

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
DELLA XII COMMISSIONE GIUSEPPE  
PETRELLA

**La seduta comincia alle 11,15.**

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

**Audizione dei rappresentanti di associazioni  
di volontariato che operano nel settore.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria, l'audizione dei rappresentanti di associazioni di volontariato che operano nel settore. Sono presenti le seguenti associazioni: Antigone, associazione onlus per le garanzie e i diritti nel sistema penale, rappresentata dal coordinatore nazionale dottor Patrizio Gonnella e dal membro del direttivo, signora Francesca D'Elia; LILA, Lega italiana per la lotta contro l'AIDS, rappresentata dal presidente della sezione Lazio, dottor Giancarlo Condoleo; associazione volontariato « A Roma Insieme », rappresentata dal suo vicepresidente, dottor Enzo Saulino; associazione « La Fraternità », rappresentata dal suo fondatore, fra' Giuseppe Giuliano Prioli; Conferenza nazionale volontariato giustizia, rappresentata dal presidente, dottor Livio Ferrari.

Do la parola al coordinatore nazionale di Antigone, dottor Gonnella, per il suo intervento.

PATRIZIO GONNELLA, *Coordinatore nazionale dell'Associazione Antigone*. Ringrazio le Commissioni qui riunite per l'occasione che ci è stata concessa di

presenziare in questa sede ed esporre il nostro punto di vista riguardo ad un problema così rilevante e delicato, al quale non sempre è stata dedicata l'attenzione dovuta. La nostra è un'associazione che si occupa, da più di 15 anni, di diritti nel sistema penale, svolgendo un lavoro di ricerca e di sensibilizzazione culturale nonché di osservazione sul campo. Dal 1998, il Ministero della giustizia ci autorizza, attraverso il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, a svolgere un'attività di osservazione all'interno degli istituti di pena e quindi anche un monitoraggio di quanto accade negli stessi.

Pubblichiamo periodicamente un rapporto sulla condizione nelle carceri. Nel 1999, quando intervenne la riforma della sanità, fummo particolarmente entusiasti di questa prospettiva innovatrice, perché, finalmente, avrebbe potuto concretizzarsi il principio dell'universalità delle prestazioni sanitarie, a sua volta fondato su quello dell'universalità dei diritti fondamentali della persona. La nostra idea di fondo è che la questione della sanità debba essere trattata allo stesso modo e con gli stessi livelli di garanzia e qualità dentro e fuori gli istituti di pena, e con lo stesso impegno, nonostante ci rendiamo assolutamente conto della specificità della condizione detentiva. Una delle ragioni fondamentali per cui pensavamo e pensiamo ad oggi che la sanità all'interno delle carceri debba essere pubblica, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, è l'intenzione di escludere qualsiasi ambiguità di ruoli. Allo stato, infatti, la struttura della sanità penitenziaria, non essendo ancora avvenuto definitivamente l'auspicato passaggio di competenze dal Ministero della giustizia al Ministero della sanità, presenta, all'interno, delle forti

contraddizioni, in assenza di un effettivo svincolo della tutela sanitaria dal problema del mantenimento della sicurezza.

Il medico penitenziario, così come il sistema è ancora strutturato, somma, all'interno delle strutture carcerarie, una pluralità di funzioni. Questi opera in qualità di perito di parte dell'amministrazione ma, a volte, anche del detenuto; agisce come medico di fiducia, ora dell'amministrazione penitenziaria ora del carcerato; è lo stesso medico che fa parte del consiglio di disciplina — operando, in tal caso, in veste prevalentemente punitiva —, ma, al contempo, è anche il depositario della speranza del detenuto di ottenere — in ragione di una specifica certificazione sanitaria — il riconoscimento della propria incompatibilità clinica con lo stato detentivo. Ritenevamo che, ovviamente, la separazione della tutela sanitaria rispetto al problema della sicurezza e alla questione dell'amministrazione penitenziaria, così come pensata nel 1999, avrebbe costituito la forma e la via primaria per un riconoscimento pieno del diritto alla salute. In questi anni, purtroppo, sperimentazione, di fatto, non vi è stata. Il passaggio di competenze è avvenuto con forti ritardi, e con moltissime resistenze interne all'amministrazione penitenziaria.

Segnaliamo che in circostanze analoghe, in Francia, una situazione simile, di passaggio di competenze del Ministero della giustizia a quello della sanità, è avvenuta in modo repentino, senza sperimentazioni durate anni. La riforma è stata prevista, pensata e immediatamente attuata, con il relativo passaggio di risorse dal pubblico al pubblico, cioè dalla giustizia alla sanità. Invece, nel nostro paese esistono ancora grandi resistenze nel passaggio di risorse umane e strumentali a favore della sanità penitenziaria.

Peraltro, come è anche possibile ravvisare nelle pubblicazioni che abbiamo avuto cura di far pervenire ai membri di queste Commissioni — fra cui segnaliamo anche il Rapporto del Comitato europeo per la prevenzione della tortura in cui si dedica un'ampia analisi alla salute nelle carceri italiane —, la situazione delle car-

ceri in generale è tale per cui la stessa condizione di detenzione è fonte di malattia. Sono 14 mila le persone in più rispetto ai posti letto regolamentari: nonostante l'intervento normativo dell'agosto 2003 (il cosiddetto « indultino »), dati recentissimi dell'amministrazione penitenziaria ci rivelano che stiamo nuovamente risalendo intorno ai 56 mila detenuti. I posti letto regolamentari sono meno di 42 mila, e, ovviamente, condizioni di sovraffollamento del genere non aiutano uno stato psicofisico accettabile. Sosteniamo sempre che — nell'ambito detentivo — la limitazione della libertà non possa che consistere unicamente nella privazione della libertà di movimento, non implicando invece la possibilità di infliggere altre violazioni sistematiche dei diritti. Le condizioni strutturali del sistema carcerario, invece, sembrano scontrarsi con questo presupposto. Quanto alle condizioni di salute, del resto, è proprio il contesto oggettivo, e non dunque una presunta negligenza degli operatori, a risultare causa del peggioramento delle condizioni cliniche del detenuto. Chiunque visitasse le carceri italiane (noi ci siamo recati in tutte), soprattutto in quelle circondariali (dove stazionano i detenuti in attesa di giudizio), si renderebbe conto che le condizioni di sovraffollamento sono di fatto insopportabili. Ricordo che lo stesso Comitato europeo di Strasburgo ha sostenuto che tale stato complessivo costituisce, di per sé, ipotetica fonte di trattamento inumano e degradante.

Non entrerò, comunque, nel dettaglio di tutto; vorrei soltanto soffermarmi su alcuni effetti negativi per la salute delle persone detenute che la vita penitenziaria produce. In proposito, è intervenuta una nostra recente ricerca sostenuta e finanziata dall'Istituto superiore della sanità, chiusa proprio in questi giorni, e della quale vi forniremo documentazione. Abbiamo intervistato ben 175 operatori sanitari delle carceri italiane, fra dirigenti sanitari e medici convenzionati o della struttura penitenziaria, e alcuni dei dati ottenuti sono assolutamente significativi. Oggi il rilievo fondamentale che emerge è

l'inesistenza, in carcere, di una medicina preventiva. La medicina tutta è pensata in termini riabilitativi e contenitivi. Un quarto dei dirigenti sanitari dichiara che nel proprio istituto gli strumenti sanitari non funzionano per varie cause, dalla carenza di risorse alla mancanza di strutture idonee; si afferma che in metà delle carceri non viene distribuito materiale informativo di natura preventiva quando sappiamo, invece, che in una situazione promiscua soprattutto le malattie infettive richiederebbero un'ampia informazione. Quasi nel 75 per cento dei casi non viene svolto alcun colloquio con lo psicologo entro la prima settimana di detenzione; eppure proprio in questo periodo iniziale abbiamo riscontrato il più alto numero di suicidi. Nel 2003, ve ne sono stati 65, di cui, dopo tanto tempo, purtroppo 2 sono avvenuti all'interno degli istituti penali per minori. L'ultimo risale al novembre 2003.

