

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE
DELLA XII COMMISSIONE
FRANCESCO PAOLO LUCCHESI

La seduta comincia alle 19,30.

(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 della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del direttore del Dipartimento sociale della regione Lazio e di rappresentanti dei Servizi tossicodipendenze (SERT).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria, l'audizione del direttore del Dipartimento sociale della regione Lazio, dottor Salvatore Cirignotta, e dei rappresentanti della Federazione italiana degli operatori dei dipartimenti e dei Servizi tossicodipendenze, Federserd, nell'ordine: dottor Alessandro Coacci, direttore del Dipartimento delle dipendenze della AUSL n. 9 di Grosseto; il dottor Alfio Lucchini, direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Milano 2; il dottor Bernardo Grande, direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Catanzaro; il dottor Giorgio Serio, responsabile del Dipartimento delle dipendenze patologiche della AUSL di Palermo; il

dottor Claudio Leonardi, direttore della UOC prevenzione e cura delle tossicodipendenze ed alcolismo ASL di Roma C.

Do immediatamente la parola ai nostri illustri ospiti affinché svolgano i loro interventi.

ALESSANDRO COACCI, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della AUSL n. 9 di Grosseto.* Ringrazio il presidente e le Commissioni qui riunite per averci offerto la possibilità di essere ascoltati in questa sede. La regione toscana è stata tra le prime, in Italia, a sperimentare il passaggio delle competenze della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale.

In tre anni di sperimentazione, si è provveduto a mettere a punto una serie di procedure capaci di fronteggiare piuttosto agevolmente il passaggio degli organici della medicina penitenziaria alle ASL; tuttavia, permane, allo stato, un problema di notevole rilievo, ancora irrisolto, rappresentato dal difetto di risorse economiche; infatti, accanto al trasferimento di organico, non si è riscontrato un complementare trasferimento delle competenze finanziarie necessarie alle aziende interessate e, senza alcun dubbio, questo rappresenta il nodo più significativo da sciogliere.

Da parte nostra, abbiamo tentato di rispondere a questa disfunzione mediante la stipulazione di convenzioni; il trattamento economico del personale interessato, precedentemente retribuito dal Ministero della giustizia, è stato dunque « assorbito » dalle aziende sanitarie locali, sebbene, al momento, per le menzionate carenze, si trovi a percepire retribuzioni sotto costo, restando soggetto a trattamenti economici non equiparabili a quelli del personale operante nelle aziende stesse. Ricordo che la Toscana si articola in 11

dipartimenti, che conosco personalmente: in particolare, nell'area di cui mi occupo esiste una struttura carceraria a custodia attenuata — modello piuttosto innovativo — e anch'essa soffre, per l'appunto, di gravi problemi « budgettari ».

ALFIO LUCCHINI, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Milano 2*. Signor presidente, mi sia consentito svolgere una breve analisi sui profili attuativi del decreto legislativo n. 230 del 1999, rispetto alla medicina penitenziaria, con particolare riferimento alla regione Lombardia.

Nell'aprile 2003, è stato siglato un atto di intesa firmato dal presidente della regione e dal Ministero della giustizia, sulle modalità ed i processi da porre in essere onde consentire il passaggio delle competenze previste dalle disposizioni che ho richiamato. I primi interventi hanno riguardato alcuni profili specifici di attuazione, ovvero la materia delle tossicodipendenze e le misure di prevenzione. Sotto questo punto di vista, non posso che ripetere quanto precedentemente evidenziato dal collega Coacci, presidente di Federserd: non sussistono problemi di integrazione funzionale tra presidi tossicodipendenze ed esperti dei presidi, da un lato, ed attività svolte all'interno o all'esterno del carcere mediante i SERT e i costituiti dipartimenti delle dipendenze, dall'altro. L'integrazione è anzi evidente e sotto alcuni profili è stata anche semplice, avvenendo nell'interesse complessivo del detenuto e della sua riabilitazione.

Il reale nodo da sciogliere riguarda, invece, il completamento delle procedure di assegnazione economica. Allo stato attuale, in Lombardia, sono state, in ogni caso, le aziende sanitarie locali, su disposizione regionale, in fase transitoria — che si concluderà in data 31 dicembre 2004 —, ad assumersi gli oneri finanziari correlati al trasferimento di personale degli ex presidi tossicodipendenze (psicologi, criminologi, medici ed infermieri).

Sotto il profilo tecnico, invece, non si pongono problemi di rilievo, mentre reputo indubbio il beneficio complessivo per

la tutela della salute scaturente dall'attuazione delle disposizioni normative intervenute in materia. Ovviamente, più complesso appare il tema generale del passaggio dell'insieme della medicina penitenziaria con tutte le sue componenti. Da questo punto di vista, in Lombardia, si è provveduto mediante la costituzione di tavoli di valutazione dedicati alla trattazione di taluni aspetti della farmaceutica, della diagnostica e della specialistica; ricordo, peraltro, che la presenza in Lombardia di carceri di notevole rilievo, anche « clinicizzate », come la struttura di Opera, che insiste sul territorio del mio dipartimento, comporta costi non indifferenti per la regione. Nonostante i profili problematici affrontati, comunque, il parere mio e della federazione di cui sono segretario nazionale, resta univoco: riteniamo che il percorso di integrazione con il territorio, per il quale le strutture sanitarie rappresentano uno strumento essenziale di tutela e organizzazione, debba spingersi sino ad abbracciare l'insieme della medicina penitenziaria, per garantire la migliore e piena protezione del cittadino detenuto.

Penso che non sia peregrino affermare che una sanità diretta dal direttore sanitario della ASL possa essere assai più attenta alla visione complessiva della tutela della salute di quella con varie competenze, tra cui quelle puramente organizzativo-amministrative dei direttori delle carceri. Quindi, la nostra posizione è quella di una totale integrazione sul territorio dell'insieme della medicina penitenziaria.

BERNARDO GRANDE, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Catanzaro*. Ho portato alcuni documenti, prodotti da un gruppo di lavoro tecnico interregionale in seno alla regione Veneto, che possono dare alle Commissioni il quadro della situazione nazionale ed i relativi costi. Tale quadro fornisce indicazioni sia sull'attenzione che le regioni hanno evidenziato in materia sia sulle modalità di sanatoria per quanto riguarda il personale medico, infermieristico e gli psicologi, nonché i costi relativi al 2003 e al 2004. Al

2004 i costi per risolvere questo problema, con un riferimento più elevato rispetto alle tariffe del Ministero della giustizia, ammonterebbero a 7 milioni 119 mila euro ed avrebbero la copertura per tutto il territorio nazionale.

Quindi, approvando la parte finanziaria di questo documento, la situazione delle dipendenze potrebbe essere risolta, ma vi è anche la parte che rispecchia la carenza di personale dei SERT, almeno nella realtà calabrese, per l'assistenza dei detenuti tossicodipendenti. Ultimamente nella mia regione un dirigente dell'assessorato alla salute ha prodotto un documento, contrariamente agli indirizzi presi in Conferenza Stato-regioni, con il quale dal 1° gennaio 2004 si assegnava ai servizi per le tossicodipendenze la gestione *in toto* dei detenuti tossicodipendenti e alcolisti. Ovviamente, tutto ciò ha comportato uno sconvolgimento degli equilibri precedentemente assunti con l'impegno da parte delle regioni di gestire ed assegnare personale ai SERT, con delle convenzioni per il personale intramurario delle tossicodipendenze che ha concluso la sua attività al 31 dicembre 2003.

Nel giugno dello scorso anno la regione ha prodotto un documento sugli accordi tra la presidenza della giunta regionale della Calabria e il sottosegretario per la giustizia, onorevole Santelli, ma, di fatto, solo una sua parte è stata realizzata. Le aziende sanitarie della Calabria hanno erogato gratuitamente la parte specialistica e diagnostica a tutti i detenuti, tossicodipendenti e non, ristretti negli istituti della regione, ma successivamente, ad avvenuta comunicazione al Ministero della giustizia, quest'ultimo ha pensato bene di tagliare i fondi che erano stati assegnati per l'anno in corso ai vari istituti di pena. In questo modo alcune competenze, che non rientravano specificatamente nel protocollo di intesa con il Ministero della giustizia, sono rimaste sospese e, quindi, non si è potuto dar luogo ad interventi sanitari e di tutela della salute sui soggetti detenuti.

Concordo pienamente con il collega Lucchini. La gestione della sanità peniten-

ziaria all'interno delle aziende sanitarie sarebbe la soluzione, così come previsto nel decreto legislativo n. 230 del 1999, rispetto al dogma riguardante la sanità penitenziaria; tra l'altro, il personale operante all'interno del carcere ha due o tre incarichi all'interno dell'azienda sanitaria territoriale, opera sulla base di una convenzione con la struttura penitenziaria ed è un dirigente o un infermiere dipendente dell'azienda sanitaria competente per quella determinata area territoriale. Si tratta di un problema che bisogna risolvere immediatamente. Per quanto riguarda i SERT della regione Calabria, dal 1° gennaio 2005 non garantiranno più l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti.

GIORGIO SERIO, *Responsabile del Dipartimento delle dipendenze patologiche della AUSL di Palermo*. In Sicilia la situazione è ancor più problematica perché non sono stati emanati i decreti attuativi. Essendo una regione a statuto speciale, il decreto legislativo n. 230 del 1999 non è stato ancora applicato. Sono in corso delle riunioni ed entro metà ottobre dovrebbe esserci l'ultima a Roma per cominciare a preparare i documenti. Quindi, di fatto negli ultimi anni si è realizzato un passo indietro. Si è garantito con notevole ritardo il pagamento delle spettanze a quei professionisti che erano in carico al Ministero della giustizia e che ancora non sono transitati nel Sistema sanitario nazionale per una questione di retribuzioni, così diverse tra il Ministero della giustizia ed il sistema sanitario, che non vengono applicate.

Quindi, la situazione è ferma e, di conseguenza, è andata peggiorando sia per l'entità della popolazione carceraria siciliana sia per l'incidenza della tossicodipendenza. I servizi sanitari continuano a fornire prestazioni di natura istituzionale e, quindi, sono abbastanza saltuari o senza l'assiduità che meriterebbero carceri, come quello di Palermo, che hanno un migliaio di detenuti. Il problema centrale è quello del costo dell'assistenza farmaceutica ed è uno scoglio che ancora non è stato superato. Per noi i costi sono molto

elevati ed esiste un vero e proprio braccio di ferro nel decidere chi debba stanziare i soldi. Il Ministero dell'economia è stato coinvolto assieme a quello della salute e della giustizia perché la regione Sicilia ha avanzato una discreta richiesta economica di almeno un milione e mezzo di euro: quindi, per ora la situazione è molto precaria.

CLAUDIO LEONARDI, *Direttore della UOC prevenzione e cura delle tossicodipendenze ed alcolismo della ASL di Roma C.* Posso parlare a nome di tutti i professionisti dei SERT della regione Lazio, non fosse altro perché da alcuni mesi ci riuniamo almeno una volta al mese per stilare delle linee guida, almeno per quanto riguarda la regione Lazio, sul trattamento dei tossicodipendenti all'interno degli istituti penitenziari. Quindi, sulla base di questa esperienza comune posso dire che una prima criticità è rappresentata dalla mancata o dalla scarsa integrazione tra il carcere e i servizi dei tossicodipendenti — cioè tra gli operatori dei SERT e quelli degli istituti penitenziari —, nonché dalla scarsa ed inadeguata accettazione di tutte le terapie farmacologiche, soprattutto quelle sostitutive, che normalmente vengono eseguite all'interno delle strutture sanitarie per tossicodipendenti e che ancora non sono state del tutto accettate all'interno degli istituti penitenziari; quindi, al loro interno molto spesso si accettano e si subiscono i trattamenti sostitutivi perché previsti dalla normativa vigente. Manca una formazione comune perché i nostri colleghi che lavorano all'interno degli istituti penitenziari sono scarsamente preparati sul problema della tossicodipendenza e, viceversa, noi che entriamo all'interno degli istituti penitenziari conosciamo le realtà e gli approcci scientifici che possono essere più adeguati per il trattamento dei tossicodipendenti o di altre patologie all'interno degli istituti penitenziari.

Quindi, manca — diciamo così — un lavoro di équipe, di formazione multidisciplinare. Gli organici degli uni e degli altri, anche se completamente integrati, in

alcune situazioni sono del tutto insufficienti perché a Roma vi sono degli istituti penitenziari — basti pensare a Regina Coeli o a Rebibbia — che per il numero di tossicodipendenti che accolgono possono tranquillamente essere considerati dei SERT ad alta utenza. In questo caso, quindi, è necessario un organico che per il Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 e lo stesso regolamento n. 444 del 1990 non deve essere inferiore alle 25-30 unità per istituto penitenziario.

All'interno delle strutture carcerarie vi è poi mancanza di attrezzature e di sale comuni dove poter accogliere e curare i tossicodipendenti sia da un punto di vista sanitario sia da un punto di vista pedagogico. Gli operatori dei servizi affrontano le problematiche all'interno degli istituti penitenziari, ma molto spesso sono costretti a portare il lavoro — diciamo così — fuori dagli stessi.

