

Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali

Seduta di Mercoledì 3 febbraio 2010, Presidente Leoluca Orlando

Audizione del direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Franco Ionta

Presidente. Do il benvenuto al presidente Franco Ionta, direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, e al dottor Santi Consolo, vice capo dello stesso Dipartimento, che ringrazio per la loro disponibilità, che è stata immediata e completa.

La Commissione ha inteso avviare un'inchiesta sulla salute nelle strutture carcerarie, che non sia costretta a inseguire il caso di cronaca, che pure merita la massima attenzione, ma cerchi di comprendere le ragioni strutturali, organizzative e normative che spiegano il verificarsi di tanti casi di suicidio o di presunto errore sanitario in soggetti che, in ragione della loro condizione di detenuti, hanno un ostacolo in più rispetto a quelli di un libero cittadino. Il fatto di essere privato della libertà personale è una penosità in sé, che prescinde dalle strutture e dall'organizzazione.

Abbiamo quindi interesse ad acquisire informazioni, indicazioni e suggerimenti, perché il nostro obiettivo consiste nel garantire al meglio il diritto alla salute dei detenuti. Recentemente, un'autorità da noi audita ha precisato che possiamo garantire il diritto non alla salute, ma alla tutela della salute. Tale espressione varrebbe anche per il diritto alla vita.

Ci sono casi drammatici di suicidi, di morti nelle strutture carcerarie, talora con gravissime responsabilità individuali. Il compito della nostra Commissione è accertare, accanto al "chi" anche il "perché" dell'errore. È un'impostazione che caratterizza i nostri lavori. Riguardo al "chi" siamo severissimi nel chiedere l'accertamento della verità, l'individuazione dei responsabili, le sanzioni o l'applicazione di misure cautelari (talvolta un trasferimento o un licenziamento) per evitare il ripetersi degli errori, ma siamo interessati al "perché". Ribadiamo sempre che il "chi" e il "perché" dell'errore quasi mai coincidono. Tranne che nel caso evidente di un errore doloso, o di un maltrattamento volontario di un detenuto, o di un chirurgo che entri ubriaco in sala operatoria, non basta individuare il "chi", ma occorre capire il "perché" dell'errore per evitare che si verifichi nuovamente. Infatti, mentre si accerta, dopo alcuni anni, se vi si riesce, la responsabilità in sede penale o disciplinare, nel frattempo l'errore si ripete egualmente, perché non sono eliminate le ragioni funzionali, strutturali e normative che ne sono alla base.

La Commissione è interessata a comprendere il rapporto tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP) e il sistema sanitario nazionale nelle diverse regioni, posto che c'è stato un trasferimento dalla direzione penitenziaria al servizio sanitario regionale, con un provvedimento del 2008 dal quale sono rimaste escluse le regioni a statuto speciale. Anche per queste è comunque in corso una procedura di trasferimento, sia pure con i tempi delle norme di attuazione e le lungaggini previste dagli statuti speciali.

Desidero chiedere al presidente Ionta di fornirci tutte le indicazioni che riterrà opportune, preannunciando che successivamente audiremo il Ministero della salute, per la parte di sua competenza, e soprattutto le regioni, titolari del servizio sanitario nazionale. Incontrare le regioni avendo la conoscenza delle criticità che voi ci illustrerete può consentirci di affrontare il tema in maniera più compiuta.

La Commissione deve concludere la propria attività con la presentazione di una proposta, che mi auguro possa essere dell'intera Commissione, che, partendo dalle criticità emerse, suggerisca eventuali modifiche normative nei vari settori, compresa la sanità carceraria. Due colleghe sono state incaricate di occuparsi in maniera più specifica di questo argomento: l'onorevole Lo Moro e l'onorevole De Nichilo Rizzoli, che qualche volta potranno chiedere di accedere a informazioni e notizie, di cui poi riferiranno alla Commissione. Do la parola al direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Franco Ionta.

Franco Ionta, direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. È d'obbligo, ma è anche un piacere ringraziare il presidente Leoluca Orlando di questa audizione. Devo ringraziare anche i parlamentari che hanno particolare attenzione per il problema della detenzione nel suo specifico aspetto della tutela della salute delle persone detenute.

L'amministrazione penitenziaria, che io rappresento, è a totale disposizione del Parlamento per qualunque tipo di dato possa essere ritenuto utile. Da parte del Dipartimento da me guidato, naturalmente, ci sarà la più completa collaborazione nei confronti della Commissione.