I dati che emergono dalle nostre analisi sono null'altro che il riflesso di quanto affermano gli operatori sanitari dell'amministrazione penitenziaria, quasi a testimoniare, con le loro stesse dichiarazioni, la necessità di un radicale cambiamento di gestione. Il 50 per cento degli intervistati dichiara che i detenuti e i loro familiari si lamentano dell'assenza di *privacy*, poiché, durante il colloquio medico, è presente anche un agente di polizia penitenziaria. In quasi un quarto degli istituti sono state riscontrate difficoltà nell'effettuazione dei ricoveri ospedalieri nei casi di urgenza; certamente, resta il fatto che la questione di cui si discute è estremamente delicata.

Segnalo, tuttavia, che, in una recente sentenza della Corte di Cassazione, di poche settimane fa e riguardante i cardiopatici, si è sostenuta la non secca alternatività fra centri clinici e ricoveri esterni qualora i primi — per difetto di attrezzature e dotazioni — non siano ritenuti effettivamente equivalenti ad un qualsiasi ospedale esterno per tutte le patologie possibili. In questa sentenza, scaturita dal caso di un cardiopatico non prontamente ricoverato in centri esterni dalle autorità competenti semplicemente in ragione della presenza di un vicino

centro clinico disponibile, si è sostenuto che, nel caso di cardiopatici gravi, il ricovero all'esterno deve essere garantito in ogni caso. Ritengo si tratti di un principio molto importante, considerata la particolare gravità delle condizioni in cui versano le strutture di sanità penitenziaria. Ricordo, peraltro, che solo nel 42,6 per cento dei casi è presente una guardia medica 24 ore su 24. Per dovere di correttezza, comunque, informo che nel nostro documento abbiamo indicato anche alcuni casi riportati dalle cronache giornalistiche o segnalatici dai detenuti nel corso della attività di osservazione; pertanto, alcuni di questi dovranno essere correttamente verificati. Comunque, da un punto di vista complessivo, possiamo perlomeno sostenere che — tra i casi di presunta malasanità — spesso le cause sono imputabili alla mancata tempestività del soccorso, considerato che, mediamente, almeno otto sono i cancelli da superare per arrivare al detenuto in gravi condizioni cliniche. Segnalo su questo punto, riguardante soprattutto i cardiopatici, che il 75 per cento degli istituti carcerari non ha un defibrillatore.

Vi è una tendenza alla crescita delle malattie infettive. Abbiamo riscontrato che nel 66 per cento degli istituti ci sono rischi di scabbia e nel 60 per cento degli istituti è stato segnalato il ritorno della tubercolosi.

Detto questo, il nostro assunto è: visto che la riforma di fatto non c'è stata, (è stata scritta ma di fatto non attuata, anche nella parte relativa alla prevenzione sulle tossicodipendenze) e visto che la situazione attuale è una situazione di grave rischio, noi auspichiamo che questa volta venga attuato con un po' più di determinazione il passaggio al Servizio sanitario nazionale.

**PRESIDENTE.** Vorrei chiedere gentilmente, considerati gli altri impegni di lavoro di questa Commissione e poiché devono ancora parlare i rappresentanti delle altre associazioni, di concentrare gli interventi in modo da rispettare i limiti temporali che abbiamo.

TIZIANA VALPIANA. Vorrei proporre, data l'importanza dell'audizione, di riprendere la medesima dopo gli altri impegni della Commissione.

PRESIDENTE. Onorevole Valpiana, alle 12,30 la II Commissione ha un altro impegno. Quindi, essendo in sede di Commissioni riunite, non posso assecondare la sua proposta.

Do la parola agli altri rappresentanti delle associazioni.

GIANCARLO CONDOLEO, *Presidente della sezione Lazio della Lega italiana per la lotta contro l'AIDS*. Sostituisco in questa audizione il presidente nazionale, assente oggi per altri impegni. Nelle carceri, prima di tutto, manca la prevenzione primaria contro l'AIDS. Occorre una attività di informazione da fare soprattutto al personale interno. Ciò riflette un poco quello che succede all'esterno del carcere, ovviamente: vi è poca informazione di carattere elementare riguardante la lotta a questo virus.

Un'altra questione che salta agli occhi è il problema della incompatibilità. È pur vero che l'AIDS è diventata una malattia cronica (ci sono i farmaci oggi), tuttavia è tuttora una malattia mortale. Le persone con AIDS conclamato stanno quindi male. A causa del danno prodotto da poche persone tempo fa, esse continuano a pagare tuttora.

Le persone sieropositive, quando entrano in AIDS conclamato, stanno male. In questo caso, a noi risulta evidente l'incompatibilità con la vita carceraria. Con questa riforma, noi speravamo tanto, anche per quanto riguarda la prevenzione secondaria. I farmaci contro l'AIDS oggi ci sono e funzionano, ma hanno bisogno di una aderenza alla terapia da parte del paziente, ovvero hanno bisogno di una *compliance*; devono essere somministrati attraverso il rapporto con un medico, cosa che non succede. Nei centri clinici non c'è la possibilità per queste persone (come già messo in risalto anche dal dottor Gonnella prima) di avere un rapporto con il medico. Tale rapporto sta alla base delle cure

contro l'AIDS. Queste medicine, ovviamente, devono essere prese a determinati orari e in determinate situazioni. Tutto questo manca, manca completamente. Le persone sieropositive sono un po' allo sbando all'interno del carcere e questo ovviamente non fa altro che peggiorare la situazione interna. Le persone sieropositive non si possono quindi curare decentemente. Ricordo che l'AIDS è una malattia dove la *compliance* sta alla base di tutto. Se non c'è *compliance*, questo virus riprende la sua attività, portando alla morte della persona. Purtroppo oggi di AIDS si muore ancora.

ENZO SAULINO, *Vicepresidente dell'Associazione volontariato «A Roma insieme»*. Vorrei partire da un dato: il 30 aprile 2002 fu insediata una commissione interministeriale per la valutazione della sperimentazione prevista dal decreto legislativo n. 230 del 1999. Io ne feci parte. All'epoca era sottosegretario per la sanità il dottor Guidi e sottosegretario per la giustizia il dottor Valentino. Noi girammo tutta l'Italia, o meglio tutte le regioni d'Italia in cui era prevista la sperimentazione. Alla fine dei suoi lavori, questa commissione produsse una relazione. Ricordo che si trattava di una commissione interministeriale, pertanto al suo interno vi erano rappresentanti sia del Ministero della sanità sia del Ministero della giustizia. Valutammo insieme il fatto che la sperimentazione non era mai iniziata. Non c'era nessun dato di inizio della sperimentazione. Non c'era stato il trasferimento di fondi, condizione preliminare essenziale. Nei pochissimi casi dove c'era stata una disponibilità delle regioni ad integrare, a supportare, con interventi sanitari, le direzioni delle case circondariali, si erano visti dei miglioramenti dell'intervento sanitario. Ma il dato complessivo è che la sperimentazione non era assolutamente iniziata.

In quello stesso periodo accadde un fatto assolutamente singolare: fu insediata contestualmente e contemporaneamente un'altra commissione, una commissione «per il rinnovamento del servizio sanitario penitenziario». Ora, non mi sembra che il

decreto legislativo n. 230 del 1999 facesse riferimento al rinnovamento del servizio sanitario penitenziario, ma invece al trasferimento della sanità penitenziaria all'interno del Servizio sanitario nazionale. Questo fatto ci colpì molto, rispetto alla volontà...

KATIA ZANOTTI. Chi l'ha insediata ?

