

CAMERA DEI DEPUTATI
XVI LEGISLATURA

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

Seduta del 16/2/2010

Audizione del dottor Guido Vincenzo Ditta, dirigente medico del Ministero della salute.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del dottor Guido Vincenzo Ditta, dirigente medico del Ministero della salute.

Do il benvenuto al dottor Vincenzo Ditta, dirigente medico del Ministero della salute che si occupa dei temi riguardanti la sanità carceraria. Come è noto alla Commissione e come è opportuno che io faccia presente al dottor Ditta, abbiamo deliberato di attivare un filone di inchiesta sulla garanzia del diritto alla salute all'interno delle strutture carcerarie, posto che il tema dell'inchiesta non riguarda soltanto il diritto alla salute dei detenuti, ma anche le condizioni di salute di coloro che operano all'interno della struttura sanitaria. Per questo motivo abbiamo anche sottolineato l'importanza del completamento degli organici del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria anche con figure come educatori o psicologi, che riteniamo possano contribuire alla qualità della vita all'interno delle strutture carcerarie. Abbiamo iniziato questa attività con la disponibilità a un impegno particolare da parte delle colleghe Lo Moro e De Nichilo Rizzoli, che hanno chiesto di seguire particolarmente questo filone, e con l'audizione del presidente Franco Ionta, direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, e del suo vice, dottor Santi Consolo. È stata un'audizione interessante, della quale abbiamo doverosamente avvertito il Ministro della giustizia e il Ministro della salute, essendo nostro compito quello di informare i Ministeri di riferimento di tale attività.

Con il Ministro Fazio abbiamo ritenuto che fosse necessaria la presenza del Ministero, che ci serve per poter poi completare il percorso con l'audizione delle regioni. In questa materia, infatti, gran parte della competenza è certamente riferibile all'attività delle regioni, ancorché, per quelle a statuto speciale, il procedimento di realizzazione della previsione normativa non sia stato per intero realizzato per via della mancata approvazione delle norme di attuazione previste dagli statuti speciali delle cinque regioni interessate.

Nel corso dell'audizione con il presidente Ionta e con il dottor Consolo, abbiamo acquisito dati ed elementi, formulato alcune domande per le quali il presidente Ionta farà pervenire eventuali note integrative. Faremo lo stesso anche con lei: laddove ci fossero domande o richieste cui lei ritiene sia necessario rispondere in un secondo momento, sarà poi nostra cura ricordargliele e sarà sua disponibilità fornire una risposta.

Non devo aggiungere altro, se non rivolgerle il benvenuto a nome della Commissione e chiederle di illustrare quelli che lei ritiene siano i punti di criticità del sistema, avendo noi una missione, rispetto a questa Commissione: far crescere la fiducia nel funzionamento delle strutture sanitarie nel nostro Paese. Il nostro compito non è, quindi, di alimentare sfiducia, ma di far crescere fiducia, che, peraltro, è il modo migliore per apprezzare il comportamento dei tanti che svolgono la loro funzione con sacrificio e professionalità.

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Non mi sento completamente a mio agio, naturalmente, in un consesso di questo tipo, essendo un medico operativo di sanità pubblica che, da 35 anni, al Ministero della salute, si occupa...

PRESIDENTE. Consente una battuta? È la persona giusta al posto giusto!

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Comunque, è la prima volta per me. Ho partecipato anche a molte altre audizioni sulla salute mentale, però insieme a tanti altri; qui mi sento sotto i riflettori. Comunque, non è un problema: sono abbastanza vecchio da non temere attacchi d'ansia, non vi preoccupate di questo.

Vorrei partire dal discorso della fiducia. La fiducia, nella pubblica amministrazione in generale, ma nella sanità in particolare, non è data per scontata, ma si acquisisce con la qualità delle prestazioni: se un servizio è di qualità, la fiducia è scontata, a parte una frangia di gente che può essere sempre scontenta per problemi «psico». Credo che questo sia fondamentale, perché il Servizio sanitario nazionale, in tutte le sue gioie e dolori deve puntare a una valutazione di qualità, che si riferisce all'organizzazione, ai processi, ossia alle competenze professionali degli operatori e ai risultati che vengono prodotti; peraltro, tutti gli atti programmatici vanno in questa direzione, anche per quanto riguarda la sanità penitenziaria, come dirò a breve. Ciò ha una rilevanza assoluta, perché è da lì che nasce poi la fiducia dei cittadini. La sanità penitenziaria è entrata, con un po' di irruenza, in un mondo diverso, quello del Servizio sanitario nazionale, fatto apposta per tutti noi cittadini. Ho avuto modo di conoscere la realtà penitenziaria, soprattutto gli ospedali psichiatrici giudiziari, già da cinque anni e ho potuto confrontare le diverse culture esistenti all'interno dell'amministrazione penitenziaria e nella sanità. Il presidente riferiva che avete ascoltato il presidente Ionta e Santi Consolo, che incontro spesso: con il dottor Consolo proprio domani abbiamo un gruppo di lavoro sulle tossicodipendenze.

Dato questo quadro di contesto, la qualità si evidenzia come un obiettivo da raggiungere; ciò che vale per tutta la sanità. Forse è utile ricordare che, grossolanamente, il nostro Paese si divide in tre parti, anche dal punto di vista della sanità: ce n'è una di eccellenza, una media e una che avrebbe necessità di essere aggiustata. Non traccio qui la storia di questo fenomeno, che non si distingue tra nord, centro e sud - ci sono anche parecchie mescolanze rispetto alla qualità - però è opportuno, sempre per introdurre il tema, che sappiate che ci sono regioni soggette a piani di rientro del fondo sanitario nazionale perché hanno sforato i propri bilanci: Lazio, Campania, Sicilia, Sardegna, Abruzzo e, per alcuni aspetti marginali, Liguria.

Purtroppo - anch'io sono meridionale di origine, anche se da 50 anni vivo a Roma - esiste questo aspetto, che viene sempre declinato: non è detto che chi più spende, chi sfora, dia qualità, più sanità, più prestazioni; anzi, a quanto pare, c'è una mala gestione e, quindi, un risultato perverso. La sfida del Paese, tuttavia, è proprio questa e il Ministero è impegnato in prima linea sugli obiettivi di miglioramento della qualità media dei servizi. In questa cornice, la sanità penitenziaria, non può che incontrare gli stessi problemi del Servizio sanitario nazionale. Forse nella gestione dell'amministrazione penitenziaria il servizio sanitario aveva una sua omogeneità, però può darsi che non si sottolinei sufficientemente che la sanità penitenziaria gestita dalla giustizia si serviva moltissimo del Servizio sanitario nazionale, attraverso convenzioni, rapporti convenzionali o utilizzo di specialisti; c'erano regioni che pagavano da anni i farmaci di fascia C, che sarebbero a carico dei cittadini. Era, dunque, un sistema già misto, in cui la sanità cosiddetta penitenziaria gestita dalla giustizia non poteva sopperire ai bisogni, alla domanda di salute della popolazione detenuta, se non attraverso rapporti convenzionali. Mi riferisco anche alla giustizia minorile, che forse è un capitolo che viene un po' messo da parte; sono problemi che riguardano una minore quantità di persone, ma non meno importanti dal punto di vista delle questioni da affrontare e delle prestazioni da offrire. Anzi, a maggior ragione, essendo soggetti minori, in età evolutiva, se si riuscisse a intervenire prima che cronicizzino nella carriera criminale, si renderebbe un buon servizio al nostro Paese.

Non vi è, pertanto, di fatto, un taglio netto di competenze nel momento in cui il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008 decreta tale passaggio. La realtà è che non si hanno più i quattrini per finanziare ciò che si finanziava e ciò crea problemi di ordine organizzativo, i quali poi, a cascata, si ripercuotono anche sulla presa in carico e sulla possibilità per gli operatori sanitari di acquisire maggior competenza. Mi riferisco a coloro che non avevano esperienza nelle carceri, ma i medici penitenziari, per la maggior parte, sono rimasti dov'erano, non sono andata via,

e continuano a fare ciò che facevano, ma devono farlo all'interno di un'organizzazione diversa, che ha regole diverse. So di medici penitenziari che arrivano a fare ambulatorio alle 11; questo alla ASL non va bene. Cerchiamo di organizzare un servizio che risponda a criteri di maggiore razionalità. Le criticità principali, in realtà, stanno proprio nell'aggiustamento dei rapporti e dei ruoli fra un prima e un dopo (o un adesso che diventerà un dopo). Per esempio, una criticità è stata rappresentata, nel passaggio, il ricorso eccessivo, in molti territori regionali, a traduzioni, ossia a visite specialistiche all'esterno. Per l'amministrazione penitenziaria questo è un problema, perché richiede l'impiego fuori dalle carceri di molta polizia penitenziaria, che deve svolgere tali traduzioni. C'è stato un problema serio in Puglia, ma anche in Toscana e un po' in tutte le regioni. Sono i fenomeni dei primi momenti, che poi devono trovare un assestamento; il modo per realizzarlo è, fondamentalmente, il coordinamento nazionale.

Sapete che esiste un tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza unificata Stato-Regioni e autonomie locali, in cui il Ministero della giustizia, quello della salute, le regioni e i comuni sono rappresentati proprio per monitorare l'attuazione del percorso. Esiste anche un comitato paritetico, più ristretto, per monitorare il problema degli ospedali psichiatrici giudiziari. In ciascuna regione - forse mi ripeto, ma è importante definire il contesto - è previsto un osservatorio regionale, composto dall'amministrazione regionale, dal Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), e dal Dipartimento per la giustizia minorile. Dimentichiamo sempre la giustizia minorile, ma, ovviamente, il Dipartimento per la giustizia minorile è presente anche a livello nazionale.

Potete immaginare tutte le difficoltà di dialogo fra culture diverse; quella dell'amministrazione penitenziaria, abituata, come si dice in dialetto, a «cantarsela e suonarsela da sola» nel bene e nel male, aveva però un senso, come tutte le realtà, che non sono criticabili di per sé, perché funzionano come assestamento fisiologico dei problemi. Quando c'è un cambiamento, la fisiologia è un po' scardinata e, allora, bisogna avere la buona volontà di porvi rimedio.

Prima di tutto, come amministrazione, dobbiamo credere a questo passaggio; deve essere un valore aggiunto, altrimenti perché l'abbiamo effettuato? Almeno io, che sono rappresentante del mio Ministero, partecipo con questo spirito ai tavoli di coordinamento nazionale. Sostenere che era meglio prima non è costruttivo. Non era meglio prima e, comunque, siamo su questa strada e bisogna trovare tutte le soluzioni.

Mi sembra che adesso stiamo procedendo in una direzione decisamente più favorevole. Da quando il dottor Santi Consolo ha assunto il coordinamento, per quanto riguarda la presenza e la partecipazione ai tavoli di consultazione - per gli adulti, perché per i minori c'è un altro dirigente - la situazione è decisamente migliorata, perché ci si intende, ci si parla, si espongono i problemi. Non c'è alternativa, se non tornare quella di indietro: credo, però, che non sarebbe meno traumatico, perché si ripercorrerebbe un trauma per cui da una fisiologia si ritorna a una patologia e poi, prima di riadattarsi, ci vorrebbe tempo.

Credo che tutti i problemi che riguardano la gestione di servizi abbiano bisogno di buoni professionisti, di gente che ci crede, di una pubblica amministrazione che crede in quello che fa e nella propria *mission*, altrimenti si fa piccolo cabotaggio e ci si attesta su quello che dispongono le leggi. Le leggi, però, non possono disporre più di tanto; sono gli atti amministrativi, quelli di programma, a contare. Sono diventato vecchio, ma ogni volta che vedo che, per risolvere un problema, c'è una nuova legge, mi metto le mani nei capelli, perché mi rendo conto che non lo risolve, perché magari non si concilia con una legge precedente, si intreccia, succede un guazzabuglio e poi non si capisce come ci si deve regolare con i decreti attuativi. Questa è una parentesi da vecchio medico di sanità pubblica. Voglio tornare, invece, sul punto che le criticità ci sono, ma esistono il modo e la volontà di superarle: l'importante è dirsi tutto.

Per quanto riguarda il servizio sanitario, le criticità sono quelle che ho citato all'inizio. Sapete che le regioni hanno competenza esclusiva sul piano organizzativo dell'erogazione dei servizi; il Ministero della salute non ha più nemmeno la funzione di indirizzo e coordinamento che aveva prima del Titolo V. Questo è un dato di fatto, che va superato, stimolando anche i coordinamenti

interregionali. Le regioni hanno un coordinamento principale interregionale per la salute, il cui attuale coordinatore è la regione Toscana, e poi esiste un coordinamento anche per la sanità penitenziaria, creatosi proprio nel 2008, assunto ugualmente dalla regione Toscana. Tengono alcune riunioni, quasi sempre poco prima degli incontri sul tavolo nazionale, e vi è quindi l'opportunità di confrontare i problemi.

Voi ascolterete, immagino, il coordinamento - non so se tutte le regioni - ma è evidente che il coordinatore non può garantire la qualità di per sé; chi coordina ha lo scopo di sollecitare l'adozione di strumenti programmatici che consentano di superare *impasse*. Peraltro, ci sono *impasse* ed *impasse*. Ci sono, inoltre, come ricordavamo prima, le tre velocità della salute nel sistema sanitario, e problemi reali in alcuni servizi, con personale che va in pensione e non è rimpiazzato. Molti servizi, nel Lazio, subiscono questa realtà. Io mi occupo soprattutto di salute mentale, i cui servizi sono molto sensibili rispetto alla *mission* di una presa in carico continuativa; non si tratta del rapporto clinico di una visita *una tantum*, per cui si dà la cura al paziente, che poi va a casa e guarisce. Ci sono servizi sensibili, come la salute mentale e la tossicodipendenza, in cui la continuità assistenziale deve essere garantita, altrimenti scriviamo ciò solo nei documenti e poi non lo applichiamo nella pratica.

Queste sono le criticità, che quindi attengono alle risorse, finanziarie e umane. Sono abbastanza franco nel riferire gli elementi che conosco, ovviamente, non sono omertoso. Non piace a nessuno sentire dichiarazioni di principio, alle quali poi non è possibile dare seguito, se le criticità sono oggettive e necessitano di strumenti correttivi importanti. Se le criticità attengono, invece, a competenze professionali carenti, il discorso cambia: si predispongono programmi di formazione, di aggiornamento e via elencando.

Dopo questa prima carrellata di informazioni che vi ho fornito, vorrei completare il quadro ricordando che, ovviamente, il tavolo di coordinamento nazionale non può risolvere tutti i problemi, ma, intanto, abbiamo posto all'approvazione della Conferenza unificata, e quindi dei Ministri e dei presidenti delle regioni, alcuni documenti importanti. Il primo è un accordo di programma sulle modalità di rapporto tra mondo sanitario e mondo penitenziario, sia a livello di regione - non a livello nazionale, perché non ha senso - sia dei singoli istituti, proprio per definire lo scambio delle informazioni e tutte le attività che devono essere svolte, a partire dall'ingresso, le indicazioni su quando i medici possono entrare. A livello nazionale è impossibile sapere se tali attività vengano svolte oppure no ed è per questo che - credo dopo il 19 - la Conferenza unificata dovrebbe approvare un documento che si riferisce al monitoraggio dell'attuazione.

Tale documento di monitoraggio - abbiamo predisposto alcune schede e questionari - responsabilizza le regioni e, quindi, gli osservatori regionali a rispondere e a fornire un quadro aggiornato della realtà, in termini di operatori, in un arco di tempo compreso fra il 2008 e il 2009: quali sono le strutture sanitarie più specifiche, i centri clinici, le custodie attenuate per i tossicodipendenti, i servizi dedicati ai disturbi mentali, anche se sappiamo già che, per esempio, in tutta Italia c'è un unico servizio dedicato agli infermi di mente, che vanno a finire negli ospedali psichiatrici giudiziari. Quest'ultima è una situazione anomala, che va corretta, ma di cui siamo consapevoli, come lo è anche il Ministero della giustizia.

Il percorso è lungo, ma non bisogna demordere, perché abbiamo le energie e le possibilità di diversificare la lettura dei problemi e di dare risposte diversificate. I principali problemi sanitari nelle carceri sono noti a tutti, anche se non ne esiste una rilevazione puntuale. L'amministrazione penitenziaria non aveva una rilevazione puntuale degli stati patologici; ne ha eseguita solo una a campione nel 2005. Invece, è importante disporre di dati sullo stato di salute e conoscere quali sono le patologie ricorrenti. Si sa che sono le tossicodipendenze, disturbi mentali, anche con dati internazionali; le malattie infettive, in misura minore; poi ci sono i disturbi cardiovascolari e quelli della masticazione, che, a volte, comportano problemi notevoli. Comunque, i principali sono questi: tossicodipendenze e disturbi mentali, con alte prevalenze, fra il 40 e il 50 per cento, con commistioni di patologie, essendo le tossicodipendenze spesso miste a disturbi mentali. La gestione di tali problematiche in istituti chiusi non è facile e deve intervenire la capacità di creare nuovi

percorsi.

Si dice sempre che nelle carceri è impossibile svolgere un buon lavoro perché c'è il sovraffollamento e c'è poco personale, eppure ci sono alcune buone pratiche. Credo che tutti conosciate l'esperienza di Bollate, vicino a Milano. Il direttore penitenziario del carcere, una donna, ha scritto un libro che si intitola *Diritti e castighi*, un'ottima lettura. Se si mettono insieme alcune intelligenze, gli obiettivi si possono raggiungere, magari non al pari di Bollate, perché, altrimenti, le eccellenze non sarebbero tali, però si può migliorare la qualità media degli interventi negli istituti. La seconda fase o, anzi, la fase parallela è quella di creare o di proporre anche ad altri operatori, servizi e istituti percorsi che mostrino di essere efficaci e che si possano definire come buone pratiche; ciò vale sia per gli adulti, sia per i minori.

È scritto nelle norme che l'obiettivo della detenzione non è la detenzione in sé, ma il recupero; infatti c'è un'attività «trattamentale», come è definita dall'amministrazione della giustizia penitenziaria, che comprende anche l'inserimento lavorativo. Comincia, però, a essere molto chiaro a tutti che non c'è separazione fra cura della persona e riabilitazione, soprattutto con riferimento a campi di grosse prevalenze, come le tossicodipendenze o i disturbi mentali. Un trattamento di recupero, quale l'inserimento lavorativo, non può prescindere dalla presa in carico sanitaria.

Uno degli obiettivi che ci si propone, quindi, e che soprattutto il mio Ministero tende a sottolineare è proprio quello di lasciar perdere la separatezza fra competenze della giustizia, che riguardano i trattamenti di cui si occupa il direttore penitenziario con gli educatori, e della sanità e cercare di elaborare programmi congiunti, proprio perché dimostrano di essere efficaci, per esempio a Bollate: lì vi è un programma contro i *sex offender* affidato non a uno sparuto psicologo, ma a un'*équipe* di 20 persone. Non tutti possono avere *équipe* di tali dimensioni, però è importante puntare a tali obiettivi: magari non potranno essere venti, ma cinque; l'essenziale, comunque, è acquisire l'*expertise*, la competenza, cioè elaborare un programma; poi i risultati si vedono, perché non si verificano le recidive. Si dice che le recidive a Bollate siano due su dieci, mentre la media nazionale è di sette su dieci. Ho voluto portare questo esempio per mostrare che è possibile ottenere alcuni obiettivi e che gli esempi esistono.

Quali sono gli strumenti? Non credo che ci sia la necessità di nuove norme, ma, invece, di elaborare accordi di programma molto precisi, in cui ci si impegna, ognuno stanziando le risorse che può; per esempio, in programmi di questo tipo, ci sono risorse sanitarie, penitenziarie e dei comuni. Si elaborano gli accordi di programma e si decide chi deve fare che cosa e che risorse mette a disposizione. Questa è una delle strade, anzi, forse quella principale per avere risultati efficaci.

Forse sto parlando troppo e vi sto riferendo elementi affastellati l'uno con l'altro, che però nella mia testa hanno un filo logico, dalle criticità alle soluzioni.

PRESIDENTE. La ringraziamo per la sua esposizione, dalla quale mi sembra possibile trarre alcune considerazioni.

In primo luogo, le siamo grati per aver richiamato con forza il tema della giustizia minorile e, quindi, della garanzia del diritto alla salute nelle strutture deputate ai minori.

In secondo luogo - un altro passaggio che mi sembra importante - lei ha posto in rilievo come anche la sanità penitenziaria subisca il problema legato ai tagli delle risorse finanziarie necessari per fronteggiare le esigenze di rientro delle regioni. È evidente che non si tratta di attivare realtà che prima non c'erano e diventa più facile, invece, difendere quanto già figurava nei bilanci e nelle previsioni delle regioni che, peraltro, a loro volta, rientrano, sotto tale profilo, nella competenza della Commissione.

Lei ha fatto riferimento al fatto che, comunque, non c'è mai stata la separatezza - mi permetto di anticipare che non condivido questa affermazione per le ragioni che illustrerò - e che la continuità professionale tra ieri e oggi è una garanzia per tutti. Tale continuità professionale avviene, però, in una struttura diversa. Se esiste un settore nel quale si hanno a disposizione i dati su tutto, in Italia, è quello della sanità. Stupisce, quindi, che non ci fossero dati con riferimento alla sanità nelle strutture penitenziarie.

Per questa ragione mi sono permesso di affermare che dalla sua relazione emerge, sostanzialmente, l'incertezza oggettiva, per mancanza di dati, su temi che riguardano la salute mentale, la tossicodipendenza, e, quindi, poi, per converso, gli eventuali errori sanitari e i suicidi nelle strutture sanitarie. Sono dati che, invece, premendo un bottone, si conoscono con riferimento al Servizio sanitario nazionale. Da questo punto di vista, forse, il passaggio al Servizio sanitario nazionale presenta, dunque, un elemento positivo: una conoscenza rispetto al passato che prima non c'era, perché rimaneva all'interno della struttura penitenziaria e che sicuramente è necessaria. Per questo motivo sostengo che non ci sia una continuità. La mia osservazione non rappresenta comunque una critica, ma una notazione positiva.

Passo al secondo aspetto. Mi sembra di capire che non ci sono dati - se ci fossero, ne saremmo grati - sul rapporto tra le condizioni di vita e il disagio legato, in parte, alla penosità della pena. Non è un gioco di parole, ma la ripetizione esattamente della stessa condizione. Non ci sono dati rispetto alla tossicodipendenza o agli errori sanitari, o, almeno, non dati puntuali, ma empirici, di massima. Anche in relazione al suicidio abbiamo registrato un'incongruenza, nel senso che, a volte, non viene rubricato come suicidio quello che, di fatto, lo è. È difficile stabilire se l'incidente provocato da un detenuto che effettua pratiche che mettono a rischio la sua vita sia dettato dall'intenzione di uccidersi o da un errore nell'uso di tali pratiche all'interno della sua cella.

Tutti questi aspetti mi portano ad affermare che per noi sarà di enorme importanza avere dati su quello che emerge dall'iniziativa che è stata intrapresa. Mi sembra di capire che diversi osservatori regionali risponderanno a un questionario che avete diffuso.

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Dobbiamo ancora diffonderlo, perché verrà approvato il 19.

PRESIDENTE. Pensavo fosse in una fase più avanzata. Le sono molto grato.
Do ora la parola ai colleghi che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

LAURA MOLTENI. Vorrei svolgere alcune considerazioni. Mi interesserebbe conoscere anche i dati relativi alla diffusione di epatite A, nonché di altri tipi di epatite, e dell'HIV. Inoltre, vorrei sapere se c'erano dati anche sotto l'aspetto epidemiologico.

Quando si parla di salute negli istituti penitenziari, occorre sottolineare che non ci sono solo i detenuti, ma anche gli agenti di polizia penitenziaria, che spesso, in tanti istituti, sono carenti sotto il profilo numerico ed effettuano anche turni ulteriori rispetto al normale orario di lavoro. Mi interessa conoscere se, oltre al servizio di *tutoring* psicologico a disposizione dei detenuti, esiste anche un servizio di sostegno a disposizione degli agenti.

Penso, ad esempio, agli agenti che si trovano per sei mesi, un anno, o tre anni, in alcuni reparti molto particolari. Ci sono rami carcerari nei quali sono ospitati tutti insieme detenuti che hanno commesso reati sessuali o altri tipi di reati efferati, come gli omicidi. Sarebbe interessante capire anche le dinamiche che vengono messe in atto all'interno del carcere, legate, da una parte, al vivere quotidiano dei detenuti ma, dall'altra, anche a quello degli agenti di polizia penitenziaria. Penso che ci voglia un bel «pelo sullo stomaco» a sentir raccontare come i detenuti macchinosamente sono arrivati a commettere un delitto efferato in un certo modo, con sfondi e risvolti particolari. Sono situazioni sicuramente preoccupanti.

Inoltre, visto che molti agenti di polizia penitenziaria sono distanti da casa e dai propri familiari, vorrei sapere come sono seguiti. Da una parte, dunque, ci sono i detenuti, ma, dall'altra, anche chi lavora lì dentro dalla mattina alla sera, perché quello è il suo lavoro per tutta la vita. Mi interessa, dunque, anche la tutela della salute del lavoratore, in tutti i sensi.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Ringrazio il dottor Ditta per l'esauriente relazione, anche se, con molta onestà, non supportata da dati; ci auguriamo, però, che, nel minor tempo possibile, si possano avere, onde poter discutere in maniera molto più razionale di questo fenomeno.

Devo confessare, dottore, che mi ha colpito, nella sua analisi, un atteggiamento quasi fatalista; spero di sbagliarmi e le chiedo una spiegazione in merito. Anche se lei ha evidenziato alcune eccellenze - ad esempio l'esperimento di Bollate - ho percepito il suo estremo interesse per tali esperienze fortemente positive, ma, alla luce dei fatti e delle situazioni particolari, il tutto sembra essere, con un atteggiamento fatalista, legato alle condizioni anche economiche delle regioni in cui sussistono determinate strutture.

È inutile nasconderci. Lei ha parlato specificatamente di Bollate e, quindi, di Lombardia, una regione, che, magari, può permettersi anche di prendere in considerazione politiche di sanità carceraria che consentano la messa in atto di *equipe*, ad esempio, di 20 specialisti. Le chiedo se il Ministero della giustizia si fa carico, invece, delle situazioni estremamente diversificate offerte dal nostro territorio nazionale, dalle nostre regioni.

La sanità, come lei ha affermato all'inizio, si può dividere in tre gradi: quella di eccellenza, quella accettabile, media, e quella che presenta enormi lacune. Seppure tali soluzioni non siano condivisibili, chi è fuori può permettersi anche di raggiungere una struttura sanitaria ubicata, magari, dall'altro lato della nazione e affrontare le cure in un determinato modo; chi è recluso deve, invece, obbligatoriamente subire tale realtà e, quindi, vivere una situazione drammatica, conseguenza diretta, anche, delle sensibilità di chi a livello regionale si occupa di sanità carceraria; bisogna, inoltre, fare i conti anche con le economie.

Immagino come si venga incontro a tali realtà nelle regioni che hanno già una situazione economica poco piacevole. Il ministero se ne fa carico? Possiamo avere, ad esempio, alcuni dati che ci mettano nelle condizioni di capire se l'esperimento di Bollate sia frutto solo ed esclusivamente della sensibilità e della professionalità della direttrice del carcere o, invece, anche conseguenza di una disponibilità e di una sensibilità a livello dell'amministrazione regionale? Lei stesso ha evidenziato come la sanità sia compito delle regioni e che a livello nazionale ci si limita soltanto a tracciare alcune linee guida.

DORIS LO MORO. La ringrazio per essere venuto e per le informazioni che ci ha fornito. Vorrei però chiederle un chiarimento a proposito della continuità nel servizio del personale medico e paramedico nelle strutture carcerarie. È noto e anche lei ha fatto riferimento alla circostanza che, in precedenza, il servizio veniva assicurato attraverso personale in convenzione e reperito sul mercato, ma non inquadrato in organico. Ora, in questo cambio di gestione, è prevista la possibilità che ci sia un organico fisso ed eventualmente convenzioni anche a supporto e a integrazione o il personale è tutto reperito sulla base di convenzioni? Come viene selezionato quello convenzionato, sulla base di concorsi o con una nomina di carattere fiduciario?

CARMINE SANTO PATARINO. Grazie della sua presenza, della relazione e delle notizie che ci ha fornito.

Vorrei iniziare con una domanda relativa alla situazione di Bollate. Lei ha riferito che vi operano 20 psicologi. Perché lì ce ne sono 20 e altrove non è possibile averne? A parte l'elemento umano, che avrà fornito un contributo maggiore rispetto ad altre realtà, quali sono i motivi? D'altronde, se non ci fossero stati i mezzi, credo che Bollate non avrebbe potuto diventare il buon esempio di cui si parla.

Abbiamo parlato di una sanità di eccellenza, di una media e di un'altra da rifare completamente. Con riferimento alla situazione generale delle carceri italiane, possiamo affermare che esse siano attrezzate a livello di infermeria in maniera tale da godere di un giudizio, se non di eccellenza, almeno di sufficienza? Una domanda banale: se un detenuto o un agente di custodia dovesse essere colpito da un *ictus* o da un infarto, qual è la situazione delle carceri a livello di infermeria? C'è possibilità di ricevere i primi soccorsi, quelli che possono salvare la vita?

GIOVANNI MARIO SALVINO BURTONE. Vorrei svolgere solo poche considerazioni, anche perché nelle considerazioni del presidente ci sono elementi che condivido, come, innanzitutto la

necessità di avere a disposizione dati certi. Ho apprezzato quanto è stato riferito, però non c'è dubbio che il lavoro che vogliamo svolgere deve avere come riferimento elementi di certezza e non considerazioni di ordine generale. In merito, credo che anche le considerazioni emerse abbiano offerto un quadro non confortante della situazione italiana.

Incrocio le sue considerazioni con quelle che ci sono state offerte dal DAP, l'altra sera. La sanità nelle strutture carcerarie è a più velocità: ci sono pochissime strutture di livello, ce ne sono alcune che hanno un minimo di servizio e altre che non ne hanno affatto. Se siamo qui è perché è nostro dovere indagare, capire quali siano queste realtà e fare uno sforzo di natura politica affinché questo quadro di ingiustizie possa essere superato.

Mi viene, inoltre, spontaneo chiederle qual è la situazione delle regioni a statuto speciale (sulla quale vorrei avere, non ora, ma più avanti, dati più precisi). Mentre nel resto delle regioni d'Italia c'è una presenza, come ripeto, a macchia di leopardo, per quel che ci riguarda assolutamente non accettabile, appare ancora più grave la situazione delle regioni a statuto speciale, dove - non so se condivide - sembra affiorare proprio l'inconsistenza di alcune strutture e la necessità che su tali realtà venga puntata la nostra attenzione.

PRESIDENTE. Sospendo la seduta, che riprenderà tra cinque minuti.

La seduta, sospesa alle 20,50, riprende alle 20,55.

PRESIDENTE. Vorremmo sapere se coloro che si trovano all'interno delle strutture penitenziarie, siano essi la polizia penitenziaria o i detenuti, che, ovviamente, meritano entrambi un'attenzione adeguata - sarebbe singolare che ce ne fosse di più per una categoria anziché per un'altra - siano adeguatamente curati?

Vorrei inoltre porre una domanda sull'infermeria. Se un detenuto si trova all'Ucciardone e un altro a Bollate, il primo viene curato in un'ottima struttura sanitaria a Palermo, mentre il secondo in una pessima struttura sanitaria in Lombardia. Mi sono permesso di compiere un'inversione, per evitare di essere scontato. Chi garantisce che ci sia un'appropriata cura del malato? In condizione di non detenzione si sceglie dove andare, c'è libertà di mobilità; in condizione di detenzione, esiste, invece, un sistema per evitare che, se si ha la sfortuna di essere in una struttura carceraria, peraltro male attrezzata, inadeguata, fonte anche di patologie, tocchi subire, oltre alla struttura penitenziaria, anche quella sanitaria non adeguata, mentre un normale cittadino della stessa città, potrebbe prendere l'aereo o il treno e andare a farsi curare in maniera più adeguata? Esiste un sistema che garantisca questo diritto?

L'altro aspetto riguarda la domanda che veniva posta: oltre a non essere curati, ci si ammala pure? Ci sono dati su malattie proprie di chi si ammala perché si trova in carcere, anziché entrare quando è già malato e non essere curato adeguatamente? Sono questi i due punti più importanti dell'inchiesta ai quali dobbiamo dare una risposta, perché poi, alla fine di questo percorso, non possiamo suggerire di chiudere le carceri, ma di migliorarle, e non possiamo costringere il detenuto a subire la cattiva sanità. Se non esiste un'adeguata struttura sanitaria per la tutela della sua salute, chi garantisce il detenuto? Dobbiamo aspettare che l'avvocato faccia un ricorso a seguito di perizia medica? Nel frattempo, c'è il rischio che il detenuto venga mal curato e muoia, considerato che abbiamo davanti persone che vivono la più terribile delle sofferenze, ossia la limitazione della libertà personale.

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Mi sembra che la domanda principale sia quella che ha formulato ora il presidente: è una questione di fortuna o sfortuna trovarsi in una struttura dove si è ben curati e si è ben presi in carico, oppure si può provvedere affinché non sia questione di fortuna o sfortuna? A me sembrava di averlo detto all'inizio come prospettiva, non come dato di fatto. Oggi sembrerebbe che sia proprio una questione

di fortuna o sfortuna, anche se non è proprio il termine esatto, perché è come dire di trovarsi in un luogo rispetto a un altro.

PRESIDENTE. Rischia di essere una non prevista pena accessoria.

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Sì, certo.

PRESIDENTE. Oltre alle pene vere e proprie, c'è quella accessoria della cattiva cura delle proprie patologie.

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Cerco di rispondere un po' a tutti. Per quanto riguarda i dati epidemiologici mancanti, ci stiamo attrezzando a colmare questa lacuna attraverso una cartella clinica, che dovrà fornire i dati sanitari; è stata approvata, ma deve essere perfezionata. È prevista la formazione di un sistema informativo sanitario nazionale sulla salute dei detenuti internati e minori. Questa è la prospettiva, che mi pare giusta, perché io non sono da questa parte a dimostrare alcune tesi e voi dall'altra a confutarle. Credo che siamo entrambi, con ruoli e responsabilità diverse, interessati a creare condizioni di civiltà nel nostro Paese. Almeno, questo è il mio punto di vista.

Bisogna saper leggere la realtà in cui si opera, che non è quella di esterna, ma quella interna. Si parlava prima del carcere come sistema relazionale. Il carcere è un'istituzione totale, come direbbero i sociologi di un po' di tempo fa, e occorre, quindi, assicurare il benessere non solo degli internati, ma anche del direttore del penitenziario, dei vicedirettori, e soprattutto della polizia penitenziaria, che è quella che sta a contatto per ore e ore con i detenuti. Voi sapete che è attestato il più alto tasso di assenze per malattia nella polizia penitenziaria. Si capisce: il *burnout* e lo *stress* sono notevoli.

Le regioni vi risponderebbero, su questo piano, che a loro sono stati attribuiti i fondi per curare i detenuti e non la polizia penitenziaria. Questo è un dato di fatto, perché la polizia penitenziaria gode, come tutti i cittadini, del Servizio sanitario nazionale.

Avevo enucleato, però, due filoni di pensiero: uno riguarda il tentativo di mettere un po' di ordine organizzativo a questo traballamento iniziale, l'altro, invece, proprio quello di elaborare programmi, come quelli che si fanno a Bollate, che abbiano spessore culturale e si rivolgano alla capacità di leggere la realtà carceraria nel suo complesso. Bollate, peraltro, non è un prodotto di adesso, ma risale a prima del passaggio della sanità penitenziaria da un'amministrazione all'altra, rappresenta una buona prassi che viene da più lontano. Studiare come si creano le buone prassi è importante, perché si può capire quali sono le variabili da mettere in campo.

Dobbiamo innanzitutto cercare di mettere ordine organizzativo, e, quindi, realizzare un sistema che non sia basato su personale precario. Peraltro, la maggior parte dei passaggi di operatori erano relativi a personale di ruolo, non precario o a convenzione; solo pochi erano convenzionati. Le convenzioni di cui vi ho parlato si riferivano alle prestazioni specialistiche, per le quali erano impiegati specialisti convenzionati; la medicina di base, invece, è assicurata soprattutto da medici e infermieri di ruolo. Queste sono le figure principali, che ancora esistono. Il punto è: sono sufficienti o non lo sono? Questa è una valutazione in corso.

Non credo si debba prima aspettare di stabilizzare l'organizzazione. Ci stiamo provando con diversi sistemi di *input* a livello nazionale e poi con il coordinamento delle regioni e degli osservatori regionali. C'è poco da fare: ci sono territori in cui ci si parla e si è fattivi e operativi, e altri in cui fra amministrazione penitenziaria e regioni si parla poco. È un dato di fatto. Quando parlo di migliorare la qualità media degli interventi, mi riferisco anche a quella dei rapporti, alla capacità di mettersi in gioco e di essere meno burocrati, in sostanza, anche ad aspetti di qualità.

Occorre, quindi, una stabilizzazione organizzativa, con un personale stabile e un servizio sanitario organizzato; peraltro, un documento importante - l'allegato A del DPCM - è costituito dalle linee guida, d'indirizzo, per gli interventi a tutela della salute negli istituti, in cui si fa la disamina delle

iniziative da porre in essere e degli elementi da tenere maggiormente in conto e si rileva quali patologie possano essere maggiormente oggetto d'attenzione. Il riferimento è, soprattutto, a detenuti internati e minori.

La stabilizzazione è in corso, con tutte le difficoltà che comporta. Qualcuno mi diceva che sono fatalista: a me sembra di essere realista, più che fatalista, anche se, a volte, credo più nel destino che nella buona volontà. Si dice che le persone intelligenti credano nel destino e gli stupidi che con la buona volontà si realizzi tutto.

È fondamentale, però, sapere che cosa chiedere e che cosa aspettarsi. Non sono, dunque, fatalista; sono realista, ma anche ottimista, in un certo senso. Credo nel valore aggiunto di questo passaggio: l'obiettivo è quello di capire qual è la realtà carceraria e che cosa significa elaborare progetti di cura dentro gli istituti, che sono istituzioni totali, in cui ci sono persone che utilizzano la propria salute per uscire, che non prendono l'insulina e rischiano di farsi venire un coma diabetico. Saranno eccezioni, però fanno parte di quella realtà; fuori tali eventi non capitano.

È importante, quindi, la stabilizzazione, che attualmente è in corso: le linee di indirizzo prevedono modelli organizzativi diversificati a seconda delle dimensioni degli istituti. Se poi questi istituti diventano eccessivamente affollati, può saltare anche la migliore organizzazione. In ogni caso, siamo in una situazione di lavori in corso, che devono tener conto di questo obiettivo. La tutela della salute non può essere migliore in un posto e peggiore in un altro: deve essere tutelata in tutti i luoghi, altrimenti il sistema non funziona.

Il nostro obiettivo è uguale al vostro, cioè quello di un Paese civile che deve dare risposte a questa realtà. È una sfida e bisogna comunque darsi alcune scadenze. Il Ministero della salute ha anche messo a disposizione alcune risorse, pur avendo competenze non di indirizzo. Negli obiettivi di piano, che costituiscono il 3 per cento del fondo sanitario, l'anno scorso ha messo a disposizione delle regioni alcuni milioni, con fondi loro dedicati, per realizzare progetti sulla sanità penitenziaria per le donne, le donne con i bambini e i minori.

La variabile più sensibile è la capacità, la possibilità di governare percorsi che si implementino veramente, perché magari si mettono a disposizione i fondi, ma poi c'è chi non li sa spendere e non sa elaborare un programma. È importante che si creino anche le condizioni per cui le regioni meno capaci siano aidate da quelle più capaci. Ciò è possibile nel coordinamento interregionale; se ne parla, anche se non è sempre facile e il tema è molto delicato.

L'obiettivo esiste: parlando e discutendo, se lo si condivide, ci si può lavorare. L'importante è che non ci siano le sacche dovute alla *malpractice*, che va eliminata. Sapete quanti errori si commettono anche nel Servizio sanitario nazionale? Il contenzioso tra paziente e medico cresce in maniera paurosa, il che è preoccupante, perché è un indice, secondo me, di inciviltà. Dov'è allora la fiducia che deve caratterizzare il rapporto medico-paziente? Forse, in un certo senso, è più facile avere fiducia dentro un'istituzione totale che fuori, perché si è costretti a starvi dentro.

Sono consapevole che tutte le vostre domande, in fondo, riflettono una preoccupazione delle pubbliche amministrazioni, condivisa anche dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e da quello della giustizia minorile, ovvero dove collocare i minori, con l'obiettivo di non tenerli mai negli istituti penali, ma di cercare di metterli in comunità terapeutiche o residenziali. Occorre creare le condizioni perché ciò si verifichi. Non so se ho risposto a tutte le vostre domande, però è vero che bisogna elaborare programmi di sistema, non si può lavorare per segmenti. Si può fare un primo segmento, ma è soltanto un tassello; occorre lavorare sul sistema, il che implica che bisogna coinvolgere tutti gli attori. La polizia penitenziaria, per esempio, può essere di grandissimo aiuto, se supportata. Se non ci sono i soldi per curare la polizia penitenziaria, ci possono essere però per elaborare alcuni progetti, che riguardino anche la prevenzione, che è attuata anche con l'aiuto della polizia penitenziaria, alla quale è attribuito un ruolo.

Ricordo che andai a visitare Barcellona Pozzo di Gotto, che è un OPG. Alcuni agenti di polizia penitenziaria mi riferivano di essere felici di trovarsi lì rispetto a quando stavano in carceri cupe nel nord, perché c'è un contatto, un rapporto diverso con gli internati. Avevano, quindi, un ruolo più umano. Questi aspetti vanno tenuti in conto per creare o mettere in piedi programmi efficaci; se

tecnicamente bisogna fare prevenzione, occorre capire quali sono i programmi più efficienti e chi occorre coinvolgere. Vanno coinvolti davvero tutti gli attori interni alla struttura e al contesto.

PRESIDENTE. Grazie, dottore. Credo di esprimere, a nome dell'intera Commissione, la nostra gratitudine, non per i dati, che non ci ha fornito, perché non ci sono, ma per i criteri che ci ha indicato per svolgere la nostra attività rispetto a una vicenda che lei ha descritto in una situazione di lavori in corso.

Sentendola parlare - chiedo ai colleghi comprensione per la mia trasgressione - l'idea che forse abbiamo «smontato» un *know-how* ministeriale, senza averne ancora uno regionale, in materia di sanità, ogni tanto forse è legittima. Abbiamo accolto tutti con soddisfazione l'istituzione dell'apposito ministero, perché è già un segnale, comunque, di un'attenzione diversa rispetto a questo tema.

La ringraziamo ancora e restiamo in attesa di ogni altra indicazione che riterrà di poterci fornire. Le faremo avere il testo del resoconto stenografico perché lei possa, eventualmente, integrare le notizie già riferite.

Mi consenta, però, di non far passare senza una replica il suo riferimento al destino. Personalmente, sono convinto della forza di volontà dell'essere umano e della sua capacità di cambiare la realtà e, all'espressione «destino» preferisco sostituire quella di «caso».

GUIDO VINCENZO DITTA, *Dirigente medico del Ministero della salute*. Sono scuole di pensiero.

PRESIDENTE. Non riusciremo mai - ed è l'errore di qualcuno - a eliminare il caso dalla storia e dalla vita. Se accettiamo che tutto può dipendere da noi, ma che poi esiste il caso, è un buon compromesso.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 21,15.