Vorrei svolgere alcune osservazioni, senza pretesa di essere esauriente o completo. L'amministrazione penitenziaria svolge un compito sicuramente difficile, spesso misconosciuto, e molte volte compare nelle cronache e nelle pagine dei giornali soltanto per i dati negativi, che non sono certamente nascosti dall'amministrazione, ma che non sono l'unica cifra dell'amministrazione. Cito per tutti la morte di Stefano Cucchi, che è addebitata tout court o quasi del tutto al sistema penitenziario, quando in realtà più strutture hanno avuto contatto per ragioni d'ufficio con Stefano Cucchi. In qualità di vertice dell'amministrazione, mi assumo la responsabilità di quello che eventualmente è stato fatto dall'amministrazione penitenziaria, però ricordo che Stefano Cucchi è stato arrestato da una forza di polizia, è stato detenuto in una cella presso il tribunale, è stato processato, ha avuto incontri con sanitari del carcere, con sanitari degli ospedali. Più figure professionali e istituzionali hanno dunque avuto un ruolo in questa vicenda, che è tragica e che mi ha portato, come ho già dichiarato pubblicamente, a rivedere alcune procedure.

La tragedia che si è verificata ha fatto riflettere le amministrazioni e me in particolare su alcune cose. È bene che il Parlamento e la Commissione sappiano che le celle del tribunale, dove in ipotesi è avvenuto il pestaggio, sono nella disponibilità della Polizia penitenziaria al di fuori dei suoi compiti. Infatti c'è stato un accordo in base al quale la Polizia penitenziaria si è assunta la responsabilità di quelle celle, che però dovrebbero essere gestite da Polizia, Carabinieri e quanti altri operano gli arresti in flagranza. Il detenuto diventa tale nel momento in cui varca la soglia di un carcere. Questo è un principio abbastanza ovvio, ma che non sempre viene percepito nella sua importanza.

Oggi, i giornali pubblicano la notizia secondo cui non vi sarebbe nesso di causalità tra le lesioni riportate da Stefano Cucchi e la sua morte. Ciononostante, tre poliziotti penitenziari sono sottoposti a processo per omicidio preterintenzionale. Conosco le procedure giudiziarie e pavento il rischio che si possa arrivare a una situazione in cui non si riesca a individuare con certezza le responsabilità. Questa sarebbe un'ulteriore sconfitta per lo Stato.

Al salone di Rimini tenuto nel dicembre dello scorso anno abbiamo dato largo spazio all'attività della Polizia penitenziaria e dell'Amministrazione penitenziaria, in chiave di visibilità concreta e di rivendicazione dei ruoli e dei compiti propri della Polizia penitenziaria. È infatti difficile far capire che ormai esiste un corpo di Polizia penitenziaria. Continuo a leggere sui giornali la definizione "agenti di custodia" soppressa da più vent'anni, di "guardie carcerarie", come se la Polizia penitenziaria svolgesse solo un ruolo di custodia. In realtà, le persone più avvertite sanno bene che la Polizia penitenziaria ha un doppio, prestigioso, molto difficile incarico: custodire le persone detenute, ma anche fare in modo che possano uscire migliori rispetto a quando sono entrate in carcere. Su questo l'amministrazione sta puntando, con l'appoggio del Governo e con il sostegno del Ministro della giustizia, in particolare, per realizzare il nuovo piano di edilizia penitenziaria (che abbiamo già sostanzialmente elaborato) e di assunzione di personale, per rendere le condizioni detentive migliori rispetto a quelle attuali.

Non sono andato fuori tema, perché se si riesce a migliorare le situazioni connesse alla promiscuità e alla difficoltà di rapporti tra la persona detenuta e l'agente di Polizia penitenziaria, diminuisce il tasso di possibilità... Il presidente ha perfettamente ragione: che il problema non è eliminabile, però è contenibile.

Un'ulteriore specificazione: noi compariamo nelle cronache dei giornali quando c'è un certo numero di suicidi o in occasione di talune manifestazioni di epifenomeni. Non ho mai letto una notizia relativa a quanti suicidi vengono sventati quotidianamente nelle 206 strutture penitenziarie, eppure sventare suicidi è un'altra di quelle attività misconosciute che la Polizia penitenziaria svolge

quotidianamente. Allo stesso modo, è raro vedere riportati nelle cronache i casi di auto soppressione di agenti, che vivono anch'essi una condizione molto difficile. Chi conosce l'ambiente penitenziario sa bene, infatti, a quale stress psicologico ed emotivo siano sottoposti.

La Polizia penitenziaria, come altre forze di polizia, è innervata sostanzialmente da provenienze meridionali. Questo crea un ulteriore problema, perché numerose persone vengono "sradicate" dal territorio di origine e devono trasferirsi altrove. È inutile negare che le condizioni economico-logistiche non siano esaltanti; quindi c'è almeno un tentativo di tornare nei luoghi di origine. Tutto ciò provoca ulteriori stress, che si riflettono sulla condizione di lavoro degli agenti, dei poliziotti, ma anche inevitabilmente sui rapporti che costoro devono quotidianamente avere con la popolazione detenuta.

Permettetemi un'altra notazione. Le altre forze di polizia hanno un contatto limitato con la delinquenza e dunque con il delinquente. Anche l'autorità giudiziaria, in fondo, ha un contatto episodico con la delinquenza e con il delinquente. Il poliziotto penitenziario ci vive invece tutto il giorno e questo crea ulteriori difficoltà nei rapporti. La verità alla fine è anche banale: il poliziotto che ha perquisito e arrestato una persona, fatte le ore di perquisizione, di interrogatorio e le attività di indagine preliminare che deve svolgere, si libera del problema e lo affida a chi deve poi gestire questa situazione sicuramente difficile, aggravata dal sovraffollamento ormai arrivato ai limiti della gestibilità. Questo dato è ormai sotto gli occhi di tutti: non a caso è stato emanato un decreto di emergenza nazionale penitenziaria per sopperire al problema.

Ho modificato una locuzione che veniva utilizzata e che distingueva tra "capienza tollerabile" e "capienza regolamentare"; sono giunto alla conclusione che bisogna parlare di "capienza massima disponibile", corrispondente a quanti posti ci sono effettivamente. La verità è che i posti a disposizione sono praticamente esauriti e abbiamo un flusso di ingressi mensili in carcere quantificabile intorno alle 700 persone in più.

In un anno, nelle nostre strutture penitenziarie circolano mediamente circa 90-100.000 persone: al netto di quelli che escono, rimangono in più circa 700 persone ogni mese, che accrescono il numero delle presenze in carcere.

Fornisco alla Commissione un dato che vorrei brevemente illustrare, venendo specificamente al tema. Nel 2006 abbiamo avuto 50 suicidi in carcere, 45 nel 2007, 42 nel 2008, 58 nel 2009; nel 2010 siamo a 7, ma ovviamente il dato è molto parziale, poiché si riferisce al solo mese di gennaio. Considero molto preoccupante questo dato, perché - come ho detto in numerose occasioni - anche un solo atto di auto soppressione è sicuramente una sconfitta dello Stato.

Mi potrei consolare considerando che siamo arrivati alla media dell'8,2 per cento rispetto alla popolazione detenuta e che la media europea è dell'8,1, tuttavia questo francamente non mi consola. Vorrei però che i dati fossero letti considerando che nel 2006, quando la rilevazione indica 50 suicidi, circa 25.000 detenuti erano usciti per l'indulto, perciò nell'estate del 2006 avevamo 39.005 detenuti. Alla fine del 2009 siamo arrivati a oltre 65.500. Nel 2009, quindi, ci sono stati 58 suicidi di detenuti rispetto ai 50 del 2006, ma la popolazione è passata da 39.000 a oltre 65.000; si tratta di un dato sul quale credo che occorra riflettere.

Per "leggere" i dati, fornisco una seconda informazione: noi siamo abbastanza onnicomprensivi rispetto alla categoria suicidi, perché alcuni casi di morte all'interno delle strutture non sono facilmente identificabili come suicidi; noi inglobiamo nei dati anche i casi relativamente dubbi. Ad esempio, alcune persone muoiono per aver inalato il gas delle bombole utilizzate per i fornelli che servono a riscaldare le vivande. Ciò avviene o per auto sopprimersi o per un utilizzo parastupefacente del gas contenuto nelle bombolette. Non è facile dunque stabilire se ci sia stato un eccesso rispetto all'uso, che ha prodotto la morte. Ciò nonostante, noi inseriamo tali casi nel numero dei suicidi. Credo sia opportuno che la Commissione lo sappia.

In questo smilzo ma interessante documento, abbiamo realizzato un'analisi sui suicidi avvenuti nei primi dieci giorni della detenzione e abbiamo rilevato una sostanziale equivalenza tra i suicidi dei primi dieci giorni degli arresti in flagranza e i primi dieci giorni di cambiamento del carcere. Su questo dato bisognerà riflettere. Il mutamento di vita e di abitudini acquisite in una struttura penitenziaria producono anche questo risultato: nei primi dieci giorni di trasferimento da una struttura carceraria all'altra c'è lo stesso tasso di suicidi di chi è entrato in carcere dalla libertà.

È stato effettuato anche uno studio sui primi tre mesi, per verificare se vi sia un'analogia corrispondenza. Abbiamo constatato lo stesso fenomeno: nei primi tre mesi dalla perdita della libertà si verificano il 26 per cento del totale dei suicidi; nei primi tre mesi dall'ingresso in altro istituto si verifica il 34 per cento dei suicidi, quindi addirittura di più. Sembrerebbe di poter concludere, sebbene in modo semplificato, che il trauma che si riceve passando da un istituto ad un altro è più grave o quasi uguale rispetto al trauma che si subisce passando dalla libertà alla detenzione. È un aspetto su cui riflettere: probabilmente il detenuto acquisisce un ruolo, una collocazione all'interno di una struttura e quando cambia struttura perde le sue radici, il suo mondo di riferimento, le persone con cui ha contatto; inoltre possono esservi per la famiglia difficoltà a raggiungere la nuova sede, se è più lontana rispetto alla zona precedente.

Insomma, credo vi siano vari aspetti sui quali tutti, ad iniziare da noi, dobbiamo interrogarci. Il documento sintetico che abbiamo prodotto credo che possa essere utile per la Commissione, quindi lo consegno al presidente.

Lascero' tra poco la parola al mio vice, a cui ho delegato specificamente il rapporto tra amministrazione penitenziaria e regioni, ma fornisco subito alla Commissione sul tema specifico della sanità un appunto sullo stato dell'attuazione del trasferimento alle regioni a statuto speciale e alle province autonome, che poi verrà illustrato meglio dal dottor Consolo.

Sin dal mio insediamento ho registrato una forte preoccupazione del sistema penitenziario con riferimento alla sanità. Un detenuto deve essere infatti salvaguardato nella vita e nella salute, ovviamente. Ho registrato sin dall'inizio una sorta di preoccupazione riferita al passaggio dalla sanità penitenziaria alla sanità pubblica, per una serie di ragioni. Un primo motivo è che probabilmente, il medico penitenziario, avendo una presenza costante nell'ambiente penitenziario, si rende conto delle effettive necessità, della capacità di molti detenuti di strumentalizzare la propria posizione enfatizzando malattie e creando una serie di situazioni che un medico esperto dell'ambiente è in grado di gestire.

Questo è un documento provvisorio, che non mi sembra opportuno lasciare alla Commissione, però considero utile indicare il percorso logico che ho seguito per poi formulare l'osservazione finale su questo punto.

Nella regione Toscana, orientativamente, nel primo semestre del 2009 sono state portate dai vari centri di detenzione agli ospedali 534 persone; nel secondo semestre del 2009 ne sono state portate 777, per un totale di circa 1.300. Questo significa che un medico dell'azienda sanitaria locale - non più un medico penitenziario - ha disposto la visita ospedaliera per circa 1.300 persone. A fronte di questo dato, ci sono stati circa 200 ricoveri. Quindi, sono uscite dalle varie carceri della Toscana 1.321 persone e ne sono tornate indietro più di 1.100, dal momento che ne sono state trattenute per ricovero solo 206. Questo significa o che il medico che ha visitato le persone detenute ha largheggiato, oppure che la struttura sanitaria ha una forte resistenza al ricovero, cosa che mi sembra abbastanza improbabile.

Fornisco un dato che credo sia utile alla Commissione: la cosiddetta "traduzione" di detenuti significa prendere un furgone e portarli con una scorta dal carcere (per esempio Sollicciano) all'ospedale (di Firenze, ad esempio). Per compiere questa operazione soltanto in Toscana nel primo semestre del 2009 sono state utilizzate 1.570 unità di personale; nel secondo semestre, quando sono aumentate le basi di ricovero, ne sono state utilizzate 2.248, per un totale di circa 3.800 unità di personale. Si tratta di un dato che bisogna poi trasferire a livello nazionale. Abbiamo quindi impiegato, nella sola Toscana, circa 3.800 unità lavorative in un compito che poi si è ridotto, considerando il numero dei ricoveri ospedalieri effettivamente avvenuti, a circa il 15 per cento. Se avessimo portato non 1.321 persone, ma 300, avremmo avuto un risparmio di unità di Polizia penitenziaria addette a questo servizio dell'80-85 per cento. Anche questo va a incidere sul rapporto tra popolazione detenuta e Polizia penitenziaria addetta, perché se alcuni poliziotti devono lasciare l'istituto per accompagnare i detenuti in ambiente ospedaliero, evidentemente non possono svolgere il loro servizio nel carcere.

Non voglio tediare la Commissione, perché vorrei che il dottor Consolo vi illustrasse i rapporti con le regioni e le nostre difficoltà, ma vorrei esprimere un'ultima considerazione. Tra i tanti problemi dell'amministrazione penitenziaria - che sono molti perché il mondo penitenziario riproduce in

negativo il mondo esterno, con tutte le sue innegabili problematiche - vi sono le traduzioni per le convalide degli arresti, che sembrano una cosa banale, mentre invece producono numeri stratosferici. Purtroppo, in molte situazioni locali (poco a Roma, ma maggiormente altrove), quando la Polizia arresta un certo numero di persone, queste non vengono trattenute nelle camere di sicurezza come il codice di procedura penale prescriverebbe, ma vengono immediatamente allocate nelle strutture penitenziarie. Tali persone poi normalmente non vengono nemmeno interrogate in carcere, bensì tradotte negli uffici giudiziari, dove il GIP procede all'interrogatorio di convalida. Questo si traduce per noi in un enorme dispendio di energie. Nell'arco dell'anno scorso abbiamo effettuato in tutta Italia circa 300.000 traduzioni; ebbene, il 25 per cento erano legate alla sanità o alle convalide degli arresti.

Questo è un altro dato molto importante su cui riflettere, perché più sono le persone della Polizia penitenziaria addette al servizio esterno e meno sono quelle addette non soltanto alla custodia, ma anche al trattamento rieducativo, riabilitativo e risocializzante delle persone detenute.

Doris Lo Moro. Signor presidente, vorrei rivolgere una domanda per poter avere un quadro completo. Negli ultimi anni il sistema è cambiato, come ha ricordato il dottor Ionta. La situazione illustrataci finora si riferisce al sistema attuale; vorrei sapere se abbiate rilevato differenze peggiorative rispetto al sistema precedente: la sanità penitenziaria della fase precedente lavorasse in maniera più appropriata?

Franco Ionta, direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Le posso dare il dato di sensazione e di comunicazione che mi è stato affidato: c'è preoccupazione per questo passaggio. Non so fornire i dati sul numero dei malati nella precedente gestione, né indicare se siano aumentati o diminuiti, ma ho percepito, sia al centro, sia su tutto il territorio questa preoccupazione che consegno alla Commissione. A me non spetta fare valutazioni, ma si tratta di una preoccupazione che mi è stata più volte manifestata.

Se mi consentite di esprimere un parere, che vale davvero poco, credo che, se i medici che frequentano l'ambiente penitenziario acquisiscono la professionalità che aveva già il medico penitenziario, il sistema possa funzionare, mentre, se c'è una sorta di "liquidazione" del problema, di avvio verso l'ospedale "pur di", le cose siano destinate a peggiorare.

Presidente. Prima di dare la parola al consigliere Consolo, desidero ringraziare per la presenza la dottoressa Nanni, che accompagna il direttore Ionta e il consigliere Consolo.

Con riferimento all'intervento dell'onorevole Lo Moro, mi permetto di far presente come il detenuto che accede ai servizi sanitari esterni alla direzione penitenziaria rischi di essere considerato o troppo diverso o troppo uguale agli altri. In entrambi i casi costituisce un problema, nel senso che non è né uguale, né diverso dagli altri, perché porta con sé anche un bagaglio di sofferenze e di penosità di condizione personale; probabilmente in una struttura sanitaria ordinaria viene considerato o come un corpo estraneo oppure come uno uguale agli altri.

Il principio fondamentale di eguaglianza è riuscire *to be different and to be equal*, ovvero mantenere la propria diversità essendo trattati in maniera uguale.

Santi Consolo, vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Anch'io mi unisco al ringraziamento al presidente Leoluca Orlando; conosco funditus la sua sensibilità e l'attenzione alle problematiche di sofferenza sociale, il suo impegno e la sua storia di vita nel cercare di risolverle.

Ringrazio tutti voi per avermi accolto e segnatamente il presidente Ionta per avermi consentito di partecipare in virtù del particolare ruolo di coordinatore nell'ambito del trasferimento, che svolgo dal gennaio 2009. Vorrei limitarmi a pochi cenni, perché considero opportuno lasciare spazio anche alle domande e ai dubbi, per contribuire a un chiarimento reciproco. Come è stato anticipato, abbiamo portato una carpetta, che è stata frettolosamente formata per dare un contributo documentale verificabile con i dati in nostro possesso.

Vorrei fare una piccola precisazione, perché talvolta quanto si espone può essere percepito in maniera leggermente diversa e ingenerare equivoci. I dati riguardanti i suicidi riferiti prima dal direttore Ionta non sono dati percentuali sul totale dei detenuti - altrimenti sarebbero tragici - bensì sono dati calcolati in rapporto a 10.000 detenuti. Si tratta quindi di 8,2 suicidi per l'anno decorso in relazione a 10.000 detenuti, infatti il dato complessivo è pari a 58 su una popolazione detenuta attuale di 65.730 persone.

Si è accennato al trasferimento e alla parità della tutela della salute per tutti i cittadini indistintamente, siano essi liberi o detenuti. Abbiamo il dovere di applicare e dare pronta e piena esecuzione a una norma dello Stato, è il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'aprile 2008. La data è significativa anche di una fretta nell'approvazione. A fronte di un'elaborazione anche culturale abbastanza approfondita, complessa e sofferta, il decreto paga lo scotto di un'approvazione affrettata e quindi di lacune normative che abbiamo cercato di risolvere nel confronto con tutte le regioni.

Per il Dipartimento l'approccio non è stato dei migliori; eravamo nuovi arrivati in questa attività e l'abbrivio era mettere in difficoltà il Dipartimento anche con ordinanze sindacali di chiusura di determinate strutture. Potete immaginare, per esempio, cosa possa significare chiudere un ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) come quello di Montelupo Fiorentino, con i problemi che la riallocazione di 240 malati di mente comporta.

Dopo un confronto ruvido, passato anche attraverso una pronuncia del Tar che ci ha dato ragione, sono prevalsi principalmente in me, ma anche negli interlocutori, la ragione, il buonsenso e la consapevolezza di dover operare nell'interesse comune. Allo stato, i rapporti con tutte le regioni, soprattutto nell'ambito della Conferenza unificata, sono quasi idilliaci, perché collaboriamo, ci confrontiamo, cerchiamo di risolvere le problematiche nell'interesse del bene comune e, soprattutto, di coloro che soffrono.

È vero che abbiamo una disparità che si accentua nell'ambito del territorio nazionale, perché l'assistenza è diversa in relazione anche alle capacità organizzative e amministrative di ciascuna regione. Addirittura, rileviamo diversità da Asl a Asl; ciò è grave, perché il diritto alla salute è di tutti, e trovarsi in un istituto allocato in una zona territoriale piuttosto che in un'altra accentua la difficoltà.

Mi sono anche preoccupato di cercare di accelerare il processo di trasferimento con riferimento alle regioni a statuto speciale e alle province autonome. Vi ho messo a disposizione non soltanto una descrizione sintetica, ma illuminante, del grado di evoluzione della procedura per la quale si arriverà al trasferimento, ma anche un'elencazione di tutta la corrispondenza intercorsa tra l'ufficio del Dap, le singole regioni e il Ministero competente, affinché si possa attuare un pieno trasferimento e quindi una condizione paritaria per tutti.

In questo documento troverete allegati i budget previsti per le regioni a statuto speciale e per le province autonome in relazione alla gestione finanziaria che manteniamo in quei territori. Non deve allarmarvi il dato relativo alla Sicilia, con un budget nettamente superiore agli altri, perché in Sicilia è allocato l'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, che è tra i più grandi d'Italia e ha forti problematiche gestionali.

Anche in virtù delle sue competenze relative alla gestione della Cassa delle ammende, il presidente Ionta ha recentemente approvato il progetto "Luce e libertà", che riguarda l'accompagnamento generazionale per circa 20-25 anni di malati di mente che si autofinanziano all'esterno della struttura.

Noi ci siamo occupati di parecchi settori. Personalmente, ho gestito un gruppo di lavoro sulla sanità penitenziaria, costituito su impulso del presidente Ionta. Questo gruppo si è occupato di tutta la realtà sanitaria, ma in particolare degli ospedali psichiatrici giudiziari. Prima di sviluppare il documento, ho personalmente visitato ciascuna struttura, constatando una realtà quanto mai variegata nel territorio nazionale. Abbiamo l'istituto di Barcellona Pozzo di Gotto; quello di Secondigliano, che è una struttura carceraria, perché purtroppo è stato soppresso l'ospedale di Sant'Eframio; l'ospedale di Aversa, che è uno dei più grandi; l'ospedale di Reggio Emilia, che pure è una struttura carceraria; infine, la struttura di Castiglione delle Stiviere che è una realtà a sé, perché non ha agenti di polizia penitenziaria e viene gestito quasi esclusivamente sul piano

sanitario, per una scelta, voluta in esito a una convenzione, che crea sicuramente una condizione di maggiore distensione. Bisogna anche fare i conti con i costi, che ho analizzato.

In esito a queste visite, è stato predisposto questo documento, che è servito a elidere alcune incongruenze e alcune criticità delle gestioni. La struttura di Aversa, ad esempio, è stata oggetto di attenzione da parte del Comitato per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti in relazione al letto di contenzione, del quale si è giunti a sopprimere l'utilizzo, in quella struttura. Similmente, con l'ausilio di un bravissimo psichiatra, il dottor Rosania che dirige l'ospedale di Barcellona Pozzo di Gotto, si è giunti a realizzare una sorta di protocollo per il letto di contenzione o, in alternativa, una stanza di isolamento, laddove situazioni limite debbano essere trattate sotto il profilo farmacologico; tali situazioni quindi vengono gestite secondo un protocollo con cadenze temporali assolutamente rispettose sia della salute, sia della dignità del malato.

Ci stiamo muovendo a tutto campo in questi settori. Vi lasceremo anche l'elenco di tutti i documenti approvati in sede di Conferenza unificata, con un documento relativo al monitoraggio per verificare lo stato di attuazione della riforma e le difficoltà che questa comporta.

Per quanto riguarda il progetto "Luce e libertà", nella prospettiva del superamento degli OPG, abbiamo previsto un accompagnamento dei malati di mente per i quali la misura va in scadenza, con un inserimento lavorativo, utilizzando strutture confiscate alla 'ndrangheta nelle quali svolgeranno attività per la realizzazione di pannelli solari. Poiché non sono persone autosufficienti, è previsto prima un accompagnamento con un rapporto di due assistenti per ciascun malato di mente, poi di uno a uno, e infine se possibile si annulla. I malati di mente che lavorano in questo campo si autofinanzieranno, perché hanno sottoscritto personalmente (i molti non interdetti) o per il tramite del loro tutore un impegno ad autofinanziarsi con quello che guadagnano.

L'accompagnamento non sarà temporaneo, a due, tre o sei mesi, come spesso accade in questi progetti, ma durerà per circa venti o venticinque anni. Speriamo tanto nella collaborazione degli enti locali.

Venerdì 5, sarò a Messina per promuovere e sollecitare tutto questo. Si tratta infatti di una grossa scommessa, con un impegno finanziario fortissimo da parte della Cassa delle ammende (che serve anche per questo, ed è importante che lo si sappia), che mi pare abbia speso quasi 4 milioni di euro. Possiamo anche anticipare che per quanto riguarda l'Emilia Romagna abbiamo già quasi raggiunto un accordo con il presidente Errani in relazione a un nostro "pallino" fisso: decarcerizzare il malato di mente. È una situazione tragica, perché negli ospedali psichiatrici giudiziari si sta male, ma negli istituti di pena dove si trovano i malati di mente si sta malissimo. Purtroppo, il controllo farmacologico porta a deprimere il soggetto e a non dare speranza. Vedere queste persone che vegetano all'interno delle stanze provoca forte sofferenza. Ci siamo impegnati tutti.

Presidente. Grazie. Il materiale che ci avete fornito e ci fornirete sarà fondamentale per la nostra attività. C'è un problema che riguarda certamente la penosità del carcere, questo è un dato oggettivo.

Santi Consolo, vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Vorrei aggiungere che siamo giunti a un protocollo di intesa, quindi stiamo cercando di trasferire i malati da Reggio Emilia ad un'altra struttura in cui potranno vivere in maniera più dignitosa.

Presidente. Quanto alla penosità del carcere, mi sembra di comprendere che un problema riguardi l'adeguamento delle strutture carcerarie, il piano carceri che è stato annunciato e che speriamo venga realizzato al più presto, perché costituisce un passaggio fondamentale. C'è un problema di personale di Polizia penitenziaria, con le condizioni di disagio nelle quali tante volte si trova a dover operare. Il numero enorme di trasferimenti di detenuti distoglie il personale da altre funzioni. C'è, inoltre, un problema, al quale siamo interessati come Commissione da richieste di educatori e psicologi. È un problema che certamente il presidente Ionta conosce e sul quale mi permetto di richiamare la sua attenzione.

Ci sono poi problemi che si riferiscono alla capienza complessiva e al rapporto con le regioni. Mi sembra che si possa affermare che, per quanto riguarda le cinque regioni a statuto speciale, il

trasferimento non si sia ancora realizzato. Lei, da siciliano, ha evidenziato come la regione in maggior ritardo sia la Sicilia, ma comunque nessuno è ancora arrivato al traguardo, in quanto sono tutti sottoposti alle commissioni paritetiche di attuazione, che devono esprimere il loro parere. Ringraziandovi ancora, vorrei porre una domanda. Abbiamo dedicato e dedicheremo grande attenzione al tema dei suicidi, che riguarda il problema complessivo della condizione che può motivare un gesto di disperazione come il suicidio. Vorrei sapere però se abbiate dati rispetto alla ricorrenza di errori sanitari denunciati, che abbiano come vittime i detenuti. C'è infatti l'ipotesi colposa e dolosa del maltrattamento in carcere, sul quale esistono responsabilità precise, che devono essere colpite, anche perché il clamore sociale di alcuni fatti, come la vicenda di Stefano Cucchi, è davanti a tutti noi. C'è poi il problema che si riferisce al suicidio, e c'è un terzo problema che si riferisce a possibili errori sanitari collegati ai ritardi, alle difficoltà di accesso, eccetera. Probabilmente, dovremo chiedere a ciascuna regione un elenco dei casi di denuncia di errori sanitari in danno di detenuti. Do quindi la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

Doris Lo Moro. Vorrei anzitutto testimoniare che nelle mie poche visite in carcere, non su mandato di questa Commissione, ma nell'ambito del potere/dovere del parlamentare di effettuarvi ispezioni, ho verificato che alcuni casi di suicidi si erano verificati nell'immediatezza del trasferimento, come da ultimo quello di Palmi, avvenuto dopo lunghe traversie, ma a sei giorni dal trasferimento. Desidero porre l'attenzione su un tema in particolare. Mi fa piacere che sia stata sottolineata l'importanza della salute mentale, perché è difficile distinguere il disagio dalla malattia mentale. È quindi importante aver dimostrato attenzione verso questo aspetto, che per la Commissione sarà uno dei punti di partenza.

L'altro tema interessante per avviare il nostro lavoro con maggior cognizione di causa è quello della prevenzione, perché in una sanità non ancora a regime in maniera omogenea nelle diverse regioni, laddove manchi la prevenzione questa carenza può ricadere anche sulla condizione carceraria. Un detenuto non sottoposto a screening potrebbe incorrere (non per un errore sanitario, ma per mancanza di prevenzione) in una delle malattie tipiche, quali patologie oncologiche. Vorrei capire dunque se sia possibile conoscere, ad esempio, l'incidenza della morte per tumori tra i detenuti, per capire se sia confrontabile con quella dei cittadini italiani tout court.

Stanno per riprendere le votazioni in Aula, ma poiché l'argomento dell'audizione è molto importante, forse potremmo studiare gli atti e poi rivederci.

Giovanni Mario Salvino Burtone. Purtroppo, abbiamo poco tempo, ma avremo modo di leggere i documenti, che saranno sicuramente motivo di riflessione.

Vorrei cogliere l'occasione per porre la questione relativa alla tossicodipendenza, che è forse uno dei settori più delicati. Sono stati compiuti passi avanti, perché le strutture sono state dotate anche di sanitari e parasanitari che operano in questo settore. Vorrei chiedervi però dati più precisi, perché purtroppo la popolazione tossicodipendente è molto ampia ed è necessario cogliere queste necessità. Infine, vi è la questione della Sicilia, che è una delle regioni che arrancano rispetto ai necessari cambiamenti da operare.

Santi Consolo, vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Per quanto riguarda la Sicilia, con buona volontà i processi si possono accelerare e quindi si può mettere a pari con tutti.

Presidente. Poiché sono tutte inadempienti, la graduatoria è stilata in base al maggior ritardo.

Santi Consolo, vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Si parte indietro, ma, se si corre, sono tutte alla pari. Per quanto riguarda il primo profilo, è giusto avere una maggiore attenzione su questi aspetti. Abbiamo raggiunto con tutte le regioni un accordo sulla gestione della cartella clinica informatizzata, accessibile sia nell'ambito del territorio nazionale, sia - mi sono battuto per questo - da parte del Dipartimento, nell'interesse della salute del detenuto.

Potremmo infatti, ad esempio, disporre un trasferimento in una zona dove il clima sia incompatibile con la salute del detenuto.

Giovanni Mario Salvino Burtone. Questo percorso viene seguito?

Santi Consolo, vice capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Sì, si sta seguendo con un'intesa circa il sistema informatizzato Afis, che abbiamo all'interno del Dipartimento, e gli altri sistemi adottati dalla Toscana e dall'Emilia-Romagna. In un'ottica collaborativa, ci siamo assunti, anche se non ci spettava (si trattava solo di un trasferimento nell'utilizzo), l'onere economico e fattivo di cablare tutte le aree sanitarie. Le regioni sono state disponibili a rendere accessibili i dati, la cui conservazione potrebbe tornare utile anche per la problematica delle tossicodipendenze.

Per quanto riguarda la prima domanda non abbiamo, a prescindere dai suicidi, una percentuale allarmante sulle morti in carcere rispetto alle morti nell'ambiente libero. Abbiamo invece una rilevante preoccupazione circa la possibilità di diffusione di talune malattie particolarmente contagiose in ambienti chiusi. Abbiamo avuto quindi una particolare attenzione alla diffusione del virus H1N1. Personalmente, ho subito un attacco perché ho richiesto immediatamente al Ministero della salute di inserire i detenuti nelle categorie a rischio. I detenuti hanno comunque manifestato maggiore sensibilità rispetto a tutte le altre categorie, compresi i medici, raggiungendo la più alta percentuale di vaccinazioni, tanto che non abbiamo avuto problematiche ulteriori.

Per quanto riguarda la tossicodipendenza, recentemente il presidente Ionta ed io abbiamo avuto un incontro con l'onorevole Giovanardi, in esito al quale sono stato incaricato di prendere contatti con tutte le regioni. Si cerca di implementare la collaborazione attraverso un coordinamento che mi è stato affidato, al quale parteciperanno sia i rappresentanti delle regioni, sia il Dipartimento per le politiche di contrasto alla droga. Stiamo cominciando a sviluppare dati statistici sulla presenza dei tossicodipendenti negli istituti di pena, la cui percentuale ci appare molto alta, perché è elevatissimo il numero di detenuti ex articolo 73.

Possediamo alcune statistiche, che purtroppo non abbiamo portato, per quanto riguarda la varietà di tossicomanie. La cocaina sembrerebbe essere la più diffusa, seguita dall'eroina. È quindi necessario monitorare le Isole a custodia attenuata (Icat) che abbiamo all'interno, i Sert intramurari, i Sert all'esterno e, soprattutto, le strutture private accreditate.

Come prima impressione, si registra purtroppo un insuccesso nel recupero delle tossicodipendenze e nella possibilità di deflazione del tasso di recidiva, perché la legge Fini-Giovanardi prevede che non si possa andare in questa struttura più di due volte. C'è chi insiste per una terza volta, ma il problema riguarda soprattutto l'idoneità della struttura ad attuare il recupero, perché i costi sono notevoli e dobbiamo guardare maggiormente ai risultati, cercando di contenere i costi. Stiamo svolgendo questa attività con un lavoro di gruppo, che ritengo sfocerà in un documento e in linee-guida.

Presidente. Ringrazio il presidente Ionta e il consigliere Consolo della loro preziosa collaborazione. Cureremo l'acquisizione del materiale consegnatoci e vi chiederemo in seguito un incontro, che questa volta terremo presso il Dap, cui parteciperemo insieme agli onorevoli Lo Moro e De Nichilo Rizzoli, per approfondire aspetti eventualmente emersi. Vorremmo farlo dopo aver incontrato le regioni, per poter realizzare al meglio questo rapporto di collaborazione. Nel ringraziare nuovamente i nostri ospiti, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15,50.