ENZO SAULINO, *Vicepresidente dell'Associazione volontariato « A Roma insieme »*. Il Ministero della giustizia. La data di insediamento è maggio 2002 (ovvero contestualmente all'insediamento dell'altra commissione), con fine lavori 31 luglio 2002. Il decreto interministeriale di nomina della commissione, la istituisce, lo ripeto, « per il rinnovamento del servizio sanitario penitenziario ». Non siamo mai riusciti a capire il senso di questo fatto. Inoltre, quando finimmo i lavori della nostra commissione, presentando il documento conclusivo, ci fu data assicurazione da parte dei sottosegretari che quel tavolo avrebbe continuato a lavorare. Siamo oggi nel 2004 e non abbiamo più avuto nessuna notizia. Non sappiamo neppure che fine abbia fatto il documento che abbiamo presentato.

Vengo comunque allo stato attuale. Mi riferisco naturalmente allo stato attuale della medicina penitenziaria, perché non c'è stato il passaggio al Servizio sanitario nazionale. Lo stato attuale ci dice che, in questi anni, dal 2000 in poi, vi è stato un 30 per cento di riduzione dei fondi riguardanti il servizio sanitario, la guardia medica, il servizio psicologico, il quale ultimo è assolutamente carente: c'è una riduzione del monte orario riguardanti l'intervento psicologico pari al 30 per cento, rispetto al 2000. Facendo un rapido calcolo, ed essendo il massimo delle ore attribuite ad uno psicologo pari a 60, ridurle del 30 per cento, significa stare sulle 45 ore. Un ammontare di 45 ore al mese per un intervento di supporto psicologico in un contesto come quello penitenziario.

Le problematiche che veniamo ad affrontare giornalmente dentro il carcere,

visto che oltre tutto lavoro anche in una casa circondariale, sono estremamente pesanti.

Le resistenze a questo trasferimento, da parte di alcune corporazioni di medici, non hanno sicuramente agevolato l'intervento sanitario, anzi hanno creato delle complicazioni. Il personale sanitario all'interno del carcere deve lavorare a tempo pieno, deve stabilire con il detenuto, come diceva il dottor Gonnella, un rapporto reale, un rapporto sanitario non mediato dalla presenza della polizia penitenziaria, a cui va peraltro tutta la nostra stima (ci mancherebbe) per il lavoro che fa, ma che non è un organo sanitario. Questo anche per un discorso di *privacy* rispetto all'intervento. Si determinano situazioni, oggi come oggi, di confusione di ruoli e di mansioni.

Non si sa bene ancora come rapportarsi a livello sanitario: ogni tanto ci sono delle convenzioni con strutture ospedaliere. Per quanto riguarda, per esempio, le persone con AIDS conclamato, un carcere modello come il carcere di Rebibbia, nuovo complesso, soltanto cinque mesi fa è riuscito a stipulare un accordo con l'ospedale Spallanzani per garantire gli inibitori della proteasi, farmaci essenziali per la salvaguardia della salute di queste persone, perché fino ad allora ogni tanto si era verificata un'interruzione di queste terapie, con gravissimo nocumento per i detenuti stessi. Sarebbe lungo poi dilungarci sul discorso del disagio psichico e su come si interviene, con l'assenza anche di una programmazione psichiatrica reale.

Per esemplificare la situazione delle carenze e, forse, la mancanza di volontà di attuare il passaggio al Servizio sanitario nazionale, vale la pena di ricordare che l'unico settore (prevenzione e assistenza ai tossicodipendenti) che è stato trasferito funzionalmente dal primo luglio 2000, è passato amministrativamente soltanto il 30 giugno del 2003. Questi sono i dati della regione Lazio, ma sono analoghi ai dati nazionali.

Faccio presente che molti operatori sono ancora in attesa di convenzioni da parte delle regioni, riguardanti i contesti

penitenziari. Qui vi è un altro problema: la mancanza di incentivo e di supporto economico alle persone che lavorano all'interno del carcere. La situazione economica è estremamente disagiata. Faccio presente che la retribuzione oraria di un medico, al lordo, è di 19 euro; ciò significa che è al netto, sì e no, di 11-12 euro. Quella di uno psicologo al lordo è pari a 16 euro. I medici dipendenti all'interno del carcere sono pochissimi. Noi gestiamo un sistema sanitario basato soltanto su rapporti di tipo convenzionale ed a termine, a tempo. La precarizzazione degli operatori sanitari sta determinando una difficoltà di gestione complessiva. Non si riesce a coprire l'arco della giornata, sia in termini di intervento sanitario, sia in termini di supporto psicologico. Rispetto a questo problema, c'è un supporto del terzo settore? Scusate se mi dilungo, ma erano tre anni e mezzo che aspettavo l'opportunità di questa audizione, dal tempo della commissione interministeriale che ho citato.

Il principio che volevamo stabilire, all'epoca in cui abbiamo sostenuto il decreto legislativo n. 230 del 1999, era il diritto alla salute e la terzietà dell'intervento sanitario, all'interno dei parametri di sicurezza delle carceri, che vanno ovviamente rispettati. Ci deve essere tuttavia un rapporto di terzietà; il sanitario deve essere esterno, deve essere terzo al sistema. Se invece è parte integrante del sistema, è condizionato e limitato nel suo intervento.

Questo discorso vale anche per quanto riguarda il profilo della spesa sanitaria. Nelle attuali condizioni, la spesa sanitaria nelle case circondariali è amplificata. Vi invito a controllare il *budget* di ogni casa circondariale: vedrete quali sono le spese affrontate per i parcellisti (persone che entrano una volta e riescono a fatturare in tre ore 2 mila euro!). Questa è la situazione, questo è il contesto in cui stiamo vivendo e stiamo operando.

Vorremmo veramente che ci fosse una risposta seria a garanzia della tutela del diritto alla salute, al fine di assicurare al detenuto le stesse opportunità di cura sanitaria.

GIUSEPPE GIULIANO PRIOLI, *Fondatore dell'Associazione « La Fraternità »*. Sono frate minore da quarant'anni. La mia vocazione è nata in carcere. Come frate dovrei annunciare il vangelo, ma anche denunciare ciò che vedo nelle carceri. In quarant'anni ho girato oltre 200 istituti. Ho fatto una scelta, la scelta di seguire, direi, i più poveri, gli « sfigati », quelli che non hanno voce.

Concordo con quanto è stato detto sul fatto che il servizio sanitario non funziona. Vorrei tuttavia segnalare un altro fatto molto grave. La persona, in carcere, non è più una persona. Visitando le carceri, incontro detenuti che scontano la lunga detenzione senza scambiare una parola con una persona, come sostegno morale. Al di là del bisogno riguardante la salute, una persona ha bisogno di sentirsi appunto persona, di sentire che c'è qualcuno che si ricorda di lui.

Mi reco spesso a visitare questi istituti, dove non è prevista la nostra presenza (noi siamo scomodi probabilmente). Penso spesso alla vita del detenuto, alle sue difficoltà quotidiane legate alla salute, lontano da casa, e valuto il contributo che può offrire la nostra presenza, ancorché limitata temporalmente. Mi chiedo come si possa circoscrivere il contributo che offriamo soltanto a dei giorni dati, o a poche ore durante la settimana, quando, invece, il detenuto vive la propria sofferenza 24 ore su 24 ed ha bisogno di questo sostegno che è addirittura precluso in alcuni istituti. Quanto avviene è molto grave, e sono tenuto a denunciarlo. Non è soltanto il problema, pure evidente e notevole, dei difetti strutturali della sanità penitenziaria, ma si tratta anche della mancanza di un efficace e costante contributo esterno capace di confortare e sostenere la vita del malato. Non esiste nemmeno un carcere dove siamo veramente accolti; in alcuni « si respira »; in nessuno si sta bene. Dentro, vivono persone eppure sembriamo spesso dimenticarlo. Mi sento in dovere di parlare in questo modo, in qualità di fondatore di un'associazione che dal 1968

opera a Verona, pur con mille difficoltà, proprio per tutelare la posizione debole del malato in carcere.

Nonostante i nostri sforzi, debbo rilevare, invece, con rammarico che ogni carcere è un feudo a sé. Mi rivolgo allora anche a coloro che dirigono gli istituti di pena e domando a chi riveste questo ruolo di avere anche una coscienza rivolta a quelle persone altre che vivono all'interno delle strutture carcerarie. Il carcere è società. Vedo qui delle donne che svolgono il loro ufficio in questa sede e il mio pensiero corre alle detenute. Il problema della donna in carcere è particolarmente rilevante, ma spesso viene dimenticato: donne che sono madri, mogli, che sono tutto. Ho assistito a veri e propri drammi ma per comprenderli nella loro entità è necessario vivere dentro una struttura carceraria. Ringrazio Dio che in alcune carceri ci sia consentito entrare e svolgere la nostra « missione francescana », portando persone a vivere insieme ai detenuti per cinque giorni e svolgendo insieme una serie di attività, dall'ascolto all'accoglienza, al confronto.

Ed è questa esperienza che ci consente di toccare direttamente con mano la vita all'interno della struttura carceraria, di comprendere che cosa sia il carcere, a partire dalla semplice condivisione della mensa. Ora mi rendo conto perfettamente di che cosa sia il carcere. Ma ripeto, per averne consapevolezza, è necessario entrarvi.

Oltre al problema strettamente sanitario, voglio dunque portare alla vostra attenzione l'esigenza della nostra presenza negli istituti detentivi, non ad ore o giorni, ma allorché ve ne sia bisogno. Siamo volontari e crediamo in ciò che facciamo; guardiamo alla persona, non al suo colore. Sono anni che svolgo questa attività spostandomi da un carcere all'altro; le persone che ho incontrato non hanno più contatto alcuno con il mondo esterno, e questo è grave. La salute è importante, ma è anche importante capire che nelle strutture carcerarie vivono delle persone: il male non va giustificato, va compreso e questa comprensione è ciò che manca.

Si erigono nuove carceri senza pensare allo spazio nostro e a quello da destinare alle famiglie dei detenuti. A Verona, il primo suicidio è stato un dramma per me. Lo dico perché le nuove strutture che vengono aperte sono disumane, non sono state pensate a misura d'uomo, ed è perciò che ribadisco l'importanza di recarvisi per osservarle. Le strutture di oggi non sono più visibili e sostengo che siano proprio queste ad uccidere; i suicidi continuano per mancanza della nostra presenza. Ritengo, in tal senso, fondamentale la presenza di spazi esterni adeguati, per svolgere la nostra attività di accoglienza. Ne avremmo diritto come comunità esterna, ma quando ne ho lamentato la mancanza si è risposto in senso contrario; in un caso, si giustificava addirittura la sottrazione di uno spazio antistante alla struttura penitenziaria con la destinazione necessaria dello stesso a luogo di addestramento per i cani antidroga. Questo non è ammissibile, perché prima di tutto deve venire la persona. Quanto, poi, alla sicurezza, vorrei sottolineare che è la nostra presenza a garantirla, perché ascoltare un disgraziato con le sue sofferenze costituisce la prima medicina. Invece, i detenuti sono privi della possibilità di venire ascoltati e ciò è gravissimo. Non posso non denunciare quanto avviene e la stessa Chiesa che io rappresento lo deve tener presente, sebbene, spesso, in tali strutture manchi, e ne sia preoccupata. In questo senso si spiega anche la mia lotta tesa ad affermare la presenza della Chiesa nelle strutture carcerarie per tutelare i diritti delle persone detenute. Ricordatevi che è impensabile privare i detenuti di alcune strutture carcerarie del nostro sostegno morale.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE DELLA  
XII COMMISSIONE  
GIUSEPPE PALUMBO

LIVIO FERRARI, *Presidente della Conferenza nazionale volontariato giustizia*. Ringrazio le Commissioni qui riunite in nome della Conferenza nazionale volontariato giustizia che raggruppa tutte le associazioni italiane attive nel mondo delle

carceri anche per tutelare i diritti e la legalità, presenti in tutte le regioni d'Italia. La Conferenza ha stilato nel 1999 un protocollo con il Ministero della giustizia e fa parte della commissione permanente (dello stesso Ministero) per i rapporti con le regioni, gli enti locali e il mondo del volontariato.

Molto è stato detto, per cui mi soffermerò soltanto su alcuni punti fondamentali in modo da focalizzare meglio gli aspetti nuovi o non interamente esauriti.

Dal 2001 al 2003, sono state quasi 500 le persone morte nelle carceri italiane per malasanità o per suicidio. Ciò significa che, mediamente, ogni due giorni, un detenuto muore. Si tratta, nella maggior parte dei casi, di persone giovani, la metà delle quali con meno di quarant'anni di età; questa *escalation* è iniziata a partire dal 1995. 17 mila sono i detenuti tossicodipendenti; 10 mila presentano forme di disagio mentale; altrettanti sono affetti da malattie infettive (epatiti, in particolare); ma — come ricordava il dottor Gonnella prima — nelle carceri stanno ritornando di attualità patologie che credevamo appartenessero al nostro passato (scabbia, tubercolosi, sifilide).

A fronte di ciò, il Ministero della giustizia ha ridotto, di anno in anno, i fondi destinati alla sanità penitenziaria: 16 milioni di euro in meno solo nel 2003, pari al 30 per cento dello stanziamento per il 2002, già ridotto del 20 per cento rispetto a quello dell'anno precedente. Se è vero che lo Stato spende mediamente per l'assistenza sanitaria di ogni detenuto una cifra maggiore di quella spesa per l'assistenza di un cittadino libero, va osservato che la percentuale dei detenuti affetti da una qualunque malattia è molto maggiore rispetto a quella che si registra fra le persone libere; si rileva che spesso il carcere è patogeno esso stesso e aggrava situazioni preesistenti, o ne produce di nuove, mentre la maggior parte dei detenuti è povera, priva di reddito e quindi è nell'impossibilità di curarsi a proprie spese. Così, dai cappellani degli ospedali psichiatrici giudiziari di tutta Italia è ar-

rivata la richiesta di aiuto: a causa del taglio di fondi, mancano, infatti, le medicine e anche le terapie.

Per chi vive un disagio mentale la terapia si chiama soprattutto « lavoro »; chi passa dall'inattività demente di ore trascorse a guardare il vuoto alla capacità di lavorare è già a metà strada. A Reggio Emilia, l'anno scorso, su 227 ricoverati, 54 avevano un'occupazione interna. In questo momento sono solo 9 in tali condizioni, in quanto mancano i fondi per pagarli. Così, un OPG, oltre ad essere un luogo assurdo rispetto alla normativa sulla salute mentale italiana, diviene anche un girone infernale. Il testo unico sugli stupefacenti ha previsto l'istituzione, all'interno delle carceri, di sezioni o interi istituti a custodia attenuata per tossicodipendenti, nei quali realizzare un trattamento specifico intensificato. A quattordici anni dalla legge che le istituisce, le custodie attenuate ospitano soltanto il 10 per cento dei tossicodipendenti detenuti. In alcuni casi, sono state aperte con notevoli investimenti finanziari e chiuse senza una verifica dei risultati ottenuti (è il caso ad esempio di quanto accaduto per la casa di reclusione di Padova). Nel 1989, è stato istituito il presidio « nuovi giunti », che dovrebbe fornire un primo sostegno medico e psicologico alle persone appena arrestate, appunto per prevenire il rischio di suicidi o di gesti autolesivi: eppure, in molti istituti questo servizio non è attivo benché sia proprio nei primi giorni di carcerazione che si colloca la maggior parte dei suicidi.

Servirebbe, quindi, un'indagine approfondita sull'attivazione e il funzionamento dei presidi suddetti. Risulta, ancora, che in molte carceri il dispensario farmaceutico non sia aggiornato con sufficiente frequenza: pertanto, i farmaci somministrati finiscono per appartenere sempre alla generazione precedente rispetto agli ultimi ritrovati della ricerca scientifica, caratterizzati da maggiore efficacia e tollerabilità.

Da ultimo, concordando con quanto è stato sostenuto a proposito della complessità del problema della tutela sanitaria del detenuto, sarebbe fondamentale che i ri-

sultati della vostra analisi toccassero l'edilizia penitenziaria che, nelle sue attuali manifestazioni, deturpa in maniera devastante la psiche delle persone ristrette. Senza elencare le singole ragioni, tengo soltanto ad osservare come la salute sia concatenata a molti altri aspetti (fra' Giuseppe parlava, ad esempio, dell'importanza di strutture di sostegno), tra cui sicuramente rientra anche la componente ambientale, in quanto capace di aggravare certe patologie psichiatriche o psicologiche. Ritengo, dunque, che anche questo aspetto sia fondamentale per delle Commissioni attente alla tutela e alla cura della salute umana.

Infine, la possibilità di accedere a cure specialistiche, nella stragrande maggioranza dei casi, viene frustrata e non concessa, perché il principio applicato è quello di limitare il problema derivante dal trasporto del detenuto fuori della struttura carceraria per motivi di salute e alleggerire di potenziali costi il bilancio della struttura sanitaria nazionale.

Mi rattrista molto che di fronte a problemi così rilevanti per la vita umana, si preferisca guardare al risparmio economico anziché investire nelle persone. Valutazioni di questo tenore sono tristi soprattutto quando i soldi siano necessari per consentire all'essere umano di ritrovare la propria dignità, ancorché questo abbia commesso degli sbagli.

**PRESIDENTE.** Ringrazio gli ospiti per il loro intervento e la disponibilità manifestata. Prima di dare la parola ai colleghi per porre eventuali domande, li invito a contenere i tempi dei loro interventi, per consentire lo svolgimento dei nostri lavori entro i termini previsti.

**KATIA ZANOTTI.** Signor presidente, chiedo che, nell'organizzazione delle audizioni, sia consentito un tempo di interlocuzione con i nostri auditi, trattandosi di problematiche molto serie per le quali si ritiene imprescindibile un confronto ampio e approfondito. Il lavoro di indagine attualmente in corso deve infatti portarci a conclusioni rigorose; ritengo essenziale,

pertanto, che d'ora innanzi, nella programmazione dei nostri lavori, audizioni di questo tipo siano convocate in orari adeguati, per non comprometterne il pieno e puntuale svolgimento.

**PRESIDENTE.** Apprezzo questa precisazione e la richiesta dell'onorevole Zannotti; comprendo perfettamente le osservazioni formulate dalla collega per i tempi ristretti in cui dovrà svolgersi l'audizione odierna, ma le ragioni del mio invito derivano dalla necessità di svolgere i successivi lavori parlamentari. Quanto agli orari delle convocazioni, talvolta, alcune scelte sono dovute alla esigenza di venire incontro anche ai soggetti auditi, in ragione dei fisiologici tempi di spostamento da una parte all'altra del territorio.

**KATIA ZANOTTI.** Comprendo certamente questi motivi, signor presidente. Vengo, ora, agli aspetti che vorrei fossero chiariti: quando fu audito il responsabile del ministero, dottor Ardita, per quanto riguarda la sanità penitenziaria, ci preannunciò la messa a disposizione delle Commissioni di un documento contenente gli esiti della sperimentazione...

**ENZO SAULINO, Vicepresidente dell'Associazione volontariato «A Roma insieme».** Di quale sperimentazione parla?

**KATIA ZANOTTI.** Poiché il dottor Ardita ce ne parlò, significa che di qualcosa si è riusciti a scrivere, dottor Saulino. Poiché, signor presidente, di questa sperimentazione, appunto, abbiamo sentito parlare, pur non avendone mai afferrato l'oggetto, domando se quella documentazione che ci è stata promessa sia stata inviata agli uffici delle Commissioni, e in caso affermativo chiedo che ci venga distribuita.

La solleciterei perché tale documentazione assume certamente importanza rispetto alla nostra interlocuzione.

**PRESIDENTE.** Naturalmente, non appena tale documentazione arriverà verrà messa in distribuzione.

KATIA ZANOTTI. Prendo atto con soddisfazione che gli elementi informativi fornitici oggi dagli auditi sono riassunti nella documentazione scritta consegnata alla Commissione. Questo ci è utile.

Propongo di proseguire la presente audizione in una seduta successiva, dato l'interesse delle notizie fornite dagli auditi.

PRESIDENTE. Onorevole Zanotti, come lei sa, la sua proposta sarà oggetto di valutazione in ufficio di presidenza. In tale ambito, a seconda dell'andamento dei lavori, valuteremo l'opportunità di proseguire o meno l'audizione in altra seduta.

ENZO SAULINO, *Vicepresidente dell'Associazione volontariato «A Roma insieme»*. Data la situazione delle carceri, abbastanza esplosiva, sarebbe utile poter disporre di tempo per concludere la nostra esposizione.

TIZIANA VALPIANA. Propongo di stabilire un metodo migliore per lo svolgimento delle audizioni, in modo da prevedere tempi più congrui. Non possiamo infatti comprimere, per un'audizione di questa importanza, i tempi degli interventi e delle nostre domande.

Il punto da cui partire per affrontare il problema è sicuramente quello economico. Nel momento in cui non c'è un investimento sulla salute in carcere, questo conduce sicuramente a considerare i cittadini che nelle carceri sono ristretti come cittadini «di serie B», che non hanno gli stessi diritti degli altri. Vuol dire anche, evidentemente, avere la consapevolezza che le patologie in questo modo si moltiplicano, sia per le condizioni di promiscuità sempre più evidenti, sia per la situazione di ristrettezza.

Vorrei mettere in evidenza una cosa: credo che ci sia stata la volontà unanime del Parlamento nel prevedere il passaggio della sanità carceraria dal Ministero della giustizia al Ministero della sanità. Penso quindi che il Parlamento stesso debba ribadire questa sua volontà, pretendendo che il passaggio di fatto avvenga. Abbiamo sempre riscontrato molte perplessità e

molta contrarietà da parte di chi amministrava la giustizia, quasi si trattasse di un feudo, di una corte da mantenere, a prescindere dalla efficacia del servizio e dal raggiungimento degli obiettivi di salute. Per questa regione penso sia importante che il Parlamento ribadisca questa volontà ed affermi inoltre il concetto (già peraltro espresso da alcuni degli auditi) che tutto ciò che va oltre la restrizione della libertà personale costituisce una pena aggiuntiva non comminata da alcun giudice e quindi non ammissibile.

Dobbiamo allora riuscire assolutamente ad evidenziare quali possano essere i comportamenti, anche di tipo omissivo o consuetudinario, che aggravano la pena sotto il profilo dell'aumento del rischio per la salute. Penso per esempio a quanto successo qualche mese fa al carcere di Verona, dove si è verificata la rottura dell'impianto di riscaldamento. Il fatto che per tutto il mese di dicembre e di gennaio il carcere sia rimasto senza riscaldamento e senza acqua calda rappresenta evidentemente una pena aggiuntiva che non può essere accettata in un paese civile, ma costituisce soprattutto qualcosa che può aggravare la salute dei cittadini detenuti. Chiedo quindi di appurare quali strumenti noi possiamo esercitare sui direttori delle carceri, rispetto alla gestione, perché tutto ciò che è pena aggiuntiva non comminata non possa più avere diritto di cittadinanza nel nostro paese.

Un altro aspetto, cui in un primo momento non avevo pensato, è quello della influenza determinante dell'ambiente, e quindi dell'edilizia carceraria, rispetto al benessere psicofisico delle persone detenute. Dato che il ministro Castelli ha più volte enunciato la sua idea di costruire nuove carceri per risolvere il problema del sovraffollamento (invece che decidere nuove leggi sul diritto penitenziario in questo paese), credo che dovremmo, nella prossima audizione del ministro o del personale del Ministero della giustizia, sentire anche quali siano gli intendimenti, dal punto di vista architettonico, rispetto alle strutture che si pensa di costruire.

Credo anche che sia necessario e indilazionabile una revisione delle strutture carcerarie esistenti, alcune delle quali vecchissime e fatiscenti. Credo che il problema sia evidente a chi, per esempio, ha visitato il vecchio carcere di Brescia. Sono bisognose di intervento anche le strutture carcerarie nuove, costruite all'epoca dell'emergenza con il criterio proprio delle carceri di massima sicurezza, ma che oggi ospitano, come sempre, i soliti poveracci clandestini, spinti in carcere per il fatto di non aver trovato soluzioni di vita migliori al di fuori. Credo quindi che valutare l'architettura delle carceri costituisca un suggerimento estremamente importante al fine del benessere fisico e psichico dei detenuti.

**PRESIDENTE.** Comunico che, essendo stato posticipato il Comitato dei nove all'ordine del giorno della II Commissione, possiamo proseguire nell'audizione.

**KATIA ZANOTTI.** Ringrazio i rappresentanti delle associazioni qui intervenute che operano nelle carceri. Li ringrazio perché ci offrono un punto di vista diverso da quelli che abbiamo sentito fino ad ora e comunque svolgono una esperienza di volontariato dentro il carcere senza necessariamente avere un ruolo predeterminato da difendere, preservare o valorizzare (come può essere il caso degli agenti penitenziari, dei direttori sanitari, o del ministero, tutti soggetti che abbiamo già auditato). Questa testimonianza, e sollecitazione, ponendo drammaticamente questioni che conosceamo, ma che i loro racconti ci confermano, della situazione carceraria, ci sollecitano a intervenire su questo tema con tutto il rigore necessario.

Sono d'accordo con le questioni che poneva adesso la collega Valpiana. Vorrei citare una mia personale esperienza. Mi è capitato di recarmi al carcere di Bologna e di parlare con la direttrice. Mi sono sentita dire che durante il periodo delle festività di Ferragosto e durante il periodo estivo la medicina specialistica è abbandonata, persino essere curati dal dentista diventa un problema; inoltre, i farmaci

vengono portati nel carcere solo grazie alla disponibilità soggettiva di chi vi si reca (di qualche medico). Basta questa informazione per dire che in quel carcere vi è una situazione insostenibile, per dire che il nostro sforzo nel cercare di affermare una serie di diritti alla salute per i detenuti come per tutti gli altri cittadini, questo lavoro che ci sembrava riguardare una cosa persino scontata ha bisogno invece di essere ulteriormente rafforzato. Emerge una serie di situazioni a cui ognuno di noi può arrivare pensando al fatto che ci sono ristrettezze economiche, che non c'è il personale adeguato, che il personale infermieristico è ridotto, e via dicendo.

Mi chiedo quale fine abbia fatto il fantasma della sperimentazione, poiché noi, ad oggi, non disponiamo di alcuna documentazione. Le notizie forniteci durante l'audizione del dirigente ministeriale davano tutto sommato l'impressione di un impegno avviato: sembrava che, malgrado il problema economico, vi fosse un investimento in termini di risorse umane e di organizzazione all'interno della stessa struttura carceraria. Dopodiché ci ritroviamo sempre fermi al punto della sperimentazione, che non è decollata, che non è partita. Tuttavia dovrebbe esistere questo documento cui si fa riferimento nell'audizione con il rappresentante del ministero. Proprio partendo da questo dato mancante della sperimentazione, propongo di cominciare ad abbattere tutte le barriere ideologiche sul tema della sanità penitenziaria, per tornare nuovamente a ragionare. Bisogna sgombrare il campo da parzialità e divisioni, determinate da certe pregiudiziali, ritornando alla concretezza dei temi che sono stati posti anche oggi.

Condivido molte delle valutazioni formulate dal portavoce dell'associazione Antigone, con particolare riferimento all'ipotesi di sottrarre il diritto alla salute del detenuto dalla medicina penitenziaria, per riconfigurarla, più compiutamente, all'interno del Servizio sanitario nazionale. Peraltro, qualora ciò si verificasse, verrebbe anche conseguito l'ulteriore obiettivo di liberare l'intervento sanitario negli istituti di pena da una serie di condizionamenti

determinati sia dal personale che vi lavora, sia dalle aspettative che lo stesso recluso spesso nutre nei confronti del personale medico, il quale potrebbe incidere — mediante certificazione clinica — sulla permanenza in carcere del primo. Alla luce di ciò, ritengo sia importante avviare le nostre valutazioni proprio a partire da questa importante considerazione ed è con questo auspicio che esaminerò la documentazione distribuitaci nel corso della seduta odierna, a proposito delle problematiche dibattute. Quanto alle domande da porre ai nostri ospiti, concordo con la richiesta di approfondimento e di ulteriori chiarimenti avanzata dall'onorevole Valpiana.

GIACOMO BAIAMONTE. Signor presidente, sarò molto breve. Ho ascoltato con interesse tutti gli intervenuti, perché il problema carcerario è veramente serio. Nella scorsa legislatura mi sono interessato al problema (presentando anche un'interrogazione a risposta immediata in merito), principalmente per le condizioni di promiscuità tra gli ammalati — soprattutto di AIDS — dentro gli istituti detentivi e le guardie carcerarie, sottoposte al rischio di contrarre quel virus e, come tali, potenzialmente capaci di esportare all'esterno le conseguenze di una situazione simile. Il pericolo di contaminazione a cui sono esposti questi operatori, a contatto costante con ammalati di AIDS, immunodepressi, tubercolotici, è molto alto e preoccupante; diviene, pertanto, prioritario intervenire in modo efficace e deciso. Quanto alla riforma sanitaria varata nella scorsa legislatura, non sono d'accordo con chi ne sostiene l'attuale mancata attuazione. A costoro rispondo, piuttosto, che quella riforma ha rappresentato un autentico fallimento su tutto il territorio nazionale e la drammaticità delle situazioni di cui si discute oggi viene a darcene conferma.

Si pone un reale problema di spesa, questo è vero, sebbene gli aspetti da valutare siano plurimi. Infatti, da un lato non si può disconoscere la ragione di uno Stato chiamato a bilanciare, in tutto il

territorio, le risorse esistenti; dall'altro, dobbiamo comunque riconoscere le istanze di coloro che — per poter agire — necessitano dell'erogazione di fondi pubblici.

Tuttavia, a mio parere, se errore vi è stato, questo lo si è compiuto proprio approvando quella riforma sanitaria che intendeva concedere tutto a tutti, quando invece occorre massimizzare soprattutto le iniziative a favore dei deboli, senza fare demagogia. Non è concepibile limitare la portata del problema, richiamando il fatto che la Costituzione sancisce il diritto alla salute e ne riconosce la titolarità in capo a ciascun cittadino: non tutti i cittadini, infatti, possono essere uguali davanti allo Stato, proprio in ragione delle differenze di reddito esistenti. È necessario, quindi, rivedere il sistema complessivo — ivi inclusa la tutela sanitaria dei detenuti —, in modo tale che i percettori di redditi bassi ottengano, da parte dello Stato, il legittimo sostegno di cui hanno diritto.

Non è possibile valutare come equivalenti tutte le condizioni; soprattutto, occorre misurare l'azione pubblica dinanzi ad un cittadino che, pur disponendo di mezzi spropositati e potendo far fronte alle spese per la propria cura, fruisca egualmente dell'assistenza sanitaria nazionale, distraendo, così, risorse fondamentali che dovrebbero essere diversamente impiegate a tutela delle fasce deboli.

Dobbiamo essere onesti con noi stessi e realisti, e non fare demagogia.

GIULIO CONTI. Ritengo necessario affrontare una serie di questioni particolarmente rilevanti, soffermandomi soprattutto sui profili più critici e seri del problema in esame. In modo specifico, pare necessario chiarire alcuni aspetti relativamente al problema dell'AIDS nelle carceri.

Ne ho visitate molte e ho appreso che numerosi detenuti, una volta usciti, in ragione delle norme attualmente in vigore a favore dei malati di questo virus, chiedono nuovamente di rientrare all'interno delle strutture penitenziarie, per ottenere quel minimo di assistenza che — al-

l'esterno — il sistema nazionale non sembra garantire. Questa è chiaramente una situazione paradossale, che ho verificato personalmente, sia nel carcere di Regina Coeli di Roma, sia in altri istituti, comprese le supercarceri. Non possiamo pensare che un malato cronico di AIDS, invece di uscire dal carcere e trovare all'esterno sistemi e garanzie di cura e sostegno adeguati, sia costretto a vivere in condizioni addirittura di maggior incertezza, spesso incontrando il rifiuto dei familiari e delle stesse strutture sanitarie del sistema nazionale, restie a farsi carico di una ospedalità da protrarre sino alla morte del malato.

Reputo essenziale riflettere, quindi, su tale problema, e meditare sull'introduzione di istituti di accoglienza capaci di rispondere a questi bisogni. Non è pensabile neppure dar vita ad un ospedale speciale per i malati di AIDS come a Roma, perché gli affetti da questo male sono a migliaia. Il discorso è dunque ben più ampio; vi è un problema di contenibilità dei malati da affrontare quanto prima, ed in modo radicale. Se non vogliamo intervenire in questo senso, non ci resta che far rivivere gli antichi lazzaretti, abbandonandovi i malati a loro stessi, senza che nessuno se ne occupi più. Ho avuto modo di vedere malati di AIDS ricoverati in RSA, dove si trattengono finché la loro malattia non è scoperta dagli altri pazienti.

Siamo dinanzi ad un problema così fondamentale e serio da non poter essere affrontato con i soliti strumenti demagogici; alla luce di ciò, occorre, pertanto, un intervento deciso che si proponga anche di apportare modifiche alla legislazione in vigore e da me condivisa soltanto in parte. Il difetto della disciplina attuale, infatti, sta proprio nella mancata previsione di strumenti di sostegno e misure di garanzia a tutela del malato successivamente alla sua uscita dalla struttura carceraria. Sicuramente, dobbiamo anche affrontare un problema di costi; del resto, l'intero Sistema sanitario nazionale è afflitto dall'irrisolta questione delle risorse finanziarie. In questo caso, si tratta di perseguire

l'obiettivo di tutela della salute — che è fondamentale —, indirizzando adeguatamente le iniziative e sfruttando in modo oculato le risorse, così da evitare qualsiasi forma di spreco che spinga i costi ad aumentare furiosamente.

Quanto al problema dei farmaci, questo dipende molto dalle scelte del medico del carcere il quale non può prescrivere, per assicurare un risparmio all'istituto e al Sistema sanitario nazionale, farmaci dal costo più contenuto a prescindere dalla loro effettiva efficacia rispetto a determinate patologie. Né è pensabile che un medico possa permettersi di non prescrivere ansiolitici o antidepressivi in ragione di un ipotetico distorto uso degli stessi ad opera del detenuto (per motivi, ad esempio, di tossicodipendenza). Prassi di questo tipo sono interamente contestabili e del tutto grottesche. Quanto al modo per stabilire il farmaco migliore, a mio parere, occorre innanzitutto non imporre obbligatoriamente la prescrizione di farmaci di fascia C per le malattie di un certo peso, che possiamo invece considerare malattie di prima fascia. Mi sembra una grande contraddizione della sanità italiana.

Venendo, poi, all'architettura carceraria, ritengo che la soluzione di questo problema sia un sogno. Basti pensare al fatto che, in molti ospedali pubblici, ancorché nuovi, come ad esempio quello della mia città, il reparto della cardiologia di urgenza si trova ubicato al quinto piano della struttura: a mio parere, l'autore del relativo progetto architettonico dovrebbe essere immediatamente arrestato, senza esitazione, solo considerando che un minuto di attesa può provocare la morte del paziente. Ad ogni modo, un problema così complesso non può essere esaurito nel corso di una sola audizione, dovendo semmai costituire oggetto di un dibattito molto più ampio e ripetuto. Nel caso degli Stati Uniti — che noi, purtroppo, tendiamo ad imitare solo nei casi più sbagliati — questo problema è stato affrontato in modo più convincente, quanto meno nel caso nell'ospedalità privata (in quella pubblica la situazione appare drammatica quanto quella italiana).

Vengo, infine, al problema della maternità e del suo rapporto con il carcere. Si tratta, anche in questo caso, di una questione particolarmente difficile da risolvere e molto delicata. Dopo due, tre anni che la madre è in carcere, si procede ad avviare le procedure di affidamento del bambino, conformemente a quanto stabilito dall'autorità giudiziaria, deputata ad individuare anche il soggetto affidatario. Spesso si creano delle situazioni veramente drammatiche e grottesche come nel caso, a cui ho assistito personalmente, di un bambino di colore che il giudice non voleva affidare a una coppia semplicemente perché si trattava di una coppia di bianchi. Ricordo che quel caso fu oggetto anche di trattazione in seno a questa Commissione e certo non si può disconoscere la gravità di fenomeni simili. Anche questo settore necessiterebbe di un intervento normativo che ponga limiti e garanzie effettive di tutela del bambino e della madre.

L'ultimo punto riguarda la figura del medico carcerario: ho sempre sostenuto che il medico operante in un istituto con un certo consistente numero di carcerati, debba essere un medico « del carcere » con un trattamento adeguato, per evitare che questi, accanto all'attività svolta nella struttura detentiva, ne eserciti una anche all'esterno, come spesso succede. Reputo, anche in tal caso, essenziale intervenire con necessarie riforme normative in modo tale da rivedere il rapporto tra medico e struttura detentiva, così che ad ognuna di queste corrisponda un proprio medico di riferimento.

**TIZIANA VALPIANA.** C'è sempre il medico di base...

**GIULIO CONTI.** Lo so, ma non è sufficiente. Sono un medico anch'io, del resto. Un tempo, andavamo ad operare anche presso i manicomi, ma ciò non sposta la gravità del problema perché il medico di base non può esaurire i problemi della struttura carceraria; d'altra parte, il numero dei pazienti che gli sono affidati è talmente elevato da risultare difficilmente

conciliabile questo tipo di attività con quella svolta all'interno degli istituti detentivi. A queste condizioni, infatti, il medico non potrebbe rispondere tempestivamente alle esigenze che dal carcere provengono, e ciò assume maggiore rilevanza nel momento in cui molte di quelle morti — di cui ho sentito parlare anche in questa sede — avvenute all'interno delle strutture carcerarie sono dovute proprio a motivi di assistenza medica che non è stata prestata in modo tempestivo. Rispetto a ciò, rispondo che è necessario non considerare più il paziente detenuto come un malato di seconda categoria. Reputo, inoltre, fermamente che questo problema possa essere affrontato con la partecipazione e la volontà sia del Ministero della giustizia sia degli operatori del carcere, e non solo delle associazioni di volontariato, le quali esprimono certamente le migliori idee, dal punto di vista sociale e solidaristico, ma che, da sole, non sono in grado di rispondere a questioni simili. Sarebbe auspicabile, piuttosto, un concorso di volontà da parte dei soggetti chiamati ad operare nelle carceri, che purtroppo, però, sovente manca.

**TIZIANA VALPIANA.** Sarò brevissima, signor presidente. Vorrei mi si chiarisse un punto sul volontariato, per capire se questo sia ammesso anche negli istituti giudiziari.

**PRESIDENTE.** Do ora la parola ai nostri ospiti per le repliche.

**ENZO SAULINO, Vicepresidente dell'Associazione volontariato « A Roma insieme ».** Risponderò alle domande postemi come operatore penitenziario, soggetto che lavora nel carcere. Quando si parla della mancata attuazione della riforma o del suo fallimento, io mi chiedo di quale riforma si tratti, perché non riesco proprio a capirlo. Abbiamo dimostrato ampiamente che sperimentazione non vi è stata...

**GIACOMO BAIAMONTE.** Si parla della riforma Bindi...

ENZO SAULINO, *Vicepresidente dell'Associazione volontariato «A Roma insieme»*. Ho esaminato la legge: sulla base delle disposizioni normative la sperimentazione avrebbe dovuto rappresentare una condizione di valutazione, ma dalla sua mancanza non avrebbe dovuto derivare l'inattuazione della legge stessa. Ho letto bene il testo normativo, perché lavoro in carcere ormai da molti anni ed era nel mio interesse aggiornare le conoscenze in materia. Vorrei, pertanto, che mi si spiegasse quando è stata attuata la riforma Bindi: di questa risposta sarò molto grato, perché tale delucidazione costituirebbe un dato importante anche per il mio lavoro. Da parte mia, però, non mi pare, lo ripeto, che attuazione vi sia stata.

Quando si parla di diritto alla salute, ci riferiamo a principi universali, che sono gli stessi applicati dallo Stato italiano all'esterno. Lavoriamo in carcere da un periodo sufficientemente lungo per comprendere le situazioni difficili che lì si verificano, vivendo giornalmente quanto vi accade. In questo senso, vorrei che una delegazione delle Commissioni qui riunite si recasse a verificare direttamente lo stato delle strutture carcerarie, per capire la gravità del problema.

Escludo pure che questa riforma sia rimasta inattuata a causa di problemi di spesa: se così fosse, per quale motivo, allora, un carcere come Rebibbia (nuovo complesso) fino a tre anni fa — avendo il Pertini, un ospedale pubblico, a 300 metri di distanza in linea d'aria — affidava le analisi cliniche ad un laboratorio privato, quando, ripeto, esisteva una struttura pubblica? Come contribuente mi domando per quale motivo si ammetteva quel passaggio.

Per quale motivo si chiama un parcellista esterno, quando si potrebbe prevedere (se la riforma Bindi fosse attuata) una persona di ruolo, pagata dallo Stato mensilmente, che faccia l'infettivologo a tempo pieno dentro il carcere? Perché si richiede lo specialista esterno pagato a parcella? Perché in due ore si fanno 40 visite? Mi potete spiegare come sia possibile questo? Sto parlando di fatti, non

sto facendo demagogia o retorica. Si tratta di dati incontrovertibili che possono essere verificati in qualsiasi momento. Scusate la mia emotività.

LIVIO FERRARI, *Presidente della Conferenza nazionale volontariato giustizia*. Il volontariato è presente in tutte le carceri, salvo alcune dove viene ancora osteggiato e pertanto i volontari non possono entrare. Dico questo per rispondere al quesito dell'onorevole Valpiana. Nella seduta odierna ho sentito parlare solo di servizi sanitari per detenuti adulti; ricordo tuttavia che esistono anche le carceri minorili, sebbene in esse la detenzione sia meno pesante.

Penso ad esempio all'istituto di Casal del marmo, dove l'anno scorso, su un totale di sei psicologi, ne sono stati «tagliati» cinque. È rimasto pertanto un solo psicologo. Tutto questo in un quadro complessivo dove si assiste ad una sorta di lotta fra poveri.

In questo contesto vorrei altresì segnalare l'attuale grave stato di degrado degli ospedali psichiatrici giudiziari, che come tutte le altre strutture psichiatriche in Italia avrebbero dovuto conformarsi a quanto previsto dalla cosiddetta legge Basaglia, mai applicata invece dentro le carceri. Le persone in carcere vivono quindi una situazione pesantissima, più pesante degli altri, della quale la vostra Commissione credo dovrebbe adeguatamente tenere conto.

PATRIZIO GONNELLA, *Coordinatore nazionale dell'Associazione Antigone*. Vorrei rapidamente segnalare all'onorevole Valpiana che ha posto il quesito che, per quanto riguarda l'edilizia penitenziaria, vi è stata una relazione da parte del competente dipartimento ministeriale (Tinebra l'ha recentemente consegnata). Dalla stessa però si evidenzia che non ci saranno di fatto nuovi istituti (ne sono previsti solo tre) per la ragione, ovviamente, che le risorse non sono sufficienti. Segnalo però che noi contestiamo il principio di fondo secondo cui l'edilizia penitenziaria sarebbe un fattore di contenimento del sovraffol-

lamento. Rinviamo in proposito a valutazioni del Parlamento europeo e del Comitato europeo per la prevenzione della tortura, in base alle quali si afferma che l'edilizia penitenziaria favorisce la crescita della popolazione detenuta.

Fu lo stesso presidente Pecorella, che io ho sentito in un'altra circostanza, a riportare l'esempio della sua città (cioè di Milano), dove, man mano che aumentano i detenuti, aumentano le carceri; siamo arrivati fino al carcere di Monza, il quale costituisce di fatto il quarto carcere milanese.

GIUSEPPE GIULIANO PRIOLI, *Fondatore dell'Associazione « La Fraternità »*. Per quanto riguarda il carcere di Padova, 700 detenuti definitivi sono in attesa delle misure alternative al carcere: permessi, affidamento esterno, semilibertà. Abbiamo solo tre educatori in quel carcere. Ci sono pertanto dei detenuti che aspettano anche due anni per ottenere un documento di sintesi. Siamo preoccupati della sicurezza e non della carenza dei operatori. Se il loro numero fosse adeguato, essi potrebbero esaminare tutti i singoli casi, e quindi i detenuti potrebbero, se ne ricorressero le condizioni, accedere ai benefici alternativi alla detenzione. La regione Piemonte, ad esempio, ha inserito alcuni suoi operatori all'interno degli istituti carcerari. Potete comprendere quale potenziale violenza possa esserci all'interno di un carcere quando i detenuti sono costretti ad aspettare un colloquio con lo psicologo o con l'educatore, per poter avere il beneficio del trattamento alternativo alla carcerazione.

Quando mi reco in queste carceri, ne esco molto colpito. È una ingiustizia, sono cose disumane. Siamo preoccupati per la sicurezza e non prestiamo la dovuta attenzione ai detenuti che avrebbero titolo per uscire dal carcere. Mi riferisco anche

alle donne detenute. Conosco una detenuta, la quale sta aspettando da due anni un documento di sintesi, solo perché è straniera. Essa è in carcere con un bambino. Questo è disumano. Sono situazioni da denunciare.

Vorrei segnalare un altro problema, di cui non penso siate a conoscenza: occorrono delle strutture dove ricevere i detenuti in permesso. Nel mio convento, io ricevo in permesso detenuti provenienti da tutta Italia. Dovreste preoccuparvi anche di questo: se un detenuto ha bisogno di una struttura dove poter soggiornare durante il suo permesso, bisognerebbe occuparsi di individuarla. Se non ha dove andare, il detenuto deve rimanere in carcere. Anche questo fenomeno costituisce una ulteriore violenza. Vi inviterei quindi a frequentare le carceri e a parlare con i detenuti.

PRESIDENTE. Le faccio presente che i membri di queste Commissioni, chi più chi meno, hanno tutti visitato le carceri.

GIUSEPPE GIULIANO PRIOLI, *Fondatore dell'Associazione « La Fraternità »*. Per quanto riguarda infine il carcere minorile di Treviso, esso, per le sue condizioni, dovrebbe essere chiuso.

PRESIDENTE. Non essendovi altri interventi, ringrazio gli intervenuti.

Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 12,35.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

---

*Licenziato per la stampa  
il 24 maggio 2004.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO