitario nazionale (ricordo, in ogni caso, che l'iscrizione suddetta, con il decreto legislativo n. 230 del 1999, è stata dichiarata obbligatoria anche per i non comunitari).

In secondo luogo, il detenuto fruisce comunque di un pacchetto sanitario individualizzato: quando questi fa ingresso in carcere è sottoposto ad una visita di primo ingresso; inoltre, per ogni patologia riscontrata verrà sottoposto ad una serie di accertamenti, anche diagnostici (che po-

tranno avere un costo) ed alla conseguente terapia. Il momento diagnostico è pertanto « provocato » in carcere, mentre risulta spontaneo per il cittadino libero (il quale potrà autonomamente decidere quando, se e come recarsi in una struttura clinica e sottoporsi ad eventuali controlli, sebbene, talvolta, ciò avvenga troppo tardi).

Vi è poi, sotto un altro profilo, un problema legato alle diseconomie di scala. Lo dico per la terza volta: noi costituiamo una piccola realtà, di fronte ad un grande territorio. Disponiamo, per esempio, di una struttura preposta all'effettuazione della TAC a Pisa, ma di questa non potranno usufruire tutti i detenuti del territorio nazionale. Per farlo, infatti, dovremmo spostarli con spese che incrementerebbero di circa 20 volte il costo della prestazione sanitaria. Ricontriamo, pertanto, una effettiva necessità di ricondurre ad unità servizi che — per ragioni oggettive, di carattere territoriale — non presentano tale disponibilità.

Da un altro punto di vista, dobbiamo assicurare un policentrismo assoluto nell'erogazione del servizio medico. È impensabile disporre di un solo medico per quattro istituti penitenziari dislocati su un territorio a 200 chilometri l'uno dall'altro; inoltre, appare essenziale garantire un servizio capace di funzionare nelle ventiquattro ore per tutte le emergenze. I cittadini fruiscono di una guardia medica presente sul territorio raggiungibile agevolmente ovunque; i detenuti, invece, non possono uscire dal carcere e alla luce di ciò debbono potersi affidare ad una unità di pronto intervento collocata in carcere o comunque reperibile ventiquattr'ore su ventiquattro.

Da ultimo, ritengo che la sanità in carcere costituisca quasi un sesto pilastro del trattamento penitenziario. Il fatto che esista un medico in carcere deputato a prendersi cura della salute di individui, le cui condizioni generali (psicologiche, personali, sanitarie) vengono aggravate dallo stato di detenzione, comporta, inevitabilmente, un'erogazione di servizi ulteriore, moltiplicata rispetto a quella di un libero cittadino. Il detenuto sente presente il

problema della propria salute che vede compromessa anche dalla condizione detentiva, richiedendo, così, in misura maggiore interventi quali, ad esempio, l'erogazione di farmaci. L'esigenza pressante è quella di poter contare su un personale medico presente e capace di seguire il trattamento della propria patologia all'interno della struttura penitenziaria. Questo, dunque, è il quadro generale.

Poi esiste un'ulteriore attività di intervento gestita dall'ufficio che ho l'onore di dirigere, il quale ha fatto della sanità forse il momento centrale della sua azione di amministrazione. La necessità di garantire la salute come bene fondamentale per l'inserimento sociale non è una frase fatta, ma è davvero il principio fondamentale. Spesso sentiamo parlare di trattamento penitenziario e crediamo tutti nell'importanza dello stesso, ma non possiamo dimenticare che nessun trattamento è mai esperibile, nel fine ultimo del reinserimento sociale, quando è mancante il presupposto fondamentale, ovvero la salute, e la condizione di idoneità allo svolgimento del lavoro.

È per questa ragione che, quando nel gennaio 2002, mi sono trovato a ricoprire questo incarico, la prima cosa di cui mi sono interessato era conoscere la realtà sul territorio dei nostri istituti penitenziari, e quale fosse il livello di erogazione dei servizi e di compromissione della salute dei detenuti.

Per fare questo è stato costituito uno *staff* presso la direzione generale dei detenuti, con la migliore realtà della medicina penitenziaria e con i migliori medici che operano nel nostro sistema sanitario penitenziario, primo fra tutti il dottor Starnini, che è qui con me, medico infettivologo di grande livello e di grande impegno medico-scientifico. Si tratta di medici che sono animati da passione per il loro mestiere, perché questa realtà non eroga grandi soddisfazioni economiche ma offre uno spaccato notevolissimo sotto il profilo scientifico.

Questo *staff*, insediato presso la direzione generale dei detenuti e guidato dalla dottoressa Brunetti, che è la responsabile

del reparto sanità, ha elaborato le linee guida di conoscenza e di intervento che mi permetto di dire essere prioritarie in questo settore.

Ci si è occupati anzitutto di conoscere l'esistente, cercando di capire quale fosse il livello di compromissione della salute, quali fossero i nostri strumenti sul territorio nazionale, opera di censimento resa difficile per la mancanza di strumenti informatici. Si sono quindi individuati dei criteri per rendere attuale ed immediata la conoscenza di questo stato di salute. Abbiamo avviato un processo di informatizzazione delle cartelle cliniche sanitarie, che sarà il punto di svolta della sanità penitenziaria in Italia.

Questo processo, in fase sperimentale, è già presente in Emilia Romagna. È quindi possibile conoscere in tempo reale quali siano le condizioni sanitarie in capo ai singoli istituti e la gravità delle patologie esistenti. Questo è il presupposto della diffusione sul territorio nazionale del metodo della cartella clinica informatizzata, da rendere operativo entro sei mesi su tutto il territorio nazionale.

Questo livello di conoscenza ci consentirà di giungere ad una svolta per individuare le esigenze sanitarie di ciascuna realtà periferica non sulla base di criteri vaghi, privi di oggettività, cosa che è avvenuta fino ad oggi, ma sulla base delle reali esigenze, misurate come bisogno sanitario concreto. Mi sto riferendo al progetto per lo studio degli indicatori dello stato di salute, che vorremmo introdurre con questo sistema: informatizzando il sistema, vorremmo conoscere, all'interno di ciascuno istituto, suddivise per categorie cliniche chiare, quali siano le patologie presenti e quale sia il grado di queste patologie. Sulla base di questi dati, l'attribuzione delle risorse diventerà un dato oggettivo ed incontrovertibile.

Il nostro *budget*, che abbiamo mantenuto costante a fronte della crescita delle esigenze di carattere finanziario della sanità penitenziaria, deve essere speso in maniera più coerente e razionale.

Lavoriamo inoltre da tempo, utilizzando anche gli strumenti del Fondo so-

ziale europeo, nel settore delle tossicodipendenze. Sappiamo che circa un terzo dei detenuti presenti sul territorio nazionale ha sofferto o soffre di patologie legate alla tossicodipendenza (sottolineo il fatto che alcune volte purtroppo questi soggetti fanno uso di sostanze stupefacenti anche in carcere).

Per questi soggetti ovviamente occorre un tipo di scelta penitenziaria diversa, sia dal punto sanitario che trattamentale. Dal 2002 abbiamo quindi scelto di incrementare gli ICATT, gli istituti di custodia attenuata, nei quali il trattamento penitenziario risente fortemente della condizione di tossicodipendenza. In queste strutture il soggetto ha facoltà di fare delle scelte e la possibilità di utilizzare strumenti alternativi alla vita forzata del carcere, attraverso l'ergoterapia, il lavoro, l'impegno personale ad uscire dalla droga, la collaborazione con servizi per le tossicodipendenze, che oggi hanno assunto la responsabilità della gestione sanitaria di tossicodipendenti. Apro una parentesi: l'unica parte del decreto n. 230 del 1999 di riordino della sanità penitenziaria che ha avuto immediata esecuzione è quella relativa al trasferimento delle competenze per i detenuti tossicodipendenti, attività per la quale il nostro ufficio si è fatto parte diligente andando al di là delle iniziative di nostra stretta competenza. Infatti abbiamo fatto importanti sollecitazioni al Ministero dell'economia affinché i fondi di bilancio che gravano sul Ministero della giustizia fossero trasferiti presso le ASL e affinché questo servizio venisse assunto territorialmente a livello regionale.

Per quel che riguarda l'altra parte del decreto del 1999, legato alla fase della transizione, esso necessitava di una definizione normativa che non è mai arrivata anche perché la volontà politica si è espressa in modo completamente diverso, addirittura per la costituzione di una commissione *ad hoc* che studiasse il riordino dell'intero settore.

KATIA ZANOTTI. Quanti sono gli ICATT?

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Sono 23, come riportato nella relazione scritta.

PRESIDENTE. La pregherei di consegnare il testo della relazione che ha predisposto.

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Certamente. Tornando all'argomento che stiamo trattando, attraverso il Fondo sociale europeo abbiamo portato avanti numerosi progetti. Attualmente siamo impegnati nel progetto che si chiama DAPI, che tende ad evitare la detenzione in carcere per i tossicodipendenti. Si tratta di creare dei gruppi di lavoro tra forze dell'ordine, istituzioni penitenziarie e ASL che forniscano assistenza al giudice prima dell'udienza per direttissima che viene celebrata, affinché egli sia messo in condizione di indirizzare il detenuto verso la realtà a lui più idonea, perché non sempre il carcere per un soggetto malato è la scelta migliore.

Abbiamo centrato i programmi esecutivi di azione del 2004 quasi interamente per il campo sanitario. Abbiamo presentato ben otto diversi PEA, e di questi cinque sono legati alla sanità. Uno in particolare riguarda gli ospedali psichiatrici giudiziari che sono la vera frontiera della nostra amministrazione. Si tratta di una realtà in cui i più poveri e gli abbandonati vivono in una condizione di assoluto abbandono rispetto alla realtà del mondo esterno e su questo abbiamo centrato la nostra attività. Da una parte occorre deflazionare l'ingresso in OPG di soggetti che non siano realmente bisognosi di tali strutture. Dall'altra occorre creare nuove strutture e nuove realtà negli ospedali psichiatrici per renderli vivibili.

Come ultimo argomento vorrei trattare le urgenze. Ci siamo posti il problema degli interventi per le patologie cardiovascolari, quali infarti e ictus, all'interno degli istituti carcerari. Abbiamo già ope-

rato per una campagna di pronto intervento, dotando tutti gli istituti penitenziari di defibrillatori. Il nostro obiettivo — che abbiamo quasi raggiunto — è il collegamento in telemedicina delle realtà più distanti e complesse, affinché sia erogato in tempo reale un servizio che consenta di salvare la vita ai soggetti colpiti da patologie all'interno delle strutture penitenziarie.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Ardita per il suo intervento; ci rendiamo pienamente conto della complessità dei problemi affrontati, che costituiscono oggetto dell'indagine conoscitiva in corso, tesa ad ottenere una conoscenza più ampia possibile del fenomeno. Ovviamente, faremo tesoro di queste informazioni e della documentazione che il dottor Ardita metterà a nostra disposizione. Considerata la rilevanza dei temi in discussione — che non potremmo approfondire nel corso della seduta odierna, in ragione di urgenti impegni parlamentari — ritengo opportuno rinviare il seguito dell'audizione ad altra seduta, anche al fine di eventuali interventi degli onorevoli colleghi. La data del seguito dell'audizione sarà successivamente stabilita in sede di ufficio di presidenza.

KATIA ZANOTTI. Signor presidente, mi consenta un brevissimo intervento, per

richiedere al dottor Ardita di depositare presso gli uffici di queste Commissioni eventuale documentazione utile allo svolgimento dei nostri lavori. Inoltre, concordo con l'intenzione espressa dal presidente di rinviare il seguito dell'audizione a data da destinarsi, consentendo ai colleghi di intervenire su una questione così delicata.

MAURA COSSUTTA. Mi associo alla richiesta della collega.

PRESIDENTE. Condivido la richiesta dei deputati Zanotti e Cossutta. Il materiale documentale disponibile sarà distribuito ai membri delle Commissioni qui riunite, affinché possano prenderne visione.

Nel ringraziare l'illustre ospite per la disponibilità manifestata, rinvio il seguito dell'audizione ad altra seduta.

La seduta termina alle 11,20.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
l'8 aprile 2004.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