L'ultimo problema — non sicuramente per importanza — è legato alla mancanza di fondi, di risorse finanziarie che possano adeguatamente sopperire a quelle criticità che ho appena esposto.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore del Dipartimento sociale della regione Lazio.* Signor presidente, se può essere utile vorrei precisare che per sei anni ho diretto la sanità penitenziaria e negli anni scorsi sono stato consulente dell'amministrazione penitenziaria per quanto concerne i problemi relativi alla riforma della sanità; quindi, in questa situazione, mi vedo un po' come Giano bifronte. Stante il tema dell'audizione credo di dovermi soffermare sul problema relativo all'attuazione del decreto legislativo n. 230 del 1999 sulle sperimentazioni. Nelle regioni in cui si è sperimentato, sostanzialmente ciò che è transitato, pur con i problemi sollevati anche in precedenza, è l'assistenza ai tossicodipendenti. Tuttavia tale assistenza, che il decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 già prevedeva in capo ai SERT anche in ambito penitenziario e che ha trovato più ampia attuazione nel decreto legislativo n. 230 del 1999, è stata ostacolata da difficoltà

perché il trasferimento delle risorse dallo Stato alle regioni — peraltro, secondo me parziale, non solo nei fatti in quanto ancora non è materialmente avvenuto, ma anche come individuazione delle risorse — è stato previsto da un decreto del 30 giugno 2003: ciò ha ritardato la piena attuazione del passaggio alle ASL delle competenze sui tossicodipendenti in carcere. La risorsa transitata è stata solo quella relativa allo specifico presidio per tossicodipendente, una spesa per personale che l'amministrazione penitenziaria effettuava nelle sezioni specializzate. Le spese di carattere generale ed organizzativo per affrontare questo servizio non sono state prese in considerazione, quanto meno negli stessi termini. Tra l'altro, questo servizio era già stato giudicato insufficiente durante i lavori preparatori relativi al decreto legislativo n. 230 del 1999.

In ogni caso, vorrei precisare che, comunque, la sperimentazione — prevista dal decreto legislativo n. 230 del 1999 — non riguardava questo settore, il quale, per legge, è transitato dal servizio sanitario penitenziario al Servizio sanitario nazionale a far data dall'1° gennaio 2000. Tutto ciò non è avvenuto in *toto*, ma questo è un altro discorso. La sperimentazione invece avrebbe dovuto riguardare il trasferimento graduale delle altre funzioni penitenziarie; mi riferisco alla medicina di base — svolta dai cosiddetti medici incaricati —, alla specialistica, alla farmaceutica. Di fatto nelle cinque regioni in cui si è sperimentato a partire dal 2000 non si è verificato alcun graduale trasferimento né di risorse né di funzioni. Vi è stata maggior collaborazione e un maggior adeguamento del servizio sanitario penitenziario a standard e a procedure del Servizio sanitario nazionale. Sostanzialmente, però, fino a quando una ASL non prenderà in carico, anche in via sperimentale, la medicina di base, la specialistica o quant'altro, a mio modo di vedere si può affermare che la sperimentazione non è neppure partita.

In cinque anni non si è riusciti a sperimentare nemmeno il passaggio in capo alle ASL di una forma di assistenza. Lascio quindi valutare all'autorità politica

se il modello immaginato dal decreto legislativo n. 230 del 1999 sia valido, oppure occorra rivisitarlo come, peraltro, hanno ipotizzato i ministri della salute e della giustizia istituendo una Commissione per prendere in esame, eventualmente, un testo alternativo al presente. La Commissione ha portato avanti questi lavori e ha consegnato ai ministri uno studio attraverso cui si può ipotizzare che, forse, una parte dei servizi di fondo — quelli legati alla struttura, alla medicina di base — dovrebbero restare sotto il profilo meramente organizzativo in capo all'amministrazione penitenziaria.

Relativamente alla cosiddetta legge Bindi si cerca di attuare il principio dell'uniformità dei livelli di assistenza tra liberi e detenuti. Sotto questo profilo debbo dire che le regioni hanno fatto degli sforzi sorprendenti. Infatti, pur in mancanza di questi trasferimenti di risorse, le regioni — attraverso propri fondi o, addirittura, attraverso debiti — hanno cercato di fare attività assistenziale all'interno delle carceri. La regione Lazio, ad esempio, pur di assicurare gli stessi livelli di assistenza dei liberi, attraverso una delibera di giunta ha previsto l'erogazione di farmaci, quanto meno per le patologie più gravi (patologie psichiatriche, AIDS, malattie epatiche e correlate) che, come sapete, costituiscono oltre il 50 per cento della spesa farmaceutica relativa alle carceri. Basti pensare a quanto si spende per l'acquisto di interferone e per le terapie farmacologiche combinate (il cosiddetto cocktail di farmaci) utili a combattere l'AIDS. Sono stati portati avanti anche interventi di sussidio all'assistenza specialistica fornita dagli istituti penitenziari.

Sui SERT, invece, resta ancora molto da fare. Nella regione Lazio, fortunatamente, abbiamo trovato il modo di riconvertire — sempre in modo convenzionale — il personale delle convenzioni cosiddette transitate. Abbiamo individuato delle tariffe e quei lavoratori che prima lavoravano alle dipendenze dell'amministrazione penitenziaria come presidio per tossicodipendenti hanno delle convenzioni analoghe con i SERT essendo stati individuati

un analogo contratto ed un'analogia tariffa. Ciò però non basta perché, come si diceva, l'assunzione totale dei tossicodipendenti da parte dei SERT comporta una globale rivisitazione degli organici e delle strutture di quei SERT, quindi di quelle ASL nel cui territorio insiste uno o più istituti penitenziari.

È emblematico il caso della ASL di Roma B in cui insistono istituti penitenziari che contano, complessivamente, circa 2 mila detenuti, con un totale di oltre 500 tossicodipendenti. Quindi, vi è un problema di trasferimento di risorse alle regioni e di insufficienza attuale di risorse facenti capo al Ministero della giustizia che non sono state implementate per assicurare, per le parti ancora non transitate, quanto meno dei livelli di assistenza analoghi a quelli del servizio pubblico. Il principio dettato dal decreto legislativo n. 230 del 1999 afferma che tutti i cittadini facenti parte del territorio dello Stato hanno diritto a livelli di assistenza uniformi; ciò significa qualità e quantità delle prestazioni, ma anche caratteristiche del servizio. Mi riferisco, ad esempio, ai requisiti del personale medico infermieristico e su questo fronte credo che occorra la vera omologazione, indipendentemente dal numero delle funzioni che, in seguito, transiteranno veramente al Servizio sanitario nazionale.

Vorrei ricordare come il decreto legislativo n. 230 prevedesse — ad esito della sperimentazione — l'adozione del modello finale. In ogni caso, già nella normativa richiamata è riposta l'idea che il modello finale non importi necessariamente il passaggio totale di tutte le funzioni sanitarie dal sistema penitenziario al Servizio sanitario nazionale. Altro è che, però, al secondo non ne sia transitata neppure una, che i cinque anni di sperimentazione siano stati così difficili e la competenza trasferita *tout court* — relativa al servizio tossicodipendenze — abbia incontrato tali difficoltà: tutto ciò costituisce, senza dubbio, un elemento di valutazione del sistema definitivo.

Sul fronte regionale, il Lazio, come altre regioni, ha posto in essere a proprie

spese, pur di assicurare i livelli di prestazione necessari, iniziative a tutela della salute dei detenuti, in affiancamento alle strutture dell'amministrazione penitenziaria: complessivamente, credo che in molte regioni l'assistenza sanitaria ai detenuti, per quanto suscettibile di ulteriori miglioramenti, sia già di qualità accettabile. Non dimentichiamo, inoltre, che, tradizionalmente, l'amministrazione penitenziaria, perlomeno in alcuni ambiti, proprio in ragione della condizione di restrizione, offre prestazioni attualmente non incluse nei livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale (mi riferisco, innanzitutto, all'assenza di ticket farmaceutico, alla somministrazione gratuita dei farmaci da banco; all'erogazione di prestazioni che interessano parte di protesica, odontoiatria e implantologia). Esistono, pertanto, compensazioni tra le strutture che occorre tenere in considerazione.

Quanto alle ulteriori iniziative regionali, si stanno, poi, attivando reparti detentivi penitenziari in numerosi ospedali di diverse regioni e questo fa sì che l'amministrazione risparmi sulle spese di gestione del trasferimento in ospedale; d'altra parte, ciò renderà più agevole ottenere un ricovero, elevando al contempo la qualità della cura.

PRESIDENTE. Ringrazio gli illustri ospiti per il loro intervento; do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano porre eventuali domande.

KATIA ZANOTTI. Ringrazio i direttori che abbiamo udito nel corso di questa audizione. Il tema affrontato è specifico, riguardando in particolare l'attività dei servizi tossicodipendenze.

Da tempo, presso le Commissioni riunite, sono in corso audizioni dedicate alla trattazione di questa problematica, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria; naturalmente, l'articolazione di opinioni in proposito è considerevole e soprattutto non sussiste univocità di posizioni attorno agli aspetti attuativi del decreto legislativo n. 230 e del

suo funzionamento. Siamo partiti dal presupposto che le audizioni ci servissero per disporre di un quadro che ci aiutasse a affrontare, se del caso correggere o sollecitare politiche laddove queste siano state sospese. Mi riferisco alle sperimentazioni effettuate, come pure alla situazione di « galleggiamento » attuale, responsabile di produrre gravissimi danni al sistema, anzitutto e soprattutto mettendo a rischio la tutela del diritto alla salute dei detenuti.

Concentrandomi sul tema specifico affrontato in questa sede, relativo al passaggio di competenze definitivo dei servizi tossicodipendenze alle regioni, condivido la vostra preoccupazione e l'allarme lanciato a proposito della drammatica carenza di risorse e di personale.

Il dottor Cirignotta ci illustrava la situazione della regione Lazio e in proposito mi permetto di evidenziare l'impossibilità di ritenere che quanto avviene in quella singola realtà sia rappresentativo dell'intero territorio nazionale. Sono certa che in Emilia, la mia terra d'origine, i farmaci non vengono forniti gratuitamente, né quelli da banco né quelli destinati ad interventi di natura specialistica. Quanto ci è stato riferito, purtroppo, appare un dato non generalizzabile, che non possiamo assolutamente assumere come emblematico di uno stato di fatto, poiché lo stato di fatto è un altro.

Quanto ai servizi tossicodipendenze, condivido molte delle osservazioni sin qui espresse, particolarmente quella del dottor Lucchini, a proposito dell'esistenza di una precondizione — se non di una condizione vera e propria — che occorre valutare. A fronte dell'esigenza di alimentare un percorso di integrazione fra sanità penitenziaria e territoriale, si pongono le difficoltà che la sanità penitenziaria incontra nel dipendere da un sistema — quello penitenziario, appunto, — fondato su regole ben precise e meccanismi peculiari rispetto al sistema sanitario.

Alla luce di ciò, mi sia consentito porre agli ospiti una domanda. Vorrei sapere se l'intervento diretto a soccorrere il tossicodipendente in carcere sia parcellizzato ed esclusivamente affrontato sotto il profilo

della tossicodipendenza, e come la misura adottata si ponga rispetto alla cura di patologie eventualmente diverse, la cui causa non risieda necessariamente nella condizione di tossicodipendenza. Vorrei sincerarmi che il tossicodipendente in carcere non venga « frantumato » nel suo percorso terapeutico, e che si costituiscano le sinergie necessarie all'interno del sistema sanitario del carcere. Quanto pesano e quanto sono determinanti i vincoli presenti ai fini della cura?

Si è fatto riferimento al fatto che, attualmente, per quanto riguarda anche solo semplicemente la logistica mancano sale, luoghi di socializzazione; sappiamo che la situazione del personale è drammatica: alla luce di ciò, in che modo viene preso in carico il detenuto, come viene aiutato a seguire un percorso, ammesso che sia possibile, riabilitativo, in grado di condurlo fuori dalla tossicodipendenza?

La seconda questione riguarda il rapporto con la regione, con il servizio sanitario regionale.

Il sistema posto in essere, una volta trasferite le competenze, è forse destinato a confinare il malato in uno stato di abbandono, considerato che la cura è pur sempre somministrata in luogo di restrizione? Il malato è abbandonato a se stesso o i servizi tossicodipendenze entrano a pieno titolo in una strategia più ampia, nell'ambito di un processo di sviluppo di tutte le politiche sanitarie dentro il carcere? La mia impressione è che i servizi tossicodipendenze rimangano ancora dei luoghi isolati, seppure presi in carico dalla sanità regionale.

Non ho molto altro da aggiungere perché condivido molte delle considerazioni esposte.

TIZIANA VALPIANA. Anch'io mi unisco al ringraziamento della collega per la vostra partecipazione e penso di interpretare anche il pensiero dei colleghi che non sono presenti. Abbiamo avviato questa indagine conoscitiva per conoscere lo stato dell'arte, ma nel corso delle audizioni la parola « manca » è quella che abbiamo sentito ripetere maggiormente. Vorremmo

capire come possiamo intervenire, visto che, alla fine, questa indagine conoscitiva dovrebbe prendere atto di cosa siano stati questi anni di sperimentazione e di quale possa essere la via migliore per garantire dei diritti.

Credo che i diritti che vogliamo garantire siano il diritto alla salute dei cittadini che sono ristretti in carcere e che hanno dei debiti con la giustizia, ma che non possono avere una pena aggiuntiva che nessuno ha comminato o un trattamento sanitario inferiore o diverso rispetto agli altri cittadini. Inoltre, dobbiamo tutelare i diritti dei lavoratori all'interno del carcere e di quelli della sanità in particolare perché a livello di tariffa, di orari e di condizioni di lavoro questo non sempre avviene. Credo che dobbiamo anche tutelare il diritto dei cittadini italiani ad essere sicuri che nelle nostre carceri venga rispettata la giustizia ma anche i livelli essenziali di assistenza che ci siamo dati nel resto del paese. Mi sembra di capire dalle vostre parole che per quanto riguarda le tossicodipendenze — che riguardano un terzo dei detenuti e, quindi, circa 25 mila persone — tutto ciò non sia avvenuto oppure sia avvenuto solo in parte.

Ritengo che il problema della formazione comune tra il personale interno della giustizia e quello che proviene dai ruoli sanitari sia molto rilevante. Nel momento del passaggio, probabilmente, non si era pensato al tema della formazione e, quindi, anche alla capacità di lavorare in sinergia e di accettare, ad esempio, lo stesso tipo di terapie e lo stesso approccio al discorso della tossicodipendenza. Allora, mi chiedo come potremmo intervenire sulla formazione comune e nel prevedere queste linee guida di cui si parlava, che non siano all'interno della regione ma nazionali. Affermo ciò anche alla luce del fatto che oggi abbiamo approvato, ahimè, la *devolution* e, quindi, se lo Stato non prenderà i piccoli margini che gli sono stati lasciati — quindi, le linee guida generali sulla salute —, temo che ci trove-

remo anche con 21 approcci metodologici e livelli di assistenza diversi dati anche all'interno delle carceri.

Quindi, credo che sia assolutamente necessario che voi, che siete competenti e che lavorate su tali temi, aiutate il Parlamento ad attuare una valutazione reale sulle linee guida. Per quanto riguarda l'altro aspetto importante del personale, mi sembra sia stato detto che, a causa del taglio dei fondi, sia stato interrotto tutto ciò che non era strettamente compreso nei protocolli tra la regione e il Ministero della giustizia. Quindi, ciò che non era compreso nei protocolli è inferiore a ciò che dovrebbe essere garantito nei livelli essenziali di assistenza o almeno rispetta gli stessi?

Credo sia importante ricordare ai nostri ospiti che, una volta acquisito lo stato dell'arte e la drammaticità della situazione, coloro che conoscono la materia, che lavorano e che soffrono giorno per giorno per queste limitazioni terribili nel lavoro debbano indicarci in quale direzione andare. Nella scorsa legislatura i componenti della Commissione affari sociali — attualmente non sono presenti quelli della giustizia e questo la dice lunga — erano molto convinti e determinati sulla necessità del passaggio della sanità proprio dal punto vista del diritto. In questi anni di sperimentazione ho avuto dei dubbi, non tanto sul principio ma quanto sull'efficacia di ciò che abbiamo fatto. Non vorrei che in questi anni, invece di migliorare, le prestazioni fornite ai detenuti siano peggiorate, nonostante mi conforti quello che ha detto il dottore Cirignotta sul fatto che le regioni molte volte si sono attivate oltre le strette competenze per venire incontro ai bisogni.

Tuttavia, ritengo che in uno Stato la giustizia — credo che della stessa faccia parte anche l'essere curati ed aver tutelata la propria salute — non possa essere amministrata sulla base della buona volontà, ma debbano essere stabiliti dei livelli e dei diritti. Poi le regioni potranno fornire altri servizi ma, ovviamente, non possiamo far sì che sia solo la buona volontà dei singoli, delle singole strutture

e delle singole regioni a rispondere e a tamponare rispetto ad un diritto che non c'è.

PRESIDENTE. Nell'ultima visita che ho fatto nel carcere di Trapani, contrariamente ad altre visite precedenti, nessuno si è lamentato di non essere ben assistito dal punto di vista medico. Invece, sono state espresse altre lamentele, come quella sull'indultino, cioè sui ritardi dell'applicazione di tale norma che non consentiva di uscire dal carcere, trattenendo i detenuti più del necessario. Tuttavia ho rilevato — attraverso l'occhio clinico — che le strutture presenti in quel nuovo carcere non sono funzionanti. Mi riferisco, ad esempio, agli studi di dentistica e fisioterapia, per i quali non è previsto personale che sovrintenda ed assista. Quindi, in effetti, ho notato che anche se i detenuti non si lamentavano — anche perché dovevano affrontare in quel momento altri problemi — non vi era una «corrispondenza di amorosi sensi», ossia una certa disciplina organizzativa tra i vari servizi.

Partendo dal fatto che non tutti nella precedente legislatura erano d'accordo circa il diretto passaggio della medicina penitenziaria al Servizio sanitario nazionale — l'opposizione di allora aveva manifestato sull'argomento qualche perplessità — vorrei fare una specie di sintesi di tutto ciò che finora è stato detto.

Il dottor Cirignotta ha affermato che certe funzioni potrebbero rimanere di competenza del Ministero della giustizia; la cosa mi ha un po' meravigliato e ciò dimostra che riguardo a questo tema non vi è ancora chiarezza. Perché queste funzioni dovrebbero rimanere di competenza del Ministero della giustizia se la riforma prevede che tutto passi al Servizio sanitario nazionale? In un certo senso è meglio che le cose dipendano da chi si vede attribuita solamente la competenza sanitaria, anche se non si è avuta completa applicazione delle disposizioni in materia. In questo momento l'assistenza è di competenza dei SERT — i quali dipendono dal Servizio sanitario nazionale —, ma in precedenza a chi spettava? Vi erano forse

particolari convenzioni che riguardavano il Ministero della giustizia e i direttori delle carceri? Quindi, vi sono ancora dei dubbi che bisogna chiarire.

Per quanto riguarda l'aspetto economico ancora non vi è stato trasferimento di fondi dal Ministero della giustizia alle regioni competenti. È stato poi richiesto di disciplinare la collaborazione tra tutte le figure operanti all'interno delle carceri. In effetti il carcere rappresenta un mondo a sé anche dal punto di vista medico e chi non lo ha mai visitato non può saperlo. Tali particolarità devono essere discusse ed approfondite dalle équipes (di specialistica, di medicina generale) che lavorano all'interno di queste strutture. Al mondo della detenzione appartengono determinate situazioni, caratteristiche e necessità che all'esterno non trovano riscontro.

Vorrei infine che il dottor Cirignotta mi spiegasse perché, secondo lui, determinate competenze rimarranno in capo al Ministero della giustizia e non faranno parte del Servizio sanitario nazionale. Questo fatto ci inquieta un po' perché ci dimostra che le perplessità che si avevano all'epoca della riforma sanitaria non erano peregrine, ma fondate su un qualcosa che all'atto pratico si è verificato. Do quindi la parola ai nostri ospiti per le repliche.

CLAUDIO LEONARDI, Direttore della UOC prevenzione e cura delle tossicodipendenze ed alcolismo della ASL di Roma C. Per quanto riguarda la domanda posta dall'onorevole Zanotti, sicuramente non vi è un interscambio di competenze all'interno delle carceri tra i professionisti dei servizi e dell'istituto penitenziario; non vi è una globalità di intervento né da una parte né dall'altra. Non vorrei entrare nel merito della questione, ma molto spesso vi sono delle interferenze che si sviluppano al di fuori dell'ambiente sanitario. Tali interferenze impediscono l'interscambio e, addirittura, la presa in carico globale da parte degli uni e da parte degli altri. Invece la formazione — nel dire questo, tra l'altro, mi ricollego anche alla domanda posta dall'onorevole Valpiana — si potrebbe semplicemente attuare ergendo in-

nanzitutto la tossicodipendenza al suo vero status, quello cioè di una malattia. Invece anche il personale medico che opera all'interno degli istituti penitenziari molto spesso non considera come tale questa patologia. Quindi la formazione dovrebbe essere diretta non solo ai nostri colleghi, ma anche a tutti gli altri professionisti non medici. La stessa Organizzazione mondiale della sanità dichiarerà — ufficialmente tra circa un mese — la tossicodipendenza una malattia che impegna il cervello, alla stessa stregua delle più importanti patologie di tipo psichiatrico. Quindi, la formazione potrebbe essere tranquillamente sviluppata dai professionisti dei servizi nei confronti dei loro colleghi.

Per quanto riguarda il discorso relativo alle linee guida queste ultime stanno per nascere a livello regionale, nel senso che i professionisti dei SERT della regione Lazio stanno pensando di trovare una soluzione di questo tipo. In ogni caso, da un punto di vista metodologico la revisione delle linee guida deve svilupparsi attraverso l'osservazione ed una serie di critiche svolte a livello nazionale da parte di esperti, considerati tali in base ai loro lavori, alle loro esperienze e a quanto hanno pubblicato da un punto di vista scientifico a livello nazionale ed internazionale. Una volta effettuata questa revisione quanto dichiarato a livello regionale potrà tranquillamente essere distribuito e considerato valido anche a livello nazionale. L'ambizione della nostra federazione è anche quella di sviluppare queste linee guida attraverso una revisione di tipo internazionale; ciò per ascoltare anche coloro che all'esterno del nostro paese possono aver avuto differenti esperienze.

ALFIO LUCCHINI, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Milano 2*. Per quanto concerne le domande poste dalle onorevoli Zanotti e Valpiana e dal presidente credo che, ovviamente, vi siano delle grosse differenze operative sul territorio nazionale. Tali differenze nascono sia da un'integrazione che in alcune realtà è andata avanti al di là della

legislazione in materia, sia dalle caratteristiche delle strutture carcerarie. Ad esempio, il carcere di Opera ha addirittura un reparto AIDS che rappresenta un centro di riferimento nazionale. Quindi, sicuramente, in alcune realtà ci si è presi carico dei vari aspetti della questione, anche se vi è ancora qualche problematica da risolvere relativamente al tema psichiatrico: problema, tra l'altro, affrontato in un documento che abbiamo prodotto e che lasceremo all'attenzione dei commissari.

Inoltre, è indubbio — relativamente ad una riflessione del presidente — che il nostro compito, già dal 1990, è anche quello di costruire percorsi riabilitativi per permettere alle persone di uscire dal carcere.

Pertanto, al di là del passaggio di unità di personale esperto, ex articolo 80, dal Ministero alle aziende sanitarie locali — procedimento tuttora in corso e soggetto a ostacoli e difficoltà cui si è fatto riferimento, non solo di ordine finanziario — è logico che in molte realtà l'obiettivo prioritario fosse quello di rendere possibile non solo l'osservazione e la diagnosi, ma anche la predisposizione di programmi terapeutici, interni e possibilmente esterni, da svolgere in strutture riabilitative o nei SERT, o ancora in altre strutture sul territorio. Alla luce della mia esperienza diretta e di quanto è avvenuto in altre realtà del paese, questo è stato possibile ricorrendo a servizi esterni che erogavano prestazioni per il carcere, oppure — ove le condizioni e la sensibilità regionale lo hanno permesso — attraverso la costituzione *ex novo* di apposite equipe interne al carcere, attingendo a fondi alternativi.

Obiettivamente, esaminando la questione con spirito propositivo, è dunque evidente che il ventaglio di percorsi plausibili da esaminare, rispetto ai compiti da portare a termine, è piuttosto ampio. Ovviamente, dei compiti da svolgere, se ve ne è uno di carattere sanitario molto consistente da eseguire all'interno delle carceri, ve ne è anche un altro diretto alla definizione di percorsi riabilitativi al di fuori delle strutture di edilizia penitenziaria; in tal senso, occorrerà valutare, anche quan-

titativamente, che cosa sia stato fatto sotto tale punto di vista, considerando pure che talune ricerche nazionali attualmente in corso sono state finalizzate a compiere una valutazione di questo tipo.

Svolgerò, infine, un'ulteriore osservazione. A fronte, infatti, di tutta la buona volontà impiegata all'esterno, nell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, continuano comunque a porsi alcuni problemi logistici all'interno delle strutture carcerarie, come è stato evidenziato negli interventi che mi hanno preceduto (si pensi alla carenza di locali, luoghi di socializzazione, all'eventuale verificarsi di imprevisti, capaci di rappresentare possibili fattori ostativi).

Prendendo, ad esempio, il caso del carcere di Opera, è evidente che se in quella struttura arrivassero anche solo quattro detenuti in condizioni di massima sorveglianza, improvvisamente verrebbero meno alcune delle stanze dedicate solitamente ad altre attività, siano esse terapeutiche, riabilitative, rieducative o di socializzazione. Dico questo per sottolineare la specificità ma anche l'ordinarietà di certe situazioni che potrebbero verificarsi all'interno del carcere.

Nel concludere infine il mio intervento, anche a nome della federazione, accolgo molto volentieri il suggerimento di contribuire per il futuro, e non solo in via documentale, ad approfondire ulteriormente la situazione in corso.

BERNARDO GRANDE, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della ASL di Catanzaro*. Signor presidente, vorrei evidenziare una problematica sinora sottovalutata, in ragione della molteplicità di altre questioni sottoposte al nostro esame. Siamo nel 2004, ma già il testo unico sugli stupefacenti del 1990 e — prima ancora — la legge n. 685 del 1975 prevedevano la presenza di una sezione specializzata per le tossicodipendenze in ogni istituto di pena.

Vorrei porre in evidenza come l'istituzione della sezione specializzata comporti, per gli operatori chiamati a prestare la loro attività all'interno della struttura car-

ceraria, la soppressione delle benzodiazepine, somministrate in grande quantità in istituto, come pure dell'alcool, gestito e condiviso dai detenuti mediante scambi riguardante sigarette, le stesse benzodiazepine o altro (con il risultato che spesso, i detenuti entrati in carcere sotto dipendenza da eroina finiscono per uscirne in condizioni di dipendenza associata, da abuso di alcool e, appunto, di benzodiazepine).

La sezione specializzata per le tossicodipendenze, invece, garantirebbe tutto od almeno una parte del percorso riabilitativo, disponendo di personale e spazi che potrebbero certamente concorrere positivamente, al momento dell'uscita del detenuto tossicodipendente, alla conduzione di una vita più sana e, possibilmente, immune dal rischio di *overdose*. Nel carcere di Catanzaro, la sezione specializzata per le tossicodipendenze è stata attivata da un anno, grazie alla sensibilità del nostro direttore attuale. Tra l'altro, è stata nostra cura fare inserire appositamente nel fondo regionale per la lotta alla droga un ammontare di risorse pari al 5 per cento da destinare a progetti di prevenzione e recupero di soggetti tossicodipendenti, per condurli dal carcere alla misura esterna o alla libertà. Ciò dimostra come, almeno entro i limiti delle rispettive competenze, le regioni possano programmare ed intervenire in modo adeguato.

Per fare questo, però, è necessario riconoscere i medesimi diritti e comunque assicurare al detenuto l'analogo trattamento garantito ad un malato all'esterno della struttura carceraria.

Un tossicodipendente sotto terapia farmacologica, qualunque essa sia, molto spesso e in numerose carceri italiane, può non vedersi riconosciuto un diritto alla terapia interna — ciò che era invece possibile nel suo servizio tossicodipendenze di riferimento — semplicemente perché il direttore dell'istituto di pena oppure il comandante della polizia penitenziaria possono considerare il « loro » carcere distaccato dal territorio nazionale. È uno dei

principali problemi che occorre comprendere e, in questo caso, non servono l'integrazione e la formazione.

Conosco perfettamente ciò che avviene all'interno della struttura carceraria, operandovi da 22 anni e avendo personalmente svolto la funzione di operatore ai sensi dell'articolo 80. Alla luce di ciò, posso sostenere che il reale problema è assicurare al malato, all'interno degli istituti di pena, il livello di assistenza garantito « nel mondo dei vivi », con pari dignità, senza subire condizionamenti da parte del comandante della polizia penitenziaria o dal direttore dell'istituto.

ALESSANDRO COACCI, *Direttore del Dipartimento delle dipendenze della AUSL n. 9 di Grosseto*. Vorrei rispondere alla domanda postami dall'onorevole Valpiana. Probabilmente, non sono stato sufficientemente chiaro nel momento in cui ho rappresentato la realtà toscana, con particolare riferimento al trattamento economico del personale che abbiamo ereditato, sulla base delle disposizioni normative richiamate. In Toscana, per le solite carenze di *budget* che assillano i nostri direttori generali, si è cercato di non assorbire nella sua totalità il personale che, in realtà, avrebbe dovuto transitare alle nostre strutture. Laddove ciò è avvenuto, si è però seguito a retribuire il personale medesimo applicando tariffe corrispondenti non a quelle del comparto sanitario, ma a quelle del Ministero della giustizia, sebbene a parità di mansioni. Ciò premesso, ritengo che in generale la realtà toscana presenti una situazione piuttosto soddisfacente, tenuto conto del fatto che l'assistenza al cittadino detenuto è garantita nella sua totalità. Quanto alle misure adottate per sopperire alle varie carenze, si è provveduto direttamente a destinare personale di ruolo nel servizio sanitario, nella fattispecie nei SERT, inviandolo a lavorare nelle strutture carcerarie: così facendo, l'assistenza è risultata garantita quasi al 100 per cento. Personalmente, pertanto non posso che esprimere apprezzamento per i risultati conseguiti.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore del Dipartimento sociale della regione Lazio*. Condivido molte delle precisazioni fatte in questa sede come anche alcune affermazioni rese nel corso dell'audizione odierna. Apprezzo che il presidente Lucchese abbia fatto riferimento ad alcune rivendicazioni proprie della medicina penitenziaria e legate dalla sua specificità.

Quanto meno, esiste una peculiarità non presente nei SERT: nel carcere, purtroppo, la salute è il secondo pensiero dopo la libertà. Si pone al momento del risveglio e non so neppure dire se venga meno durante il sonno.

Non solo, quindi, vi è un eccesso di domanda, molto volte comprensibile, dal punto di vista sanitario, ma riguardo ai SERT ciò è ineludibile perché in questo caso 500 tossicodipendenti aspettano un intervento. Di conseguenza, avere 500 tossicodipendenti sul territorio non è la stessa cosa che averli detenuti perché si tratta di un'utenza non fluttuante.

Tuttavia, la mia opinione sui rapporti tra i SERT e il personale penitenziario non è così negativa perché esiste una forte collaborazione. Non dimentichiamo che i SERT sono all'interno degli istituti dalla legge n. 309 del 1990 ed hanno sempre cercato una loro collocazione confrontandosi; inoltre, negli istituti dove ci sono sezioni per tossicodipendenti i loro esponenti fanno parte dell'équipe di osservazione e trattamento. Sono stati fatti molti corsi congiunti e il personale di polizia penitenziaria dal 1990 in poi è stato oggetto di corsi specifici di formazione, con l'intesa che lo stesso stazionasse a lungo, ma spesso ciò non è avvenuto per motivi di trasferimento. Tuttavia, sono stati avviati molteplici corsi, svolti anche con i fondi per le tossicodipendenze. Chiaramente, la legge n. 309 del 1990 parla di sezioni per tossicodipendenti senza chiarire le risorse e, quando gli stessi sono diventati 15 mila, non è stato facile istituire tali sezioni.

Torno alla legge Bindi per rispondere alla domanda del presidente Lucchese. Non voglio criticare quella norma, ma sicuramente reca un'ingenuità. Si parte

dal presupposto che l'assistenza ai detenuti svolta dalla sanità penitenziaria sia insufficiente, ma poi viene varata una riforma a costo zero. Da qui derivano le difficoltà dei SERT perché, se si volesse una loro azione forte ed innovativa, dovrebbero essere dotati di risorse. Quando ho parlato di dubbi sul fatto che potesse transitare tutto al Servizio sanitario nazionale non mi riferivo al servizio per i tossicodipendenti; mi auguro che passi allo stesso il servizio sulla psichiatria, che è fortemente legato al territorio. Al Ministero della giustizia abbiamo una commissione di studio per un'ipotesi di passaggio totale e quanto più rapido possibile del servizio psichiatrico in capo alle ASL. Stranamente il decreto legislativo n. 230 del 1999 non si occupa di psichiatria, ma forse si attendeva una riforma del codice penale che sopprimesse le misure di sicurezza. Quindi, il Servizio sanitario nazionale non è entrato nelle strutture penitenziarie a carattere sanitario (gli OPG e le casse di cura e custodia): si tratta di uno strano paradosso al quale bisognerà rimediare.

A parte il servizio sulle tossicodipendenze, che deve essere totalmente attuato, le mie perplessità non nascevano solo da motivi di sistema: infatti, un'amministrazione penitenziaria che è responsabile del trattamento e totalmente deresponsabilizzata rispetto alla sanità, forse, è qualcosa di peggio di una sanità che agisce in modo deresponsabilizzato.

Oggi i SERT reclamano di più perché hanno una competenza. Dal 1990 al 2000 non avevano la responsabilità piena di dover assicurare il livello esterno e, quindi, agivano come potevano, ma ora la situazione è mutata. In questi cinque anni di sperimentazione prevista dalla legge non abbiamo visto la sperimentazione di nessun altro settore passato nel dominio totale delle ASL, né la medicina di base né la specialistica né quant'altro. Allora, se in tutte le regioni oggetto della sperimentazione questo tentativo è andato a vuoto, probabilmente, esistono delle difficoltà obiettive. Forse, oggi il vero punto è capire come superare il sistema e non rivolgere

un'accusa alla legge n. 230 del 1999. Il problema è che esiste un solo Servizio sanitario nazionale in ordine ai principi, alle linee guida, agli standard di professionalità, ai livelli di assistenza, ma un'amministrazione può esser anche titolare di un potere organizzativo.

Credo che oggi il vero problema non sia se esista il medico incaricato o di base della ASL perché quando quest'ultima manda in un carcere un medico di base per 1.500 pazienti è come se avesse fatto ricorso ad un medico penitenziario. Il problema è che il medico penitenziario deve avere le caratteristiche professionali e le modalità operative tipiche del medico di base. Oggi abbiamo sposato un modello di sanità in cui vi è un'integrazione tra il pubblico e il privato — in qualsiasi ASL accettiamo che la funzione ospedaliera venga svolta in parte dalla struttura pubblica e in parte da una struttura privata incaricata —, ma poi troviamo strano che il Ministero della giustizia organizzi un servizio sanitario penitenziario: l'importante è che tale servizio funzioni con le stesse regole di un qualsiasi ospedale privato. Occorre eliminare la separatezza e rendere omogenee agli standard e alle procedure alcune parti del servizio penitenziario; invece, occorre dare al Servizio sanitario nazionale la responsabilità dei settori legati al territorio (tossicodipendenze, psichiatria) con una fortissima integrazione se non la totalità delle competenze sulla specialistica e lasciare dei poteri organizzativi sulla medicina di base ed altro.

Prudentemente il decreto legislativo n. 230 del 1999 prevede che possano essere stabiliti anche modelli di integrazione all'esito della sperimentazione, che credo non sia stata né positiva né negativa perché non c'è stata. Inoltre, ritengo che i SERT in carcere svolgano un'azione conforme a quella che fanno all'esterno, nel senso che non potrebbe essere totalizzante dal punto di vista sanitario (anche fuori se un tossicodipendente ha un problema di gastrite non se ne occupa il SERT). Quindi, il SERT che segue il tossicodipendente in carcere non occupa né elude le

competenze del medico di base o dello specialista, mentre vi è una forte integrazione per quanto riguarda le malattie infettive.

Penso che ci sia una forte integrazione tra i SERT e la medicina di base; forse, è il luogo stesso che facilita il colloquio tra gli operatori perché il medico del SERT è presente in carcere e necessariamente incontra il medico di base di quel detenuto. Quindi, di fatto, questo confronto esiste; forse, vanno precisate meglio le linee guida e deve essere valorizzato il momento della formazione comune. Comunque, il passaggio totale delle competenze in capo ai SERT, cioè una presa in carico che consenta responsabilmente di assicurare ai detenuti il livello di assistenza voluto, con un po' di risorse può essere attuato in poco tempo.

Invece, sono convinto che, effettivamente, vi siano ancora, da parte di alcuni — soprattutto da parte degli operatori più anziani — delle resistenze all'interno del carcere circa il superamento dell'idea di carcere inteso come entità separata e regolata da norme particolari. Questo, però, è un problema di portata più ampia; inoltre bisogna anche riconoscere che le nuove generazioni di operatori hanno la mente già proiettata ad intendere il carcere come elemento fortemente integrato nel territorio; essi sono disponibili ad una apertura e capiscono che le risorse economiche provengono dalle regioni. Naturalmente ciò non avviene in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale, ma dipende anche da come si sviluppa la società all'esterno; ad esempio, le società più contaminate — non intendo fare alcun riferimento a regioni particolari — sotto il profilo criminale destano più sospetto all'interno dell'ambiente carcerario.

Le regioni, attraverso i protocolli di intesa, puntano a migliorare l'integrazione anche attraverso il miglioramento dell'edilizia penitenziaria. Vi è la necessità, infatti,

che le strutture penitenziarie abbiano caratteristiche edilizie consone alle funzioni di natura regionale esercitate all'interno degli stabilimenti di pena.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti facendo presente che, come ha detto il dottor Cirignotta, il detenuto oltre alla libertà pensa anche alla salute. Quindi, è di primaria importanza impegnarsi affinché si possano migliorare le condizioni di coloro che sono stati privati della libertà. Mi pare di poter concludere che la buona volontà vi è stata e la sperimentazione effettuata ha dimostrato alcuni fatti. Ora bisogna solamente tirare le somme e decidere in quale modo si intende organizzare questa sanità. La responsabilità in materia è da attribuire in parte alla struttura carceraria in parte anche ai SERT.

SALVATORE CIRIGNOTTA, *Direttore del Dipartimento sociale della regione Lazio*. Vorrei farmi interprete di un sentimento comune a tutti coloro che hanno a che fare con questo problema. Sia il mondo sanitario sia il mondo penitenziario chiedono l'individuazione di un modello definito e definitivo poiché le incertezze tuttora esistenti nuocciono a tutti: all'efficienza del sistema nel suo complesso, ai detenuti ed agli operatori.

PRESIDENTE. Ancora grazie. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 20,55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. FABRIZIO FABRIZI

*Licenziato per la stampa
il 18 ottobre 2004.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

