

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA XII COMMISSIONE
GIUSEPPE PALUMBO

La seduta comincia alle 11,15.

(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).

Seguito dell'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, il seguito dell'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 Giulio Starnini e dalla dottoressa Bruna Brunetti.

Ricordo che alcuni colleghi avevano chiesto di poter rivolgere al dottor Ardita delle domande sulla relazione da lui svolta nella scorsa seduta. Do pertanto la parola ai colleghi che desiderano intervenire.

KATIA ZANOTTI. Vorrei ringraziare il dottor Ardita per la relazione svolta la scorsa settimana, anche se compresa nell'ultima parte per la necessità delle Com-

missioni di procedere nei propri lavori. Ho preso una serie di appunti e chiedo se nel frattempo sia riuscito a farci pervenire l'ulteriore documentazione scritta riguardante alcuni dati molto interessanti contenuti nella sua relazione, che sarebbe utile approfondire.

Rispetto alle cose da lei dette nella scorsa seduta, le farò delle domande relative alla situazione di enorme problematicità, che da ciò che lei ha detto nella volta precedente stenta ad emergere, mentre risulta visitando gli istituti penitenziari e avendo contatti con i medici che si occupano dei detenuti.

La prima domanda che le pongo è se ci può dire quanti siano gli istituti penitenziari, indipendentemente da quelli da lei citati, compresi gli istituti a custodia attenuata, perché non sono riuscita a trascrivere il dato da lei citato.

La seconda questione, che non emergeva ma che vorrei capire, riguarda l'organizzazione dell'intervento sanitario. Mi chiedo, alla luce della situazione molto problematica che esiste all'interno degli istituti e che fa parlare di una emergenza carceraria, dovuta soprattutto al sovraffollamento ma anche al tipo di patologie che si riscontrano in carcere, cosa possa rappresentare il vostro osservatorio in relazione alle patologie che sono in recrudescenza, come la tubercolosi. Vorrei sapere se l'intervento sanitario è basato su standard minimi assistenziali. Questo purtroppo non ci risulta: al contrario, ci risulta che spesso i parametri esistenti all'interno delle carceri sono dettati dall'amministrazione penitenziaria in ragione delle risorse finanziarie disponibili.

Per quanto riguarda la normalità, succede che ci sentiamo raccontare spesso che l'efficacia della risposta dipende dalla

soggettività e dalla buona volontà dei medici, e spesso questi medici sono costretti a portarsi i farmaci da casa. Ho visitato di recente il carcere Dozza di Bologna. La direttrice ci diceva che nei periodi estivi esiste un depotenziamento molto preoccupante degli interventi di medicina di natura specialistica e che si viaggia sulla soglia di sopravvivenza per quel che riguarda la quotidianità. Volevo chiedere su che base e su quali parametri è costruita la risposta sanitaria al bisogno sanitario in carcere e se questa non dipenda da una discrezionalità dell'amministrazione carceraria o dalla disponibilità di risorse finanziarie.

Vorrei conoscere il tipo di patologie che sono attualmente in sviluppo all'interno delle carceri, ma ancora di più chiedo, alla luce di quanto da lei detto la scorsa settimana e alla luce del decreto n. 230 del 1999, se lei sia in grado di fornirci qualche informazione, che noi non abbiamo, sugli esiti della sperimentazione di quel decreto nelle regioni in cui è avvenuta. Non è indifferente capire come abbia funzionato per dirigersi in un senso o nell'altro, pur convenendo con lei su quanto diceva la scorsa settimana, relativamente all'esistenza di un'unica sanità, seppur distinta, rispetto al Servizio sanitario nazionale. In questo senso vorrei conoscere più elementi sui risultati della sperimentazione.

Anche in ragione di queste considerazioni da me fatte sull'emergenza sanitaria in carcere, vorrei sottolineare la decurtazione dei fondi per quel che riguarda la medicina penitenziaria a partire dalla legge finanziaria del 2003. La ringrazio.

CESARE ERCOLE. Mi associo ai ringraziamenti fatti dalla collega al dottor Ardita e ai suoi colleghi. Questa mattina ho ricevuto in casella la documentazione che il dottor Ardita ha consegnato alle Commissioni: questi tre fascicoli partono dal documento di programmazione del 2004 per arrivare a una progettualità molto interessante sul governo della spesa penitenziaria.

Ho letto velocemente il documento di programmazione, che ritengo di condividere in alcuni punti. Il progetto molto interessante sul governo della spesa sanitaria, che però non ho ancora letto completamente, ha individuato, a mio modo di vedere, con questa nuova metodologia, gli indicatori dello stato di salute e ciò mi fa piacere perché si dà almeno un'impronta seria al problema del governo della spesa sanitaria penitenziaria. Non li avviciniamo ai DRG perché sappiamo quanto questi abbiamo fatto lievitare la spesa sanitaria.

Vengo ad una domanda specifica. Nel maggio del 2003 è stata istituita una commissione che doveva avanzare una proposta seria sulla sperimentazione, cui faceva cenno la collega Zanotti, con il coinvolgimento di cinque o sei regioni. Personalmente non ho mai visto nessuna relazione su tale sperimentazione. La commissione istituita nel maggio dell'anno scorso ha prodotto dei risultati? Nel decreto firmato dal ministro della salute si faceva riferimento alla ricerca di nuove metodiche che potessero dare una svolta al servizio sanitario penitenziario; infatti, nel decreto si parla di « una riforma che venga incontro alle attuali esigenze della sanità penitenziaria riservando il compito di garantire la medicina di base ai medici dell'amministrazione, che sia in grado di addivenire a soluzioni di convenzioni esterne ».

Gradirei sapere, quindi, se sia stata approntata una proposta di riforma della medicina penitenziaria, visto che siamo partiti da due posizioni tendenzialmente opposte: fare entrare il Servizio sanitario nazionale all'interno della sanità penitenziaria; oppure, usare le risorse che già appartengono ad essa, cioè i medici incaricati che svolgono già il loro lavoro, ampiamente riconosciuto nel documento di programmazione del 2004, e trovare altre soluzioni, attraverso il convenzionamento esterno, per la specialistica, la farmaceutica ed altro.

In conclusione vorrei chiedere se questo documento sia stato presentato ai ministri della giustizia o della salute, op-

pure se si tratti soltanto di una bozza che non è il caso di presentare alla Commissione affari sociali.

GRAZIA LABATE. Ringrazio i relatori per averci fornito un quadro generale relativo all'andamento della sanità negli istituti penitenziari.

Ho letto attentamente il documento di programmazione 2004 con le relative tabelle circa l'andamento della spesa nei servizi penitenziari. Da tale documentazione evinco che dal 2000 al 2003 abbiamo un tasso in discesa dei finanziamenti della politica sanitaria nei nostri istituti penitenziari, mentre c'è una piccola percentuale di aumento tra il 2003 e il 2004.

Vorrei anzitutto porre una serie di quesiti che non si evincono dalla lettura del documento programmatico.

Con la maggiore spesa individuata nell'anno 2000 a favore della sanità penitenziaria, quante delle problematiche contenute in questo documento sono state parzialmente risolte anche dal punto di vista della razionalizzazione dei maggiori indicatori di spesa? Mi sembra che questi siano da riferire soprattutto alla specialistica e alla farmaceutica, che ha un alto costo, perché in genere il detenuto non è possessore di alcun reddito e quindi non può partecipare alle spese nel caso di ticket.

Le risorse stanziare dal 2000 al 2001, in qualche modo maggiori, sono state sufficienti a superare quei fattori di crisi che si ravvisano nell'analisi generale?

L'andamento 2000-2003, che vede ovviamente le risorse disponibili diminuire in maniera molto sensibile, ha aperto ulteriori fattori di crisi?

Con le risorse stanziare nel 2004 è possibile raggiungere — pur con ampi correttivi e sistemi di controllo che sono stati introdotti e che io condivido — gli obiettivi contenuti nel documento d'indirizzo e di programmazione del servizio sanitario penitenziario?

Insomma per attuare questo documento di programmazione — che da un lato chiama in causa un migliore utilizzo delle risorse umane per la politica sani-

taria e dall'altro l'andamento di crescita delle patologie dei detenuti, soprattutto quelle legate alle malattie infettive trasmissibili — gli stanziamenti sono sufficienti, oppure, con tutti gli sforzi di razionalizzazione possibili, resta la questione che questa sanità penitenziaria — proprio per le sue peculiarità — da un lato ha necessità di rendere praticabili i livelli essenziali di assistenza che tutti cittadini italiani hanno e che è giusto abbiano anche tutti i detenuti, ma dall'altro presenta sempre una sfasatura?

Alla fine di questa indagine quali elementi di sostanza, che favoriscano questa azione di programmazione, suggerireste di modificare per dar corpo al documento di programmazione, che io condivido non solo nello spirito ma anche nel merito delle proposte avanzate?

PRESIDENTE. Do ora la parola ai nostri ospiti per le risposte.

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Nel rispondere alla prima domanda, ricordo che sono 115 gli istituti presso i quali sono presenti servizi medico-penitenziari di primo livello: esiste un'assistenza sia infermieristica sia medica interna per l'arco dell'intera giornata — quantomeno per il giorno — e per la notte sono state stipulate convenzioni con la guardia medica territoriale per le urgenze, come pure si è proceduto a convenzioni specialistiche con quattro discipline, di norma.

In 67 istituti operano servizi medico-infermieristici di secondo livello, che prevedono un'assistenza sanitaria interna nell'arco delle ventiquattro ore — anche con copertura di medici SIAS — un poliambulatorio multifunzionale e un'infermeria attrezzata per brevi ricoveri di osservazione. In queste strutture di secondo livello sono disponibili anche gli strumenti per le più ricorrenti esigenze di tipo diagnostico: elettrocardiogramma, ecografia, radiologia ed endoscopia.

Esistono, inoltre, 16 istituti di terzo livello, che noi denominiamo Centri dia-

agnostico-terapeutici dell'amministrazione penitenziaria, nei quali è possibile erogare una prestazione di tipo diverso, più completa dal punto di vista sanitario, ove si possono affrontare le necessità medico-chirurgiche di media gravità; queste rappresentano delle piccole aree dove noi concentriamo le realtà polispecialistiche.

A queste strutture vanno aggiunti i 6 ospedali psichiatrici giudiziari, che coprono l'intero arco delle case aperte che sono circa 205 (mi correggo rispetto alle 225 che ho citato la scorsa volta).

Inoltre il servizio sanitario penitenziario gestisce anche 23 sezioni o istituti ICAT, istituti o sezioni perché ad esempio in alcune realtà, come quella di Giarre, l'intera struttura è destinata al recupero dei tossicodipendenti, mentre, invece, in altri casi sono state create sezioni nei vari istituti con tipologia detentiva più varia.

KATIA ZANOTTI. Quindi non sono istituti autonomi, possono essere anche sezioni di istituti?

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Sono istituti o sezioni di istituto. Personalmente ho privilegiato la possibilità di rendere la struttura dedicata alla custodia attenuata, tanto che si stanno aprendo nuovi istituti ICAT interamente destinati alla custodia attenuata; per esempio ne è stato creato uno in Calabria a Laurena di Borrello dove l'esperimento rileva, più che dal punto di vista sanitario, da quello del trattamento.

Qui pensiamo di destinare i detenuti cosiddetti primari, cioè alla prima esperienza carceraria, per i quali è notevolmente controproducente il contatto con altre realtà, sia per il clima sia per l'atteggiamento di diffuso scetticismo e pessimismo che vi è tra la popolazione detenuta adulta abituata alla carcerazione. In tali strutture concentreremo dei presidi di tipo psicologico e anche delle opportunità trattamentali mirate alla giovane età ed al fatto che si tratta della prima esperienza come detenuti.

Per ciò che riguarda le sezioni dedicate alla diagnostica delle malattie connesse alla tossicodipendenza e al recupero dei tossicodipendenti, in molte situazioni non è possibile dedicarvi un intero istituto. Vi è una sezione distaccata dalle altre e servita da strutture, anche dal punto di vista dei trattamenti, diverse e migliori rispetto alle condizioni normalmente offerte dagli istituti di pena. Esiste tuttavia un istituto interamente dedicato ai tossicodipendenti, molto bello, nato — come tutti — sulla base di una tipologia non dedicata, che nel corso degli anni è stato finalizzato a questo scopo. Peraltro, verrà integrato in un piano progettuale relativo al Fondo sociale europeo per le coltivazioni agricole, perché lì esiste un buon appezzamento di terreno.

Per ciò che concerne gli esiti della sperimentazione, preferirei che le risposte da un punto di vista squisitamente tecnico fossero date dal dottor Stanini e dalla dottoressa Brunetti. È una parte a cui tengo molto e potrei senz'altro rispondere personalmente, ma è meglio avere un punto di vista tecnico, ad esempio per quanto riguarda l'intervento sugli standard di linee assistenziali, sul quale la nostra gestione è molto attenta.

Abbiamo vissuto la fase di transizione tra il decreto legislativo n. 230 del 1999 e la realtà preesistente e siamo stati costretti a fare di necessità virtù, realizzando una sintesi rispetto al mancato trasferimento della sanità penitenziaria alle ASL.

Il decreto legislativo n. 230 del 1999 prevedeva un progetto di trasferimento dell'intero apparato sanitario-penitenziario alle ASL e l'individuazione, con successivo decreto interministeriale, delle regioni presso le quali sarebbe avvenuta la sperimentazione: così è accaduto. Infatti, il 20 aprile 2000 i ministri della sanità e della giustizia, di concerto con il ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e quello della funzione pubblica, emettevano un decreto con il quale venivano individuate la Toscana, il Lazio e la Puglia come le prime tre regioni

presso le quali effettuare la sperimentazione, cui avrebbe fatto seguito qualche tempo dopo l'Emilia-Romagna.

L'articolo 3 del decreto interministeriale 20 aprile 2000 prevedeva l'istituzione presso il Ministero della sanità di un apposito comitato, costituito da tre membri designati dal Ministero della sanità, tre membri designati dal Ministero della giustizia e da un membro designato da ogni regione, con il compito di monitorare e valutare la fase sperimentale. Questo era lo snodo attraverso il quale la sperimentazione avrebbe dovuto essere monitorata e valutata e da cui procedere al successivo trasferimento delle strutture, dei mezzi e delle risorse della sanità penitenziaria a quella che fa capo alle regioni e alle ASL, atto che doveva avvenire sulla base di una scelta non amministrativa, ma politico-legislativa.

Affermo questo perché il decreto legislativo del 22 dicembre 2000, n. 433, che segue di un anno e mezzo circa il decreto precedente n. 230 del 1999, modificandolo con la sostituzione di alcune parti, disponeva testualmente: «Al termine della fase sperimentale, che si concluderà entro il 30 giugno 2002, sulla base della sperimentazione svolta, si provvederà al riordino definitivo del settore con i decreti di cui all'articolo 7 della legge n. 59 del 1997, o altri strumenti normativi ritenuti idonei e necessari», quali i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, sentiti i ministri interessati ed il ministro del tesoro.

In sintesi, il trasferimento dei servizi sanitari alle ASL è una scelta che inerisce alla volontà politico-legislativa, sulla quale peraltro il nostro ufficio non ha mai potuto interloquire trattandosi di una scelta politica. Obbedisce ad una fase di sperimentazione che di fatto non ha avuto esito positivo e in alcuni casi non ha avuto alcun esito, e rispetto alla quale esiste un organismo che ha avuto il compito di sovrintendere: a tale organo dovrebbe essere chiesto in maniera precisa e dettagliata quali siano stati gli effetti e gli esiti di questa sperimentazione.

Io stesso ho avuto cura del fatto che quel decreto legislativo — contenente una

parte cogente non condizionata a fasi di sperimentazione, di transito e di passaggio — venisse rispettato fino in fondo. Mi riferisco alla parte relativa al trasferimento immediato (dunque a far data dalla pubblicazione della legge) di tutte le competenze connesse alla tossicodipendenza, che prima erano — così come le altre funzioni — demandate all'amministrazione penitenziaria e che, dalla pubblicazione della legge, dovevano essere trasferite alle ASL, senza passare attraverso la fase della sperimentazione e senza necessità di ulteriori decreti presidenziali attuativi.

Non è stato un passaggio semplice, ma è avvenuto perché il nostro ufficio ha inteso adempiere fino in fondo ad un dettato di normativa cogente. Era previsto, infatti, che le ASL sul territorio si prendessero il carico attraverso i SERT, i servizi per le tossicodipendenze, di tutte le patologie connesse alla tossicodipendenza, in base ad un principio di natura non discrezionale, ma sostanziale. Le tossicodipendenze sono realtà le cui patologie e cause ineriscono al territorio e che, dunque, devono essere risolte nel territorio, attraverso quei servizi sanitari che sul territorio stesso insistono.

Questo è avvenuto attraverso una fase di coordinamento interno e di stimolo esterno. Nonostante, infatti, la nostra organizzazione si basi su articolazioni che rilevano a livello di direzione generale (perché i preposti ai provveditorati sono direttori generali), in ogni caso è stato stabilito che questi soggetti svolgessero una attività di attento monitoraggio sul territorio e si curassero di trasferire alle ASL questi servizi.

Da un altro punto di vista vi era il problema fondamentale del trasferimento delle risorse: come ufficio competente ci siamo fatti carico di chiedere per via gerarchica al ministro dell'economia il trasferimento di quei capitoli di bilancio che inerivano alle spese da noi affrontate in relazione alla tossicodipendenza, cosa che è avvenuta in tempi non brevissimi, ma completamente. Oggi siamo presenti sul territorio a monitorare che — regione

per regione — i dirigenti generali assicurino l'avvenuto adempimento di tale passaggio.

Per tutta l'altra parte c'è stato un segnale chiaro (qui vengo a rispondere al secondo intervento) che dal punto di vista politico gestionale la linea del trasferimento alle ASL fosse stata, probabilmente, abbandonata. Tale segnale era desumibile anche dal decreto legislativo n. 433 del 2000, nel quale la terminologia usata — con la quale si chiedeva di modificare il testo del decreto n. 230 — dava adito all'idea che, riguardo agli esiti della sperimentazione, non si trattasse di trasferimento assoluto, ma di riordino — come si leggeva nel testo della norma — definitivo del settore. Si poteva, in effetti, più genericamente intendere non un trasferimento di tutte le risorse, ma una linea mediana che definisse la competenza rimasta alla sanità penitenziaria e quella da trasferire alle ASL.

È in questo quadro di diversa impostazione politica legislativa che va inserita la volontà di nominare una commissione nella quale questi problemi venissero affrontati, procedendo alla stesura di una bozza di testo da sottoporre da parte dei ministri competenti alle Camere per l'approvazione. Tale testo — per ciò che mi risulta — è stato presentato ai ministri competenti. Un membro della commissione è stato incaricato di redigere il testo; per quanto riguarda i lavori della commissione posso solo dire che si è pensato comunque — in via ultimativa — di arrivare ad una mediazione tra le due esigenze opposte, innanzitutto mantenendo la competenza dei medici penitenziari per la assistenza di base nella medicina generale e di trasferire alle ASL quanto inerisce alla medicina specialistica.

Da un altro punto di vista si è ritenuto di dover ancorare profondamente (questo anche su nostra specifica sollecitazione in quanto fa parte del nostra impostazione e del nostro bagaglio di idee) i livelli di assistenza a criteri obiettivi che facciano parte di una realtà sanitaria unica, unitaria sul territorio, non dunque legati, in

nessuna misura, alla scelta discrezionale del singolo medico, o ancora meno piegati ai problemi relativi alle risorse.

Venendo all'ultimo intervento — mi riferisco all'onorevole Labate — ritengo che lo sforzo fatto per far sì che le risorse fossero adeguate a quelli che erano gli effettivi bisogni dell'amministrazione abbia prodotto, dal nostro punto di vista, un'importante fase di razionalizzazione nell'erogazione della spesa sanitaria, soltanto all'esito della quale è serio porsi un problema di incremento di queste risorse.

Se è vero che in sostanza, con l'abbattimento costante che abbiamo visto nel corso dello scorso incontro degli impegni di spesa sanitaria per il carcere, a fronte di una crescita della popolazione sanitaria, siamo riusciti comunque a garantire un certo tipo di servizio, è chiaro che sia serio da parte nostra porci prima un problema di razionalizzazione e successivamente quello dell'incremento delle risorse, che non possiamo che auspicare.

A titolo di esempio, nell'ambito del rapporto convenzionale che da tempo ci lega all'azienda sanitaria Carlo Poma, presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere, abbiamo scorporato la parte di costo relativa alla erogazione dei servizi sanitari da quella relativa agli ammortamenti e all'intervento sugli immobili; in effetti, si finiva per sottrarre alle esigenze sanitarie una quota di bilancio utilizzata per soddisfare esigenze che dovevano essere coperte da altri capitoli di bilancio. Questa scelta peraltro, da un punto di vista amministrativo, non ha comportato un risparmio di spesa per l'amministrazione.

All'esito di quest'attività di razionalizzazione è serio da parte nostra parlare di risorse, ma se siamo intervenuti evidentemente esisteva un impiego della spesa che non era ottimale, perché se oggi riusciamo a garantire servizi che garantivamo anche dieci anni fa con risorse superiori evidentemente il percorso che abbiamo inteso seguire è esattamente questo.

Detto questo, passerei la parola ai miei colleghi per ulteriori chiarimenti di natura tecnica.

GIULIO STARNINI, *Collaboratore della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. In merito ai criteri che hanno ispirato l'azione dell'ufficio sanitario del dipartimento, questi non sono stati orientati soltanto a superare le limitazioni derivanti dai finanziamenti esistenti.

Nel documento di programmazione del 2004 ma anche in quello del 2003, abbiamo chiaramente sottolineato questo aspetto. Come nell'ambito del Sistema sanitario nazionale, ovviamente non possiamo prescindere da concreti importanti interventi dal punto di vista finanziario, ma lo spirito è stato quello di recuperare, laddove possibile, l'efficienza. Il dottor Ardita ha citato l'esempio del recupero di finanziamenti che erano orientati ad aspetti diversi rispetto alla componente sanitaria.

L'altro lavoro sul quale ci siamo impegnati in questi ultimi anni è relativo alla risposta alla domanda di salute, derivante dagli istituti penitenziari, relativa a patologie molto importanti tra cui la tubercolosi, l'HIV, l'epatite, le malattie cardiovascolari, i tumori, patologie esistenti in misura superiore rispetto alla popolazione generale. C'è stato quindi un rapporto di collaborazione molto importante con le regioni, e questo rapporto si è concretizzato nell'ultimo anno specialmente nel contributo che diverse regioni, purtroppo ancora non tutte, hanno dato alla spesa farmaceutica. Siamo riusciti, con l'azione dei nostri provveditori a livello regionale, ad abbattere la percentuale del capitolo di spesa, che ammontava a circa il 17 per cento, del 7-8 per cento. Da ultimo, la regione Lombardia si è aggiunta ad altre regioni tra cui la Sardegna, il Lazio, la Calabria, l'Abruzzo e il Molise che in questo momento si fanno carico dell'assistenza farmaceutica della popolazione detenuta, mantenendo sulla stessa un controllo di spesa e questo è un ottimo esempio di sussidiarietà.

Un altro lavoro che abbiamo intrapreso grazie anche al ministro Sirchia è quello relativo all'assistenza dei pazienti affetti da HIV. Voi conoscete benissimo un de-

creto interministeriale che prevedeva delle convenzioni tra istituti penitenziari e ASL. Non sta a me capire e spiegare i motivi per cui questo decreto non sia stato in qualche maniera applicato negli anni precedenti, ma sta di fatto che nella realtà soltanto il 20 per cento delle unità operative di malattia infettiva erano convenzionate con le nostre strutture, a titolo peraltro oneroso. Quel decreto conteneva anche delle imprecisioni tecniche, perché figlio di un determinato periodo. Si prevedeva per ogni detenuto malato di HIV di effettuare una TC o una risonanza magnetica all'anno, che tecnicamente è inutile, perché l'intervento va modulato in base alle esigenze effettive del paziente detenuto.

Il ministro Sirchia, in commissione nazionale AIDS, alla quale partecipo per il dottor Ardita, ha approvato un documento, che spero non trovi contrasto nella Conferenza Stato-regioni, in cui si invitano tutte le unità operative ad assumersi l'onere dell'assistenza di queste persone, che voi sapete essere molto difficile e molto pesante.

Nonostante ciò, tengo a ribadire il fatto che da anni l'assistenza infettivologica, laddove non assicurata dal Servizio sanitario nazionale, come l'assistenza psichiatrica, viene comunque assicurata anche nei più piccoli degli istituti penitenziari italiani, tramite convenzioni. Chiediamo al Servizio sanitario nazionale di intervenire e se ciò non accade dobbiamo comunque assicurare l'assistenza convenzionando dei professionisti privati.

Per rispondere all'onorevole Zanotti, non c'è discrezionalità dell'amministrazione penitenziaria, ma ci sono interventi basati su progetti e sui programmi esecutivi di azione, come la normativa attuale impone a tutta la pubblica amministrazione.

Il documento di programmazione di quest'anno parte da questi concetti di conoscenza di base. Ovviamente non vogliamo ripetere gli errori dei DRG: gli indicatori di salute sono molto semplici, si tratta in tutto di circa 400 voci, non

paragonabili ai DRG, che intendono finanziare quegli aspetti particolari in maniera più appropriata.

Mi spiego meglio: il finanziamento, nel decennio passato, avveniva tramite una spesa pro capite, calcolata sul numero degli istituti presenti per ogni regione. Voi comprendete benissimo che in un istituto della stessa regione possono esser ristrette persone con problematiche sanitarie importanti e in un'altra no. In un carcere penale di 60 detenuti si hanno meno problemi dal punto di vista sanitario rispetto ad un istituto circondariale del pari numero di detenuti, dove spesso entrano persone che non sono mai state in carcere.

Il sistema sanitario penitenziario è un sistema pubblico — come ricordava il dottor Ardita — e nessuno può smentire una affermazione del genere; infatti, è proprio lì che a volte, con tutte le limitazioni che voi conoscete perché avete visitato gli istituti, il tossicodipendente impatta con un servizio sanitario, dove per la prima volta fa il test.

Voglio solo ricordare che nel 1984 i primi studi in Italia, su quello che allora si chiamava HTLV poi chiamato HIV, furono fatti negli istituti penitenziari di Regina Coeli dal professor Aiuti e grazie al lavoro svolto all'interno delle carceri si comprese che in Italia questo non era un problema di omosessualità ma di tossicodipendenza.

Lavoriamo sulla conoscenza dei dati con tutte le problematiche relative alla *privacy*, di cui si occupa il Garante, ma non possiamo prescindere da questa conoscenza. Gli stessi problemi si incontrano nella Commissione nazionale AIDS; infatti, non esiste un registro italiano riguardante l'HIV per le notevoli difficoltà legate alla *privacy* delle persone.

Negli istituti penitenziari forse siamo un pochino avanti da questo punto di vista. Noi conosciamo il numero ufficiale dei detenuti affetti da HIV, che non è quello reale, e per questo, approfittando dei fondi della Presidenza del Consiglio, abbiamo iniziato una collaborazione con l'Istituto superiore di sanità e con diverse

università italiane per intervenire su questa patologia, sulla tubercolosi e sulle epatiti virali.

Per altre patologie il programma istitutivo d'azione prevede, entro il 31 dicembre 2004, la presenza di defibrillatori semiautomatici in tutti gli istituti penitenziari.

Il nostro dipartimento svolge un lavoro effettivamente importante su circa 80 mila detenuti pari al numero degli utenti di una ASL, ma con una distribuzione territoriale e con problematiche particolari di gran lunga superiori a quelle di una azienda sanitaria locale.

Non possiamo quindi assolutamente prescindere da una progettualità che è iniziata nel 1999 ed è continuata per tutti questi anni producendo molti risultati concreti, come l'accordo con l'ospedale presso l'azienda San Paolo di Milano che garantisce circa 600 ricoveri l'anno, rappresentando un ottimo esempio di collaborazione tra provveditorato di Milano e azienda San Paolo.

MARIDA BOLOGNESI. Ascoltando i vostri interventi e leggendo il documento di programmazione ho notato che la quasi totalità delle convenzioni che sono state fatte per le varie specializzazioni mediche, anche quelle tipiche delle ASL, sono quasi tutte assegnate a liberi professionisti.

A questo punto mi domando: perché non stipulare convenzioni con le aziende sanitarie almeno per alcune branche della medicina, piuttosto che dare tutto alla libera professione? Esistono difficoltà a livello regionale che impediscono la collaborazione tra aziende sanitarie locali e il Dipartimento penitenziario?

Dalle statistiche si ricava che molti detenuti vengono trasferiti dagli istituti penitenziari negli ospedali psichiatrici giudiziari a causa delle difficoltà di funzionamento delle case di pena.

Sarebbe quindi necessario avere un chiarimento su quanto ha influito il decreto legislativo n. 230 del 1999 nell'evoluzione della sanità penitenziaria, ed in particolare sulla ricaduta rispetto agli ospedali psichiatrici giudiziari.

BRUNA BRUNETTI, *Responsabile del reparto sanità penitenziaria della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Rispondo subito alle domande dell'onorevole Bolognesi. Per quanto riguarda le branche specialistiche l'amministrazione preferisce le convenzioni con le ASL, ma, purtroppo, sono queste a non essere disponibili, sia perché non hanno professionisti disposti a venire nei nostri istituti, sia perché i nostri compensi sono piuttosto bassi.

A questo punto la sanità penitenziaria è costretta a ricorrere a professionisti esterni. Comunque a dimostrazione di quanto affermato, cito testualmente le parole del nostro schema di convenzione: « Sentita la indisponibilità della ASL a convenzionarsi con l'istituto penitenziario, la direzione procede a convenzionare il libero professionista ... ».

PRESIDENTE. I costi sono superiori ?

BRUNA BRUNETTI, *Responsabile del reparto sanità penitenziaria della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. No, normalmente le ASL hanno dei costi superiori perché una parte viene introitata da questa e l'altra va al libero professionista; pertanto i compensi che chiedono sono superiori.

Normalmente l'indisponibilità è dovuta a questo motivo, tanto che per alcune branche siamo costretti ad accettare costi anche maggiori, laddove non troviamo liberi professionisti o dove, comunque, privilegiamo una continuità di tipo assistenziale, come in psichiatria o nella medicina del lavoro. Noi comunque vogliamo che le ASL partecipino, non siamo noi che non vogliamo. Le difficoltà, normalmente, sono tutte di natura economica.

Nel decreto legislativo n. 230 del 1999 non venne inserito, per una scelta di opportunità politica, il problema dell'ospedale psichiatrico giudiziario, perché al momento erano in corso di esame altri disegni di legge, come voi sicuramente saprete.

Il problema psichiatrico si pone. Attualmente abbiamo avviato dei lavori, ricostituendo anche la commissione di cui si parlava prima per il rinnovamento del servizio sanitario penitenziario (commissione interministeriale giustizia e salute), che ha svolto la prima riunione la scorsa settimana e che ha lo scopo precipuo di individuare possibili nuovi modelli organizzativi per gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Ha iniziato da pochissimo i lavori e per questo motivo potremo tornare senz'altro a riparlare della problematica degli ospedali psichiatrici giudiziari.

L'amministrazione penitenziaria cerca in qualche modo di tamponare le difficoltà dell'OPG, ad esempio il sovraffollamento, i molti lavori in corso all'interno di questi ospedali, che sono strutture molto spesso antiche. In che modo si cerca di affrontare queste problematiche? Intanto prevedendo — come diceva il dottor Starnini — che l'osservazione psichiatrica si faccia in carcere, nel carcere dove il detenuto è ristretto: è la legge stessa che lo prevede. Il regolamento di esecuzione n. 230 del 2000 contempla espressamente che l'osservazione psichiatrica per fini giudiziari venga fatta in carcere, e che soltanto come seconda ipotesi si possa fare negli OPG. Dato che non vi era — effettivamente — un servizio che potesse svolgere questa attività e assicurare tale compito si è fatto ricorso all'OPG.

Proprio nel pomeriggio di oggi è prevista una riunione per individuare un modello organizzativo di sezione, dove si possa svolgere questa osservazione psichiatrica e che consenta di individuare in ogni regione un istituto ove si allestisca una sezione psichiatrica proprio per l'osservazione psichiatrica e la riabilitazione. Laddove il soggetto non avesse bisogno di andare nell'ospedale psichiatrico giudiziario, pur in presenza di problemi psichiatrici, perché mandarlo proprio nell'OPG? Potrà essere curato nella sezione psichiatrica.

PRESIDENTE. Questa è una nuova soluzione che si sta sperimentando adesso al

fine di non ingolfare gli ospedali psichiatrici giudiziari?

BRUNA BRUNETTI, *Responsabile del reparto sanità della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Questa è una nuova soluzione sul modello di Torino. Voi sapete che a Torino esiste un progetto già avviato, con la partecipazione — anche finanziaria — del Servizio sanitario nazionale. Cercheremo di coinvolgere il Servizio sanitario nazionale; è comunque nei progetti di concludere i lavori per questi reparti di osservazione entro l'anno.

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. La gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari mette in luce i due profili problematici che abbiamo dovuto affrontare nell'esaminare la situazione degli OPG, alla quale — come ho detto nel corso dell'intervento della volta scorsa — diamo carattere di priorità, non fosse altro perché il bacino di utenza è costituito da soggetti socialmente più deboli.

Verso le problematiche sostanziali rilevate ci stiamo muovendo per correggerne la portata. Il primo problema è costituito dal fatto che queste realtà sembrano più luoghi di detenzione che ospedali. Questo non va bene, perché, almeno dal punto di vista della denominazione, essi devono essere per l'appunto 'ospedali': altrimenti sono un'altra cosa. A questo probabilmente contribuisce anche l'idea generale dell'istituto, tramandata nel corso degli anni (istituto che risale a circa settant'anni fa), rispetto ad altre realtà e ad altre organizzazioni del tutto diverse dalle nostre e verso le quali non ci poniamo comunque in un'ottica di emulazione.

Io stesso sono stato a visitare la realtà penitenziaria serba, ad esempio, e lì l'organizzazione sanitaria penitenziaria si chiama 'ospedale giudiziario', dove tutte le realtà connesse ad una esigenza di cura vengono raccolte. Quello è più un ospedale che una sede di detenzione, anche se

spesso è situato presso una sezione carceraria, ma con una connotazione propria della realtà sanitaria più che di quella detentiva.

Un secondo punto problematico riguarda la realtà della cura delle patologie psichiatriche all'esterno: il sistema italiano delle misure di sicurezza è fondato sulla dismissione del soggetto nel momento in cui è nella condizione di non essere più pericoloso per la società, quindi una condizione subiettiva ma fortemente connessa alla capacità di reinserimento. E questo è il punto dolente: dovrebbe essere un problema collegato alla capacità di recupero psichiatrico di un soggetto, ad una attenuazione della sua pericolosità in esito agli effetti del trattamento dell'ospedale. Cosa accade invece? Di fatto, quando manca una realtà esterna capace di operare una accoglienza del soggetto, l'integrazione non avviene e la misura di sicurezza viene prorogata *ad libitum*: questo non trova alcun riscontro in atti ufficiali, ma è un dato che si coglie con evidenza.

Le due linee di tendenza, la prima di rendere più ospedali gli OPG, e la seconda di creare legami con il territorio, ci portano oggi a confrontarci con le regioni che sono sedi degli OPG per far sì che esista una convergenza. Abbiamo fatto molte riunioni, ad esempio con la regione Sicilia, su questo argomento, cercando un'intesa con gli uffici del sottosegretario Guidi.

Dobbiamo cercare di attuare una corretta distribuzione degli sforzi per rendere gli OPG più ospedali, anche facendo capo alla regione, visto che gli ospedali psichiatrici sono dei luoghi che insistono sul territorio e raccolgono soggetti le cui patologie sono nate dal territorio: le problematiche che stanno alla base di quelle patologie sono proprio sul territorio.

Dunque, le ASL non devono essere tenute fuori e non possono chiamarsi fuori rispetto alle problematiche riguardanti la cura, la risocializzazione e il reinserimento nella società. Quando manca questo dialogo tra la nostra realtà e le ASL i presupposti del mancato adempimento ai fini istituzionali sono evidenti: non solo non vi sono diagnosi e terapie che tengano

conto di una problematica più ampia, che è quella del disagio psichico sul territorio, e che resta l'unico modo di avvicinarsi a queste patologie, ma manca anche il presupposto per il reinserimento. Il soggetto, non avendo un referente di tipo psichiatrico e medico all'esterno, finisce per rimanere all'interno della nostra organizzazione per lungo tempo, con tutto ciò che questo comporta, non tanto per l'onere della amministrazione che è l'ultima delle cose importanti, ma per il recupero del soggetto. Dobbiamo tenere conto del fatto che metà di questi soggetti non hanno familiari e che non esistono strutture in grado di accoglierli al momento della dimissione dagli OPG. Questo è il vero problema che si pone: per questo cerchiamo di creare un ponte con la realtà esterna, non solo auspicando, ma pretendendo un momento di convenzione forte con le ASL.

PRESIDENTE. D'altra parte, se non c'è questo momento di accordo il recupero non si può fare, sebbene — se non ho capito male — voi compiate forse un passo oltre quello che competerebbe all'amministrazione penitenziaria al fine di rendere il recupero più sicuro o duraturo. Però, è poi un problema il fatto che al di fuori non ci sia qualcuno che li accolga.

SEBASTIANO ARDITA, *Direttore generale della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Il nostro lavoro rischierebbe di ridursi ad una sommatoria di attività burocratiche, invece il senso di questo intervento è proprio quello di creare una serie di collegamenti con la realtà: ecco perché non mi vergogno a chiedere un aiuto anche all'organo parlamentare, nella misura in cui si renda portavoce e solleciti quelle realtà, inserite sul territorio dove esistono gli OPG, ad intervenire e a farsi carico della loro parte anche di oneri.

AUGUSTO BATTAGLIA. Quanti sono gli ospedali psichiatrici giudiziari e quante le strutture convenzionate?

BRUNA BRUNETTI, *Responsabile del reparto sanità della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Gli OPG sono mille, 1.200 al massimo. Le strutture sono cinque, in più abbiamo Castiglione delle Stiviere che è in convenzione. Si tratta di una struttura più ospedaliera, dove in genere vengono mandati soggetti che presentano minore pericolosità sociale. Vorrei anche ricordare che a Barcellona si sta organizzando una sezione a chiusura attenuata nell'OPG, proprio con intervento forte del DSM, Dipartimento di salute mentale, e con il volontariato in modo da stabilire questo ponte con l'esterno, e creare quindi anche opportunità di lavoro, di reinserimento, oltretutto da un punto di vista di salute, anche dal punto di vista lavorativo.

Volevo aggiungere qualcosa sulla questione dei finanziamenti, perché tutta questa progettualità ne ha bisogno. Negli ultimi quattro anni c'è stata una sostanziale riduzione dei finanziamenti. Solo quest'anno c'è stato un piccolo incremento, dell'ordine di 2 milioni di euro, che in una realtà nazionale è poca cosa. Abbiamo voluto impiegare queste risorse nelle strutture specializzate, ossia negli istituti penitenziari dove già esistono centri clinici, in maniera tale da potenziare le strutture già esistenti e da garantire livelli di assistenza sanitaria di buon livello.

Desidero inoltre sottolineare il fatto che questo capitolo di bilancio ha subito queste deduzioni anche perché, sebbene sia relativo al funzionamento del servizio, non riguarda le spese fisse, viene utilizzato nella misura del 70 per cento per pagare il personale, che purtroppo costituisce una spesa fissa.

PRESIDENTE. Tutte le amministrazioni hanno questo problema.

BRUNA BRUNETTI, *Responsabile reparto sanità della direzione generale dei detenuti e del trattamento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria*. Abbiamo questi problemi. Ci sono poi i me-

dici incaricati, i quali costituiscono la base, che sono 350: l'organico è rimasto fermo al 1990 e forse è il caso di rivederlo.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Ardità, la dottoressa Brunetti e il dottor Starnini per il loro contributo molto utile e per la documentazione da loro prodotta.

GRAZIA LABATE. Presidente, vorrei chiederle di farsi promotore presso il sottosegretario Guidi per acquisire il rapporto, che gli è stato consegnato, sulla sperimentazione in ordine all'attuazione

del decreto legislativo n. 230 del 1999, in maniera da poterne valutare il contenuto.

PRESIDENTE. Prendo atto della sua richiesta, onorevole Labate. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 12,25.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 21 aprile 2004.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO