



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XVIII LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 74

**COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA
sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni
criminali, anche straniere**

AUDIZIONE DEL DIRETTORE DELL'UNITÀ
OPERATIVA COMPLESSA MEDICINA PROTETTA
«AZIENDA SANITARIA VITERBO» OSPEDALE BELCOLLE

75^a seduta: mercoledì 10 giugno 2020

Presidenza del presidente MORRA

I N D I C E**Sulla pubblicità dei lavori**

PRESIDENTE:
 – MORRA (M5S), senatore Pag. 4 |

Comunicazioni del Presidente

PRESIDENTE:
 – MORRA (M5S), senatore Pag. 4 |

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE:
 – MORRA (M5S), senatore Pag. 4, 6, 7 |
 CANTALAMESSA (LEGA), deputato 4 |
 VITALI (FIBP-UDC), senatore 5, 6 |
 FERRO (FDI), deputata 5 |
 GIARRUSSO (Misto), senatore 5, 7 |

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: Movimento 5 Stelle: M5S; Lega – Salvini Premier: LEGA; Forza Italia – Berlusconi Presidente: FI; Partito Democratico: PD; Fratelli D'Italia: FDI; Italia Viva: IV; Liberi e Uguali: LeU; Misto-Noi con l'Italia-USEI Cambiamo!-Alleanza di Centro: M-NI-USEI-CI-AC; Misto: MISTO; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-MIN.LING.; Misto-Centro Democratico-Radicali Italiani+Europa: Misto-CD-RI+E; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-Popolo Protagonista-Alternativa Popolare: Misto-PP-AP.

**Audizione del Direttore dell'unità operativa complessa Medicina protetta
«Azienda sanitaria Viterbo» Ospedale Belcolle, dottor Giulio Starnini**

PRESIDENTE:

– MORRA (M5S), senatore Pag. 7, 10,
12 e *passim*

ASCARI (M5S), deputata 9, 10

ENDRIZZI (M5S), senatore . . 12, 13, 21 e *passim*

TONELLI (LEGA), deputato 13, 22

GIARRUSSO (Misto), senatore 14, 22, 31 e *passim*

GRASSO (Misto-LeU), senatore 17, 27, 31 e *passim*

NESCI (M5S), deputata 24

CANTALAMESSA (LEGA), deputato 26

MIRABELLI (PD), senatore 28

STARNINI, direttore dell'unità operativa complessa Medicina protetta «Azienda sanitaria Viterbo» Ospedale Belcolle Pag. 7, 14,
17 e *passim*

Interviene il Direttore dell'unità operativa complessa Medicina protetta «Azienda sanitaria Viterbo» Ospedale Belcolle, dottor Giulio Starini.

I lavori hanno inizio alle ore 21,15.

(Si approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE. Comunico che della seduta odierna saranno redatti il resoconto sommario ed il resoconto stenografico e che, ai sensi dell'articolo 12, comma 2, del Regolamento interno, la pubblicità dei lavori sarà assicurata anche attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione via *web tv* della Camera dei deputati.

Comunicazioni del Presidente

PRESIDENTE. Rendo noto che, in assenza di opposizioni, sarà concesso patrocinio gratuito all'opera documentaristica *Chi ha ucciso Giovanni Losardo*, che peraltro parteciperà al bando della Regione Puglia in scadenza il prossimo lunedì 15 giugno. La documentazione relativa alla produzione del documentario è in distribuzione, per cui riterrei di dare per concesso il predetto patrocinio, qualora non vengano avanzate obiezioni prima della chiusura della seduta che stiamo avviando.

Se non vi sono obiezioni, così rimane stabilito.

Sull'ordine dei lavori

PRESIDENTE. Do ora la parola all'onorevole Cantalamessa che ha chiesto di intervenire sull'ordine dei lavori.

CANTALAMESSA (*LEGA*). Signor Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori affrontando rapidamente tre punti.

Il primo è che ho preso atto che il dottor Romano ha comunicato alla Commissione antimafia che nella lista dei detenuti scarcerati, ossia mandati a casa, ci sarebbe un nome in più. L'anomalia è che il dottor Romano, al 4 giugno, risulterebbe già dimissionario, perché si sarebbe dimesso il 23 maggio. È quindi direttore degli uffici penitenziari o no? Se lo è, le dimissioni che sono apparse sulla stampa il 23 maggio non sono veritiere; se non lo è, a che titolo ha fatto questa comunicazione alla Commissione?

Il secondo punto è che sono stato contattato da due giornalisti della provincia di Napoli – più tardi inoltrerò l'*e-mail* che hanno inviato a me e, per mio tramite, a lei, signor Presidente – che si erano molto impegnati, nell'ambito della loro professione, con una serie di articoli di stampa in

merito a Pasquale e Pietro Cristiano – due *boss* che, a seguito della scarcerazione, sono tornati in provincia di Napoli – e che hanno scritto anche al Prefetto di Napoli. I due giornalisti – sono sotto scorta, poiché hanno subito minacce, anche con pistole e quant'altro – hanno chiesto di essere auditi urgentemente in Commissione antimafia, visto che quei due *boss* sono tornati nel Comune in cui vivevano.

Il terzo punto, velocissimo, è che l'Ufficio di Presidenza non si è potuto riunire per l'impossibilità di incastrare una sua convocazione con le sedute di Assemblea delle due Camere. Ricordo però che siamo in attesa innanzitutto delle risposte del ministro Bonafede, che ci aveva detto che avrebbe risposto *ad horas* o comunque prima possibile, vista l'importanza dei temi trattati, e anche di quelle del dottor Basentini e del dottor Di Matteo.

A questo proposito, l'ultimo punto che desidero trattare è che, guardando la trasmissione di Giletti, che ormai è diventato un megafono di tutto quello che riguarda la questione antimafia in Italia ...

VITALI (*FIBP-UDC*). Audiamo Giletti!

CANTALAMESSA (*LEGA*). ... ho sentito che il dottor Di Matteo verrebbe in Commissione in antimafia solo per la trattativa Stato-mafia e non anche per il discorso del DAP e delle scarcerazioni. Mi sembrava invece che una serie di Gruppi avessero espresso la richiesta di ascoltarlo anche in merito alle scarcerazioni.

FERRO (*FDI*). Signor Presidente, non per essere ripetitiva ma, in linea con quanto detto dal collega Cantalamessa, è saltata la riunione dell'Ufficio di Presidenza, ovviamente per motivi molto seri e tristi, pertanto colgo l'occasione per farle qua le mie sentite condoglianze. Sarebbe il caso di predisporre un calendario in modo da cercare un coordinamento insieme ai Capigruppo rispetto alle date e agli orari delle sedute delle due Assemblee: domani, infatti, essendo l'Assemblea della Camera convocata alle 14, salterà l'impegno delle audizioni all'ordine del giorno.

Occorrerebbe poi sollecitare le audizioni del dottor Basentini, del ministro Bonafede, del dottor Romano e del dottor Di Matteo, che erano state approvate dall'Ufficio di Presidenza con la quasi totalità del consenso e ovviamente non per parlare degli anni 90, anche se comunque ci farebbe piacere, ma soprattutto per vivere i nostri giorni, che credo siano peggiori, rispetto a determinati temi.

La mia sollecitazione è quindi volta a stabilire un calendario di date, nel rispetto del quale ognuno di noi se ne farà carico a nome del proprio Gruppo, onde evitare che saltino le audizioni eventualmente programmate e per poter programmare i lavori sia delle Assemblee sia della Commissione antimafia.

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, mi associo alla richiesta dei colleghi, ricordando che da più parti, sia da dallo stesso Di Matteo sia da

chi l'ha criticato, si era parlato di una sede istituzionale in cui affrontare i temi che erano stati trattati nella trasmissione del giornalista Giletti.

Richiedo quindi, com'è legittimo che sia, che la sede istituzionale sia questa, visto che si tratta di contrasto alle mafie e di scelte fondamentali in tale ambito. Chiedo anch'io che venga fatta chiarezza sulla convocazione del dottor Di Matteo e sui temi che la riguardano.

Un altro tema che desideravo trattare che ha anticipato l'ottimo collega Cantalamessa, è che risulta anche a me da notizie interne al DAP che il dottor Romano stia imperterrito nel suo ufficio a lavorare tranquillamente, malgrado le dimissioni date. Mi risulta assolutamente anomalo e strano, visto che gli altri tre che hanno dato le dimissioni sono stati sostituiti o *ad interim* o direttamente da altri. Mi sembra quindi veramente inopportuno, alla luce delle circostanze e di quanto sta emergendo anche dal lavoro di questa Commissione, proseguire la permanenza in un ufficio importante come quello che occupava il dottor Romano. Chiedo che la Commissione si faccia carico di un intervento presso il Ministero per avere notizie sul perché una persona dimissionaria in un ufficio tanto strategico in questo momento sia ancora là.

VITALI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, visto che stiamo svolgendo un mini Ufficio di Presidenza, mi associo a tutte le richieste che hanno fatto i colleghi e che già a suo tempo avevo avanzato a mia volta.

Visto però che deve interloquire con il Ministero circa la presenza ancora in servizio del dottor Romano, sarebbe opportuno che chiedesse al Ministro se è vero che esiste una disposizione secondo la quale durante le turnazioni i funzionari addetti sono abilitati soltanto a firmare trasferimenti d'urgenza di detenuti e non atti così importanti come quelli che ha firmato la dottoressa Borzacchiello.

PRESIDENTE. Colleghi, sarò velocissimo, perché dobbiamo avviare l'audizione.

È stato già ribadito – e lo sarà ulteriormente – che si è decisa l'audizione del dottor Di Matteo e non è stato ancora effettuato l'Ufficio di Presidenza, che dovrà comunque valutare se audire per esempio il dottor Ardita, come io stesso proporrò, in quanto le affermazioni che ormai sono a tutti note offrono una prospettiva d'interpretazione anche di quanto ribadito qui dalla dottoressa Borzacchiello assolutamente suggestiva.

Giacché la richiesta era già stata legittimata da un precedente Ufficio di Presidenza, era poi intenzione di procedere la prossima settimana alle audizioni del dottor Di Matteo, del dottor Ardita, ma anche del dottor Romano, anche perché sono stato a mia volta colto di sorpresa da quanto ho saputo poco prima che venisse ricordato in pratica da tutti e quattro gli interventi che si sono succeduti sull'ordine dei lavori. Mi sembra strano che vi sia un magistrato di cui si dà notizia – che non viene smentita – delle sue dimissioni, provocando clamore e interesse, ma che si riscontra produca ancora documenti a sua firma, che poi hanno un valore ineccepibile. Anche questo potremo chiederlo direttamente al dottor Romano, qua-

lora sia nella possibilità di partecipare all'audizione che si cercherà di programmare, fermo restando che le audizioni, come gli Uffici di Presidenza, stanno incontrando notevoli difficoltà a svolgersi, a causa dei cambiamenti degli orari delle convocazioni delle sedute delle Assemblee, cosa che pure verrà valutata.

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, mi scusi, ma ha parlato per la prossima settimana dell'audizione del dottor Ardita (elencando i dottori Di Matteo, Romano e Ardita): mi perdoni se la correggo, ma forse voleva dire del dottor Basentini?

PRESIDENTE. No, vorrei sentire il consigliere Sebastiano Ardita, in ragione delle sue dichiarazioni, ribadite in un'intervista mandata in onda in una nota trasmissione televisiva, alla quale non voglio fare pubblicità.

Ritengo poi sia interesse e volontà di tutti audire il dottor Basentini, ma più di tre o quattro audizioni non credo sia agevole svolgere, dato che anche oggi avremmo dovuto audire tre persone ma, dato l'orario, visto che tra l'altro stiamo iniziando con ritardo, se va bene, ne ascolteremo due.

Audizione del Direttore dell'unità operativa complessa Medicina protetta «Azienda sanitaria Viterbo» Ospedale Belcolle, dottor Giulio Starnini

PRESIDENTE. È oggi prevista l'audizione del Direttore dell'unità operativa complessa Medicina protetta «Azienda sanitaria Viterbo» Ospedale Belcolle, dottor Giulio Starnini, che saluto e ringrazio per aver accolto il nostro invito.

Rammento a tutti che il dottor Starnini ha avuto cura di trasmettere a questa Commissione una documentazione che è stata ed è in libera distribuzione. Lo ringrazio pertanto a nome della Commissione intera, proprio perché ha agevolato il lavoro di approfondimento di queste tematiche, su cui oggi verrà ascoltato.

Ricordo all'audito che, ai sensi dell'articolo 12, comma 5, del Regolamento interno, ha la possibilità di richiedere la secretazione della seduta o di parte di essa, qualora ritenga di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non possano essere divulgati.

Nell'invitare il dottor Starnini a prendere la parola per il suo intervento introduttivo, ricordo ai colleghi senatori e deputati che in seguito potranno intervenire, in ordine di prenotazione, per porre quesiti o svolgere considerazioni e commenti.

STARNINI. Signor Presidente, onorevoli Commissari, mi presento: sono Giulio Starnini, direttore dell'unità operativa complessa di medicina protetta e malattie infettive dell'Ospedale Belcolle, Azienda sanitaria di Viterbo; sono comandato dalla Regione Lazio ormai dal 2008, successivamente al decreto legislativo n. 230 del 1999, presso il Dipartimento, per parte libera di orario, sulla base delle necessità evidenziate dall'ufficio sanitario della direzione generale dei detenuti e del trattamento, dove lavoro

dal 2000, avendo vinto un concorso pubblico in quella sede, e dove ho collaborato nel corso degli anni con i vari direttori generali (consiglieri Cirignotta, Ardita e quello attuale).

Sono infettivologo, epidemiologo: in questo contesto, ho collaborato fin dalla fine di gennaio per l'elaborazione di un piano di contenimento dell'infezione da Covid negli istituti penitenziari italiani.

Negli atti che ho prodotto c'è una bozza datata 27 gennaio, che quindi è precedente alla diffusione delle notizie sul virus in Italia (a Codogno, ma non solo). Ricorderete i precedenti cinesi: per questo si fa riferimento alla popolazione cinese in quella sede.

Purtroppo, dal 4 marzo sono stato richiamato dalla mia direzione generale di Viterbo a coordinare su quella provincia (con circa 280.000 persone) l'esecuzione dei tamponi proprio nell'emergenza Covid. Da quella data quindi non ho più messo piede in Dipartimento, se non estemporaneamente ad aprile, per un giorno. Da poco ne ho ripreso la frequentazione per un giorno a settimana, secondo quanto mi consente il mio lavoro prioritario come responsabile del reparto e, soprattutto in questo momento, del *team* operativo Coronavirus.

Per quanto riguarda il Dipartimento, ho collaborato prima con la dottoressa Montesanti, che era stata incaricata di coordinare l'intervento sul Coronavirus, poi, da aprile, con la *task force* del presidente Basentini, praticamente fino a quando è rimasto in carica.

Nell'ambito di questa collaborazione, mi fu chiesto in maniera informale dal consigliere Giulio Romano di formulare una serie di ipotesi (ad esempio, sulle modalità di ispezione dei pacchi) e di elencare quali patologie a mio avviso avrebbero potuto comportare un aumento della mortalità all'interno degli istituti penitenziari. Mi sono rifatto alla letteratura internazionale e tra i documenti c'è l'originale del CDC di Atlanta (Center for Disease Control and Prevention), che è uno dei maggiori centri a livello mondiale di controllo delle pandemie, e ho ricalcato in maniera pedissequa dall'inglese le patologie che ad avviso di tale Centro sono ad alto rischio nell'ambito di una pandemia Covid.

Vi riporto a quel periodo, in cui effettivamente ne cominciava purtroppo la diffusione anche nelle nostre carceri e c'era il concreto timore da parte mia, della dottoressa Montesanti e del consigliere Giulio Romano, che una pandemia del genere, oltre a compromettere la salute della popolazione detenuta e degli agenti di polizia penitenziaria, potesse compromettere ancor più quella pubblica.

Lascio solo immaginare cosa sarebbe potuto accadere se solo Rebibbia, qui a Roma, fosse stata interessata da un'epidemia di Covid. Ci sono stati alcuni casi e penso che gli onorevoli commissari qui presenti siano al corrente del fatto che fino ad oggi sono stati oltre 170 circa, con almeno un decesso accertato tra i detenuti. Ci sono stati casi di Covid tra il personale di Polizia penitenziaria e alcuni poliziotti sono stati ricoverati in rianimazione, ma non si è andato certamente incontro ai numeri spaventosi degli Stati Uniti, dove vi sono stati 40.000 detenuti affetti da Covid

e la politica di attenzione a questa patologia non è stata particolarmente solerte come negli Stati europei.

In questo contesto ho quindi inviato una bozza di patologie al dottor Giulio Romano: ricordo che in quel periodo sia lui sia la dottoressa Montesanti erano in isolamento volontario, in ragione del contatto con Covid positivi; io ero ugualmente assente, in quanto – lo ribadisco – impegnato sul territorio del viterbese. Mi chiese di formalizzare quell'elenco e così feci, su carta intestata del mio reparto, firmandolo e proponendolo.

Ricordo di aver chiesto oltretutto a una mia collega – la dottoressa Di Stefano dell'ASL di Frosinone, esperta negli aspetti delle patologie psichiatriche (non sono uno psichiatra) – quali potessero essere in quel contesto le patologie incompatibili in quel momento negli istituti penitenziari a causa del Covid. Mi rispose con una nota che ho allegato agli atti.

Questo è quello che ho fatto, per sommi capi: ripeto di non essermi mai limitato a ciò, perché sono state analizzate e ampliate una serie di misure tutte volte al contenimento dell'epidemia nell'ambito degli istituti penitenziari italiani, come avevo già fatto a suo tempo per HIV, tubercolosi e quant'altro.

ASCARI (M5S). Signor Presidente, avrei diverse domande da fare al dottor Starnini, alcune delle quali magari richiedono una specifica di quanto ha indicato ora.

La prima è la seguente: dalla circolare datata 21 marzo 2020 e dalla documentazione da lei inviata si deduce la sua collaborazione con la Direzione generale dei detenuti e del trattamento del DAP (Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria). La sua è una collaborazione stabile e continuativa o dovuta all'emergenza sanitaria? Se è continuativa, da quanto tempo dura e qual è il suo incarico presso il DAP?

Veniamo alla seconda domanda, che in parte ha chiarito, ma che riformulo, perché faccio riferimento all'*e-mail* del 27 gennaio 2020, per chiederle espressamente di indicare come mai scriva alla dottoressa Paola Montesanti.

Terza domanda: sempre nell'*e-mail* del 27 gennaio 2020 scrive che all'interno degli istituti penitenziari devono essere adottate misure di controllo e prevenzione e che reputa opportuno uno stretto coordinamento tra direzioni degli istituti penitenziari e autorità sanitarie locali, suggerendo raccomandazioni da adottare in merito ai detenuti giunti in istituto provenienti dalla Cina, alle visite autorizzate in istituto e agli eventuali dispositivi di protezione individuali per il personale e la popolazione detenuta. Le chiedo chi avrebbe potuto o dovuto dare disposizioni specifiche in merito: il DAP? Il Servizio sanitario nazionale?

Indica in particolare un coordinamento tra le singole direzioni degli istituti penitenziari e le autorità sanitarie locali. Nel merito, questa sua *e-mail* del 27 gennaio 2020 è in risposta a una richiesta esplicita della dottoressa Montesanti o di qualcun altro? È questo che vorrei chiarisse.

Quinta domanda: le era stato richiesto e, in caso affermativo, da chi? Seconda *e-mail*, inviata in data 22 febbraio 2020 a Paola: si intende sempre la dottoressa Paola Montesanti? Oppure può indicare di chi si tratta?

Si fa riferimento anche ad Angela: può specificare di chi si tratta e quale ruolo riveste?

Settima domanda: tra la prima e la seconda *e-mail* – rispettivamente del 27 gennaio e del 22 febbraio 2020 – ci sono state ulteriori interlocuzioni e riunioni con il DAP? Le chiediamo di specificarlo e, in caso di risposta affermativa, di dirci con chi e in particolare di cosa si è discusso. Nello specifico, a lei è stato richiesto di individuare potenziali soggetti detenuti a fini deflattivi?

Ottava domanda: nella seconda *e-mail*, avente ad oggetto – leggo testualmente – «Bozza ufficiosa da non divulgare e condividere con organi competenti per opportune valutazioni», a chi si riferisce con l'espressione «organi competenti»? Le chiedo questa specifica.

Nona domanda: anche in questo caso, prospetta specifiche indicazioni e raccomandazioni, facendo riferimento al Ministero della salute, che in quel determinato momento sta provvedendo a monitorare la situazione. Le risultano interlocuzioni con tale Dicastero ai fini di un protocollo o di un piano carceri anticovid? Può specificare se era stato incaricato quale referente per il DAP in merito e da chi?

Decima domanda: ci sono stati contatti, interlocuzioni e condivisioni con l'IMNI (Istituto nazionale per le malattie infettive) «Lazzaro Spallanzani» di Roma, indicato come centro coordinatore? È possibile specificare? (*Brusio*). Signor Presidente, chiedo se è possibile fare silenzio, perché c'è un ronzio tale per cui non riesco neanche a fare le domande.

PRESIDENTE. Onorevole Ascari, ha perfettamente ragione: le chiedo scusa per i colleghi.

ASCARI (*M5S*). Undicesima domanda: nei punti 6, 7, 8 e 9 della sua *e-mail* ci sono indicazioni di procedure e misure organizzative specifiche di prevenzione e operative sanitarie in relazione al Covid-19. Le chiedo con chi, quando e come se n'è discusso. L'ha anticipato, ma le chiedo se si può precisare ulteriormente.

Dodicesima domanda: in pari data – faccio riferimento al 22 febbraio 2020 – il capo del DAP emana il provvedimento avente ad oggetto raccomandazioni organizzative per la prevenzione del contagio del Coronavirus, che lei ha inviato alla Commissione, in cui sostanzialmente egli delocalizza il piano carceri, focalizzando l'attenzione sui provveditorati ricadenti nelle prime zone rosse. Le chiedo se sia stato condiviso con lei, con il direttore generale dei detenuti e del trattamento o con qualcun altro.

Tredicesima domanda: vorrei sapere se e quando le è stato richiesto un piano di prevenzione per gli operatori penitenziari.

Quattordicesima domanda: quali misure di prevenzione sono state adottate per il personale e quali per i detenuti?

Sedicesima domanda: nel provvedimento del capo del DAP, sempre del 22 febbraio 2020, viene istituita un'unità di crisi – o comunque vi si fa riferimento – coordinata dalla dottoressa Paola Montesanti. Chi ne faceva parte? Lei? Con quali soggetti esterni al DAP l'unità di crisi doveva avere interlocuzioni?

Diciassettesima domanda: in data 24 febbraio 2020, l'Organizzazione mondiale della sanità redige il rapporto su una missione in Cina ed in particolare nelle pagine 10 e 11 afferma a chiare lettere che gli ispettori hanno rilevato che i principali luoghi di trasmissione del virus sono ospedali, strutture residenziali a lungo termine e prigioni (in particolare due carceri della provincia dell'Hubei). Lo ha esaminato, innanzitutto? Ne avete discusso al DAP? Con chi?

Diciottesima domanda: in data 25 febbraio 2020 – quindi, in poche parole, il giorno successivo al rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità – il capo del DAP emana il provvedimento da lei inviato a questa Commissione, avente ad oggetto – leggo testualmente – «Ulteriori indicazioni per la prevenzione del contagio da Coronavirus», in cui si fa riferimento sempre alla circolare del 22 febbraio n. 000543 del Ministero della salute, allegata al provvedimento, ed indirizzato a provveditori, direttori degli istituti penitenziari, direttori delle scuole ed istituti di istruzione, comandanti di reparto di istituti, scuole ed istituti d'istruzione e a tutto il personale in servizio e, per conoscenza, agli onorevoli Sottosegretari, al Capo di Gabinetto, al Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, ai capi dipartimento e alle organizzazioni sindacali. Con questo provvedimento, il capo del DAP, sulla scia del provvedimento precedente, continua a dislocare il piano carcere anticovid: «le direzioni degli istituti penitenziari (...) concorderanno con le autorità sanitarie e le unità di crisi locali chiare procedure». Sto leggendo e riportando per avere un'idea della circolare. Chiede ai provveditori di indicare, dopo mirata ricognizione, il fabbisogno effettivo in termini numerici delle strutture mobili da installare presso gli istituti penitenziari, nonché dei presidi sanitari, per la successiva richiesta da avanzare al Comitato operativo della protezione civile. Si dispone che i dipendenti «nel caso in cui dovessero presentare sintomi – leggo sempre testualmente – (...) dovranno evitare di accedere direttamente alle strutture di pronto soccorso e rivolgersi telefonicamente al proprio medico curante o al numero nazionale di emergenza (112) o al numero verde (1500) del Ministero della Salute, notiziando nel contempo la Direzione di appartenenza». Le chiedo se queste raccomandazioni siano state condivise con lei o con qualcun altro; se ci siano state altre disposizioni in merito e quali altre misure di protezione o disposizioni operative siano state adottate. È possibile precisarlo?

Diciannovesima domanda: ha allegato inoltre, in ordine cronologico, alcune *e-mail*; faccio riferimento a quella inviata il 12 marzo 2020 da Adele Di Stefano, che ha citato prima, della UOC (Unità operativa complessa) Dipendenze e psicopatologie nel circuito penitenziario, del Dipartimento di salute mentale e delle patologie da dipendenza della ASL di Frosinone (siamo quindi – è bene ricordarlo – a pochi giorni dalle rivolte

del 7, 8 e 9 marzo e in qualche istituto ancora in atto). Le chiedo di precisare se dal 22 febbraio, data della sua *e-mail* alla dottoressa Montesanti Angela – che ci chiarirà – a quella dell'*e-mail* che riceve dalla sua collega, dottoressa Adele Di Stefano, ci siano stati incontri, riunioni e interloquzioni con la dottoressa Montesanti e/o con altri dirigenti del DAP.

Ventesima domanda: dal contenuto della *e-mail* della dottoressa Adele Di Stefano si deduce una sua precedente richiesta, dato che risponde ad una sua specifica richiesta sul *target* – che viene indicato – per il quale sarebbe auspicabile aumentare misure alternative alla detenzione. In effetti, indica due categorie: soggetti con diagnosi certificata di abuso o di dipendenza ovvero con disturbo da uso di sostanze o, secondo il DSM5, con diagnosi correlata a quadri psicotici. Può quindi illustrarci, in poche parole, il contesto in cui nasce l'*e-mail* del 12 marzo 2020 diretta a Paola Montesanti e al dottor Giulio Romano, con la quale informa i destinatari circa le patologie per le quali poteva essere possibile l'applicazione di misure alternative alla detenzione, in base alla pericolosità sociale?

Ultima domanda: nonostante in data 17 marzo 2020 fosse stato emanato il decreto-legge Cura Italia, che all'articolo 123 aveva previsto una misura deflattiva che semplificava la procedura della detenzione domiciliare prevista dalla legge n. 199 del 2010, mettendo paletti alti – è meglio comunque precisarlo – per quanto riguarda i detenuti per determinati reati, come quelli di associazione mafiosa, nonostante le interlocuzioni, le raccomandazioni e le indicazioni date fin dall'inizio della pandemia, permanevano comunque preoccupazioni per il rischio contagio in carcere? Le chiedo questo perché, leggendo l'*e-mail* che ha scritto il 18 marzo 2020 al direttore della direzione generale dei detenuti e del trattamento del DAP Giulio Romano, sembrerebbe di sì: vorrei capire questo, come pure il motivo di quella *e-mail*; qual è il suo senso? Non era stata ritenuta sufficiente la misura prevista dal decreto-legge Cura Italia? Non ha chiesto spiegazioni al dottor Romano sul perché si ritenesse necessario comunque prevedere ulteriori misure per facilitare – mi passi la parola – la detenzione domiciliare? Vorrei che precisasse ulteriormente questo aspetto. Inoltre, nell'*e-mail* che le ha scritto, il dottor Romano le chiede di formalizzare un elenco di patologie che evidentemente, in modo più informale, gli aveva inviato in precedenza. Le chiedo quindi se può circostanziare meglio questo scambio di informazioni con il direttore generale.

PRESIDENTE. Onorevole Ascari, la ringrazio, ricordandole però che se ad ogni membro della Commissione andasse di promuovere 22 quesiti, ci sarebbe un piccolo problema; invito quindi tutti – me stesso per primo, naturalmente – ad autocontrollarsi.

ENDRIZZI (M5S). Signor Presidente, vorrei fare due domande puntuali. (*Brusio*).

PRESIDENTE. Per favore, colleghi.

ENDRIZZI (*M5S*). Accetto anche il sarcasmo, comunque vorrei formulare due domande puntuali e poi un'altra più strutturata.

In data 18 marzo riceve dal dottor Giulio Romano una *e-mail* in cui è contenuta l'espressione «sto spiegando al Ministero». In qualche occasione le è stato indicato chi intendesse, se il Ministro o qualcun altro all'interno dell'organizzazione?

Nell'*e-mail* del 12 marzo invece Adele Di Stefano le scrive: «Ti scrivo riguardo a quanto mi hai richiesto stamattina». Questa richiesta in che modo è avvenuta, in via informale, verbale o telefonica?

Veniamo ora al quesito più strutturato: dal momento che suppongo vi siano state interlocuzioni scritte, ma anche con altre modalità, le è mai stato chiesto di formulare analisi sul rischio globale o distinto in base alle diverse condizioni degli istituti penitenziari in Italia o ancora ai diversi inserimenti dei detenuti comuni (ad alta sicurezza o a norma dell'articolo 41-*bis*, che vivono condizioni diversificate)? Ha mai pensato di svolgere questo tipo di analisi, in tal modo? Mi fermo qui; se ci sarà spazio interverrò successivamente.

TONELLI (*LEGA*). Signor Presidente, vorrei fare una domanda, ma prima necessariamente devo fare due precisazioni, perché non concordo molto su alcune questioni.

Il rischio è un dato statistico matematico, cioè oggettivo: quando faccio una valutazione, anche su una prevenzione, su un rischio futuro, devo comunque basarmi su dati oggettivi, non su qualcos'altro; per astratto, infatti, potremmo salvare molte vite, impedendo a tutti i cittadini di uscire per strada, onde evitare che si possano rompere la testa inciampando (lo dico per formulare un'iperbole, senza voler fare assolutamente il sarcastico, ma al fine di far comprendere cosa voglio dire).

Ho parlato con moltissimi colleghi della Polizia penitenziaria e le organizzazioni sindacali: è stato dimostrato che il carcere è stato uno degli ambienti assolutamente più preservati, che il contagio è stato evitato e non vi era la necessità di procedere alla circolare firmata dalla dottoressa Borzacchiello che alla fine, di fatto, ha consentito ad oltre 500 persone di uscire non con effetto immediato, ma indotto. Credo che costoro, se fossero rimasti in carcere, al di là di chi aveva un problema, perché non vi era una struttura di ricovero, non avrebbero avuto alcuna difficoltà (neppure se si fosse trattato di mia mamma o di mio babbo, e qui faccio riferimento al sarcasmo di alcuni commissari, persone di straordinaria simpatia).

Veniamo alla domanda che volevo farle: se addirittura abbiamo avuto RSA nelle quali agli ospiti è stato negato il diritto di vedere i familiari, questa misura – assieme a tantissime altre – avrebbe potuto tranquillamente essere una di quelle adottate. Non credo vi fosse la necessità da parte del DAP di partorire un documento che consentisse di fare uscire oltre 500 persone dalle carceri, come ha consentito di fare. Questa è la domanda: si sarebbe potuto ovviare in qualche altra maniera? Atteso che non si può far riferimento ad un generico pericolo – e non ad un ri-

schio, per parlare del quale dobbiamo sempre far riferimento a dati oggettivi – sarebbe stato possibile farlo?

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, vorrei formulare una sola domanda: ho qui davanti la nota del 19 marzo 2020, che presumo sia proveniente da lei, dottor Starnini, ancorché non vedo la firma, perché l'intestazione è della ASL di Viterbo, indirizzata al direttore generale della direzione detenuti e trattamento del DAP Romano.

Vi compare un'indicazione precisa: «Si chiede di valutare l'opportunità dell'applicazione di misure alternative alla detenzione per i soggetti affetti dalle seguenti patologie – che di seguito vengono indicate e fra le quali compare – soggetti di età superiore a 70 anni». Per lei evidentemente l'età superiore a settant'anni equivale a una patologia.

STARNINI. No.

GIARRUSSO (*Misto*). È scritto qua e viene riportato all'interno della famosa circolare datata 21 marzo 2020. Settant'anni vuol dire tutti i *boss* di Cosa nostra condannati negli anni 90 per stragi, che infatti sono tutti ultrasessantenni: questa è una considerazione, non una domanda.

Mi chiedo però in base a quali valutazioni sanitarie si consideri l'età come una patologia e poi si immettano soggetti che si trovano in strutture assolutamente controllate e ad accesso limitato come le carceri in detenzione domiciliare, persino nelle zone rosse (infatti c'è gente che è stata messa agli arresti domiciliari a Brescia o Bergamo, zone in cui invece un settantenne aveva buone possibilità non di ammalarsi, ma di morire).

Vuole spiegarci dall'alto della sua esperienza perché un ambiente controllato come il carcere non era da preferire a uno incontrollato come una detenzione domiciliare, a contatto con parenti che ovviamente – visto che i settantenni non dovevano uscire – sarebbero entrati e usciti dagli appartamenti per poterli assistere e portare loro quanto meno vivande, cibo e altro di cui avessero avuto bisogno?

PRESIDENTE. Prima di lasciare la parola all'onorevole Nesci, forse sarebbe il caso di permettere al dottor Starnini di iniziare a rispondere, altrimenti verrebbe oberato da richieste che diventato particolarmente numerose.

STARNINI. Signor Presidente, la ringrazio perché rischio effettivamente di dimenticare le domande.

Parto dall'ultima considerazione: il documento che ho scritto relativamente alle patologie fa riferimento a dati che non sono miei, ma – come dicevo all'inizio – si basano su un elenco di patologie ad alto rischio di severa malattia del CDC di Atlanta, uno dei più alti e specifici uffici competenti in materia a livello mondiale. Lì si parla addirittura di persone sessantacinquenni e oltre, indicazione ritoccata da me a settant'anni (posso

produrre alla Commissione il documento, che è praticamente una pedissequa traduzione in italiano delle raccomandazioni internazionali).

Tali raccomandazioni internazionali individuano – e così rispondo anche ad un'altra domanda – un rischio non generico, ma specifico nelle comunità chiuse.

Ben venga l'osservazione fatta relativamente al fatto che oggi non abbiamo osservato il disastro accaduto in altri Paesi – Cina compresa – ed è quello che mi ha motivato a scrivere le prime note. Prego Dio che non avvenga ancora e personalmente non ho fatto differenza, perché ciò non è nelle competenze di un tecnico o di un medico: il medico non valuta in base all'età, al sesso, all'orientamento politico, al censo o alla pena se curare o meno, ma in base a scienza e coscienza e così ho fatto io e fanno migliaia di colleghi, anche in un contesto difficile come quello penitenziario.

Il rischio quindi era specifico, soprattutto con riferimento alle RSA, per esempio, che hanno pagato un altissimo contributo di morti perché vi erano e vi sono concentrate diverse delle patologie che trovate qui elencate. Una delle misure adottate immediatamente nelle RSA – lo so per esperienza personale diretta, perché nella provincia di Viterbo due sono state gravemente compromesse, una delle quali in zona rossa – è stata separare e spostare le persone Covid negative rispetto a quelle positive e di farlo in ospedale (purtroppo, a volte senza l'esito che speravamo: in una struttura di 50 persone, 12 morti sono tanti). Questo è alla base dell'attenzione della comunità scientifica mondiale e, nel mio piccolissimo essere, nell'ambito delle comunità penitenziarie italiane.

In questo contesto, c'è stata attenzione da parte delle direzioni di istituto, delle ASL e delle Regioni, anche se in maniera difforme. Come sapete, l'assistenza sanitaria è regionalizzata e in questo contesto il Nord Italia e le Regioni maggiormente coinvolte nell'epidemia hanno pagato un prezzo notevole, anche nell'ambito degli istituti penitenziari. Abbiamo avuto lì (in Emilia-Romagna o in Lombardia) la maggior parte dei casi: se non c'erano tamponi o posti letto disponibili per la popolazione generale, figuratevi per quella carceraria. Riferisco un piccolo aneddoto: l'ospedale di Parma ha trasformato in stanze Covid quelle destinate ai detenuti, quindi non ne aveva più di disponibili per eventuali pazienti detenuti Covid. I pochi reparti, come il mio, che – lo ripeto – sono di medicina protetta e sono poi citati successivamente, non sono carceri, ma reparti ospedalieri, che hanno una garanzia di assistenza estremamente più elevata di quella degli istituti penitenziari. Mi è stato possibile leggere le motivazioni di molti colleghi che qua e là, in corso di epidemia, dichiaravano apertamente di non avere più la possibilità né di curare i pazienti detenuti in carcere né di inviarli fuori per fare esami in ospedale: questa è la realtà che ci siamo trovati ad affrontare.

Le domande – lo ribadisco – sono tante, quindi eventualmente chiedo la cortesia di rammentarmele. Passo ora a quelle dell'onorevole Ascari.

La mia collaborazione era strutturata, come ho detto in premessa: ho vinto un concorso pubblico nel 2000 presso l'amministrazione penitenziaria; a quel tempo, era possibile avere un doppio incarico. Successivamente è intervenuto il decreto legislativo n. 230 del 1999, che ha riportato tutto nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Come molti di voi sicuramente ricorderanno, quel decreto prevedeva che un contingente di medici rimanesse presso l'amministrazione penitenziaria. Nessuna norma applicativa ha seguito il decreto legislativo, però una serie di competenze è rimasta in capo all'amministrazione penitenziaria, responsabile *in toto* della persona detenuta. Per esempio, in tempi normali – purtroppo, devo dire – mi occupo soprattutto degli aspetti medico-legali come consulente tecnico d'ufficio per le richieste di risarcimento in ambito penale e civile (basta pensare al G8), per quanto riguarda l'amministrazione penitenziaria; in parte – è incarico soprattutto affidato alla mia collega, dottoressa Altavista – mi occupo della dislocazione più opportuna a livello nazionale, soprattutto per i detenuti sottoposti al regime previsto dall'articolo 41-*bis*, che non è una competenza regionale. Tra parentesi, a livello di Regione sono presenti medici che affiancano i provveditori nella valutazione di questi casi e dei trasferimenti di detenuti in ambito regionale. È sottratta loro però la valutazione sui detenuti sottoposti al regime dell'articolo 41-*bis* o ad alta sicurezza AS3, che è deputata all'Ufficio V, e a una valutazione tecnica dei medici, se ricorrono motivi di salute. Ripeto che si tratta di qualcosa che faccio molto raramente, perché è compito della collega, dottoressa Concetta Altavista: mi riferisco alla valutazione non della sede, ma dell'istituto con determinate caratteristiche sanitarie. Mi spiego meglio: il medico non indica mai – specialmente per i detenuti sotto il regime previsto dall'articolo 41-*bis* – la sede in cui trasferirlo, ma i requisiti che un istituto deve possedere per poter dare assistenza a quel detenuto sottoposto al regime dell'articolo 41-*bis*. Chi sceglie? Ovviamente l'amministrazione penitenziaria (nello specifico l'Ufficio V, mi pare).

Veniamo alla seconda domanda: come mai ho scritto alla dottoressa Montesanti il 27 gennaio? Era – ed è tuttora – il direttore dell'ufficio sanitario, quindi, essendo un medico, sono sempre stato incardinato in quel contesto. In quell'ufficio erano presenti i medici di ruolo dell'amministrazione penitenziaria, quindi lì siamo rimasti noi che abbiamo mantenuto queste competenze di carattere tecnico.

Quanto alla domanda se reputo stretto il coordinamento tra istituti penitenziari e Unità sanitarie locali, certamente esiste un tavolo di consultazione permanente Stato-Regioni, in cui siedono tutte le Regioni, il Ministero della salute e il Ministero della giustizia: da quel tavolo vengono emanate spesso raccomandazioni. Purtroppo il Covid ha bloccato anche i suoi lavori, ma era ugualmente possibile parteciparvi da remoto: in molte Regioni l'hanno fatto e l'ho fatto anch'io, perché siedo presso l'Osservatorio della Regione Lazio, dove ho seguito lo stesso percorso.

Anche nella Regione Lazio mi sono state rivolte le stesse domande su quali potessero essere le patologie, perché sono l'unico infettivologo di quell'Osservatorio nella Commissione ristretta, mentre la dottoressa Di

Stefano è la specialista psichiatra del Sert (Servizio per le tossicodipendenze). È fondamentale coordinarsi con protezione civile e strutture sanitarie per assicurare il miglior servizio possibile, anche alla Polizia penitenziaria, che ricordo purtroppo essere l'unico Corpo di polizia di sicurezza dello Stato italiano che non dispone di proprio personale medico, e questo è un *vulnus*.

GRASSO (*Misto-LeU*). Tranne lei.

STARNINI. Mi adopero per quello che posso fare, ma uno non conta.

Ripeto di non essere a conoscenza di tutti gli atti di collaborazione che le varie Regioni hanno emanato. Posso rispondere che l'istituto che mi è stato dato da coordinare, quello penitenziario di Viterbo, dove spero mi farete l'onore di venire, sede anche di detenzione a norma dell'articolo 41-*bis*, purtroppo l'anno scorso è stato oggetto di pesanti critiche – anche gratuite, credetemi – da parte del CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti) nei confronti della polizia penitenziaria. All'ingresso di quell'istituto – come qui da voi – troverete una tenda della protezione civile dove misurano la temperatura ed un prefabbricato, ancora prima del carcere, dove vengono valutati i casi e visitati i detenuti nuovi giunti, *dispenser* sono disponibili in tutti i corridoi. Rispondo quindi così anche ad un'altra domanda: sono stati messi in atto in tutta Italia, ma non in maniera uniforme, purtroppo, anche in base alle dotazioni (tamponi e reattivi non ce n'erano in tutte le Regioni). La Regione Lazio si è impegnata molto anche su quest'aspetto e consentitemi nel mio piccolo di dire quanto segue. Conoscete la situazione dell'IRCCS (Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico) «San Raffaele» Pisana, che oggi ha oltre 41 casi di Covid positivi. Nella piccola provincia di Viterbo, un mese fa abbiamo effettuato tamponi in tutte le case di cura, compresi i loro operatori (quindi decine di migliaia di persone). Oggi abbiamo esaminato anche i poliziotti penitenziari, per fortuna con risultati pari a zero, per quanto riguarda la provincia di Viterbo (poi parleremo di tutta Italia).

Quanto all'*e-mail* del 27 gennaio e ad un'eventuale richiesta esplicita, la risposta è no: la dottoressa Montesanti è un dirigente amministrativo e si avvale delle mie competenze, anche spontanee, e di suggerimenti, com'è stato per quanto riguarda l'HIV. Partecipai ai lavori della Corte Costituzionale – ho 63 anni, quindi mi avvicino ad una età pericolosa anche per il Covid – che a quel tempo dichiarò i pazienti affetti da Aids incompatibili *tour court*, senza alcuna possibilità d'intervento. Con i consiglieri Lattanzi e Laterza – che ahimè non ci sono più, ma collaboravo già allora con il Ministero – precisammo che l'infezione da HIV era presente non solo nei casi di Aids, ma anche in tutti quelli di HIV: quella legge fu revocata ed è rimasto quello che c'è adesso, cioè un medico prescrive l'incompatibilità biologica e demanda alle strutture amministrative dell'amministrazione penitenziaria, ma soprattutto all'amministrazione della giustizia – intendo quindi procuratori o comunque autorità giudiziarie compe-

tenti – le valutazioni del caso. Non compete mai a un medico fare queste conclusioni: guai! È successo solo per l'HIV e, per fortuna, non per il Covid.

Angela Canelli svolge funzioni di segretaria per me e per la dottoressa Montesanti; è un'ispettrice di polizia penitenziaria. Il tono confidenziale è dovuto al fatto che normalmente è lei ad aprire le *e-mail* mie e della dottoressa Montesanti. Attualmente, tra l'altro, anche lei è in malattia da tanto tempo.

Con riferimento alla prima *e-mail*, mi avete chiesto se ci sono state riunioni con il DAP: no, ribadisco di essere stato praticamente quasi del tutto immerso nel mio lavoro in provincia di Viterbo.

La seconda *e-mail* aveva ad oggetto una bozza ufficiosa da non divulgare: questa è una metodologia di lavoro interna a tutte le amministrazioni. Una bozza tecnica va condivisa con gli organi tecnici amministrativi, quindi con la dottoressa Montesanti e il consigliere Giulio Romano (se ometto qualcosa, mi interrompa, onorevole Ascari). Anche in questo caso, sì, il Ministero della salute aveva emanato norme, ma – come avrete potuto valutare – l'ha fatto a distanza di un mese e oltre rispetto al primo *alert* legato ai cinesi e forse – consentitemi di dirlo – erano troppo generiche per permettere un'azione efficace all'interno degli istituti penitenziari. In effetti, gli aspetti e le norme pratici e i protocolli non competono al Ministero della salute, che ha solo un dovere d'indirizzo nei confronti delle Regioni, ma alle Regioni.

Ribadisco però che esiste il protocollo – che potrò anche produrre, se interessa i lavori della Commissione – a cui ho lavorato per quanto riguarda la Regione Lazio nella veste di componente anche di quella Commissione. Posso solo accennare che, come ricordo chiaramente, in quel protocollo era previsto che avrebbe dovuto essere lo Spallanzani, in quanto centro di riferimento nazionale d'eccellenza, a farsi cura della popolazione detenuta anche in termini di ricovero e che solo dietro sua indicazione i detenuti (anche quelli sottoposti al regime dell'articolo 41-bis) avrebbero potuto essere ricoverati presso il mio reparto, che ribadisco essere di malattie infettive.

In questo momento, un detenuto sottoposto al regime 41-bis è presente nel mio reparto, dopo la revoca delle misure cautelari, e permettemi anche di sottolineare un punto: ogni volta che mi è stata sottoposta tecnicamente una valutazione non di carattere oggettivo, cioè non l'elenco cui faceva riferimento l'onorevole, ma lo specifico della patologia del detenuto e la possibilità d'indicare un luogo, questa cosa è stata fatta. È stata fatta sia per l'Ospedale «Sandro Pertini», che ha ospitato un detenuto sottoposto al 41-bis – non so se sia ancora presente – sia per il mio reparto.

Ripeto però che i reparti di medicina protetta – e purtroppo ce ne sono pochissimi in Italia – sono ospedali. Vorrei specificare a questa Commissione che i due detenuti eccellenti per mafia sono deceduti all'interno non degli istituti penitenziari, ma di questi specifici reparti, quindi con tutte le garanzie – come ricorda sempre il consigliere Ardita – e tutti i diritti alla salute e ovviamente alla sicurezza e all'ordine che la Costitu-

zione italiana deve garantire. Ho risposto così anche alla domanda sull'interlocuzione con lo Spallanzani.

Le misure organizzative sono specifiche e sono entrate in vigore in molti istituti penitenziari: questo ha consentito di avere a disposizione guanti, mascherine, dispositivi monouso e misurazione della temperatura. La stessa autodichiarazione che ho firmato all'ingresso qui alla Camera è presente all'interno di molti istituti penitenziari: viene fatta firmare cioè un'autodichiarazione molto simile a quella che si propone qui. È da gennaio che nel mio istituto la facciamo firmare, si tratta di un atto di auto-esclusione.

Mi è stato chiesto se era stato condiviso con me il provvedimento di raccomandazione – che ho inviato alla Commissione – emanato dal capo del DAP, in cui veniva delocalizzato il piano carcere. No: mi sono limitato a mandare documenti, quindi non avevo un'interlocuzione diretta con il presidente Basentini. Solo successivamente, ad aprile – lo ribadisco – ho partecipato ad un'unica riunione della *task force*, mentre ero nella *chat* del presidente Basentini (unico medico, tra l'altro) tra tutti gli altri componenti, che si preoccupavano dell'approvvigionamento di tende, guanti, mascherine, eccetera.

Ho partecipato ad una o forse due riunioni alla protezione civile con il commissario Brianese, che faceva parte a sua volta della *task force* del presidente Basentini.

Mi è stato richiesto un piano di prevenzione per gli operatori penitenziari? Nello specifico no, ma non ometto mai gli operatori penitenziari da un intervento di prevenzione sanitaria: così è stato per l'HIV e la tubercolosi e così è sempre, proprio per quel *deficit* che tuttora purtroppo è presente e vede questo Corpo di polizia di 40.000 persone privo di medici propri.

Le misure di prevenzione per il personale sono state praticamente le stesse. Il personale era invitato a non presentarsi negli istituti penitenziari se aveva febbre. Purtroppo ci sono stati poliziotti in rianimazione. Nel mio caso personale, ho avuto un solo poliziotto affetto da Covid, che è stato immediatamente individuato, circoscritto e isolato nella caserma di Viterbo; poi è stato curato e, per fortuna, è andato tutto bene.

Per i detenuti, in maniera analoga, c'è stato il problema dei colloqui, tuttora esistente (la misura è stata prorogata). Sono quindi state rese possibili le videotelefonate anche oltre il limite (una delle misure adottate). I colloqui sono stati bloccati per diverso tempo e si è molto discusso se porre barriere in *plexiglass* (questo è stato uno degli oggetti dell'ultima riunione del 23 aprile, l'unica a cui ho partecipato di persona in dipartimento), ma poi si è pensato alle difficoltà applicative tra le quali la presenza di minori. Non so poi sinceramente neanche come sia andata a finire, ma so che comunque la possibilità di effettuare colloqui con i familiari è stata vietata per un bel po' di tempo, come nelle RSA.

Nel provvedimento del 22 febbraio si istituì l'unità di crisi coordinata dalla dottoressa Paola Montesanti: chi ne faceva parte? La dottoressa Montesanti sicuramente, che tra l'altro, essendo entrata in contatto con

un Covid positivo, il Sottosegretario – credo – alla Sanità, è stata posta in isolamento fiduciario insieme al direttore generale.

Faccio fatica ora ad individuare altre persone oltre al sottoscritto, che però purtroppo – ripeto – era stato richiamato dal suo direttore generale, la dottoressa Donetti, ad adempiere al suo dovere in sede.

La dottoressa Montesanti si è quindi trovata a lavorare in condizioni veramente critiche, fino a quando, intorno al 22-23 marzo, in corrispondenza della circolare, il presidente Basentini ha avocato a sé il coordinamento della *task force* dell'unità di crisi.

Quanto al rapporto OMS, certamente l'ho letto e non sarà sfuggito che facevo riferimento ai cinesi. Avevo letto e studiato i casi e per questo me ne ero pre-occupato (nel senso di occupato prima). Noterà che il tono di quella prima nota non è molto allarmista, ma come a dire: «Prepariamoci e vediamo quello che possiamo fare». In quel momento dovevamo focalizzarci su quel caso (vi ricorderete anche i cinesi a Roma) e la nota lo fa.

Ricordo anche che le indicazioni per effettuare i tamponi, ad esempio, permettetemi di dirlo tecnicamente, non erano proprio correttissime. Si dovevano fare solamente a persone che presentavano i sintomi da Covid, ma dovevano provenire dalle zone a rischio. Potevo cioè avere un paziente di Roma che presentava tutti i sintomi da Covid, dunque un sospetto Covid, ma mi era impedito di fargli il tampone, in quanto non era mai stato a Milano o nelle zone rosse. Quest'aspetto – che tutti ricorderete – per fortuna è caduto e molti casi purtroppo sono stati diagnosticati in ritardo proprio per questo.

Non ho discusso con le organizzazioni sindacali questi aspetti. Molti cittadini hanno provato a chiamare i numeri da lei citati in quel periodo. Non so se lei, onorevole, ci ha mai provato e se ha avuto maggiore fortuna di tanti altri. Sarebbe forse stata necessaria una vicinanza maggiore in questo senso, soprattutto per gli operatori di polizia penitenziaria e per le carceri.

La dottoressa Di Stefano, come avevo detto in premessa, è stata interessata in quanto componente del gruppo ristretto tecnico-scientifico della Regione Lazio. La competenza relativa alle patologie psichiatriche e alle patologie derivate dalle dipendenze, infatti, è sua. Le avevo telefonato e, dato che mi era stato chiesto di indicare informalmente quali potessero essere le patologie interessate, le avevo detto di aver fatto riferimento unicamente al documento, che ho prodotto, del CDC di Atlanta e non alle patologie psichiatriche. In quel periodo, cioè in era pre-Covid, come ricorderete, era in corso una valutazione sull'incompatibilità con il regime penitenziario anche delle patologie psichiatriche. Tale incompatibilità era sancita, e forse lo è ancora, ma la Corte costituzionale aveva poi eccepito di mantenere l'incompatibilità solo per le patologie organiche. Questo è stato il motivo per cui avevo interloquuto con la collega psichiatra.

Per quanto riguarda l'aspetto della pericolosità sociale, lavorando nel contesto del Ministero, sono abituato ad interloquire in maniera informale,

anche se, lo ripeto, questa valutazione ufficialmente non compete al medico.

Inoltre, non ho mai interloquito direttamente con il Ministro e non ho partecipato minimamente alla stesura del decreto cosiddetto Cura Italia, che non scendeva nei particolari di quali effettivamente potevano essere le persone detenute che potevano usufruire del beneficio indicato nel decreto. Credo sia stato proprio quel decreto a stimolare il consigliere Romano nel voler avere almeno un elenco di patologie serie – perché quell'elenco non contiene patologie di poco rilievo, si va dall'AIDS, al diabete scompensato, alla cirrosi, alle neoplasie e quant'altro – anche per aiutare la magistratura nell'emettere il proprio giudizio. Mi richiese, in quanto Direttore di una struttura che trattava malattie infettive, un atto formale piuttosto che un mero elenco di patologie che mi ero limitato informalmente a trasmettergli pochi giorni prima. Seguì quindi l'atto formale che ho allegato con la mia firma, dove accenno, in quanto suggeritomi sempre dal dottor Romano, anche all'articolo 8.

ENDRIZZI (M5S). Signor Presidente, avevo chiesto precisazioni sulla *e-mail* in cui si fa cenno ad una interlocuzione avvenuta al mattino e chiedo se fosse stata verbale o meno.

STARNINI. Se si riferisce alla dottoressa Di Stefano, confermo che è stata verbale.

ENDRIZZI (M5S). Il dottor Giulio Romano faceva menzione di un'interlocuzione con il Ministero e le chiedevo se sapeva con quale soggetto: con il Ministro o con altri appartenenti al Dicastero?

STARNINI. Non mi sono mai permesso di chiedere ai direttori generali – consiglieri Cirignotta e Ardita – dei loro rapporti con i ministeri, anche se precedentemente, prima di entrare in dipartimento, avevo partecipato direttamente ai lavori con i ministri. La mia entrata in Dipartimento risale al 2000 e all'epoca dell'AIDS.

ENDRIZZI (M5S). Infine vorrei sapere se nelle interlocuzioni che possono esserci state, al di là di quelle che lei riporta nell'*e-mail* che ci ha consegnato, le sia mai stato richiesto di analizzare il rischio globalmente oppure distinguendo rispetto alle caratteristiche dei diversi istituti penitenziari e, all'interno di questi, nei reparti per i detenuti comuni, alta sicurezza e 41-*bis*. Infine vorrei chiederle se abbia mai ritenuto di dover offrire di propria sponte questo tipo di distinzione.

STARNINI. No, non mi è stato chiesto di fare una simile distinzione. Mi è stato chiesto solo di fare un elenco oggettivo di patologie, in scienza e coscienza, ed è quello che ho fatto. Nel momento in cui mi è stato chiesto di soggettivare una determinata patologia in presenza di un particolare detenuto, ho risposto in maniera adeguata – e ripeto ciò che ho affermato

poc'anzi – indicando cioè se quella persona poteva restare nell'istituto penitenziario. Speriamo che il problema non si ripresenti ma – e me ne assumo la responsabilità – gli istituti penitenziari non sono luoghi adatti a contenere il contagio da Covid o ad assicurare terapie e precauzioni adeguate. I reparti di medicina protetta, invece, possono farlo, tant'è che la successiva nota del Ministro ha correttamente indicato «istituti penitenziari e reparti di medicina protetta» che, lo ripeto, sono reparti ospedalieri dove è possibile fare risonanze magnetiche, TAC e quant'altro e dove è presente un rianimatore. È inimmaginabile che ciò si possa fare all'interno di un istituto penitenziario. Anche quello che oggi viene definito SAI (Servizio assistenza intensificata che è presente, ad esempio, a Milano-Opera), non è nient'altro che un gradino maggiore di attenzione dovuto alla presenza di specialisti. Tali strutture, però, sono lontanissime da una assistenza di tipo ospedaliero.

Se mi fosse stato chiesto un parere in un caso specifico, avrei risposto. In questo caso mi è stato chiesto di fare un elenco oggettivo di patologie, non di calarle in contesti differenti, penitenziari o ospedalieri.

TONELLI (*LEGA*). Signor Presidente, la mia domanda verteva su una richiesta di valutazione. Il dottor Starnini ha parlato prima della necessità di provvedere eventualmente all'uscita di persone che potevano essere considerate a rischio in quanto il carcere poteva rappresentare un luogo di contagio. Così non è stato. Chiaramente era un timore che tutti avevamo e che tutti gli italiani hanno, però la statistica che mi hanno fornito i colleghi della Polizia penitenziaria era assolutamente in linea con quello che le sto dicendo, dunque sarebbe necessaria una proporzione.

STARNINI. Mi permetta, onorevole, di non essere tecnicamente d'accordo. Sulle collettività e le comunità chiuse ho allegato anche un documento di aprile della Commissione europea – successivo ai documenti oggetto di discussione in questa Commissione – che ripercorre le medesime raccomandazioni e non lo fa gratuitamente, ma sulla base di dati tecnico-scientifici.

Sono molto contento – e credo lo sia anche la Polizia penitenziaria – del fatto che abbiamo contenuto a meno di 200 i casi di poliziotti penitenziari affetti da Covid e a poche unità i casi finiti in rianimazione. Io insegno statistica ed epidemiologia all'università «La Sapienza» nel corso di scienze infermieristiche e ho anche insegnato nel corso di specializzazione di Igiene, dunque posso dire che i numeri spesso possono essere «tirati» da una parte o dall'altra ma poi ciò che conta sono i fatti reali. Sono felicissimo di essere stato smentito nei grandissimi numeri per quanto riguarda sia i detenuti che la polizia penitenziaria, ma ritengo – e me ne assumo la responsabilità – che quasi 200 poliziotti affetti da Covid non siano un numero da sottovalutare minimamente.

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, dottor Starnini, mi sembra che lei non abbia risposto alla mia domanda. In particolare, ho visto il do-

cumento che lei ha portato come risposta e, forse a causa della mia scarsa conoscenza dell'inglese, mi sembra che non vi si faccia riferimento a istituti carcerari o simili. Da quanto mi risulta, quel documento, che è di un importante ente sanitario americano, è stato interpretato così negli Stati Uniti, dove non ci sono state scarcerazioni di massa per i detenuti ultrasessantacinquenni. Quindi quel documento non fa riferimento certamente alla situazione penitenziaria.

Eppure lei sostiene che una detenzione domiciliare, quando non si accede al domicilio tramite controllo della temperatura e con presidi sanitari come mascherine e guanti, bensì vi si accede liberamente come fanno i parenti conviventi con il soggetto detenuto, sia più sicura di una struttura che ha quei presidi di prevenzione che lei bene ha specificato, compresa la tenda per il *triage* fuori dal carcere. Quindi lei sostiene, davanti alla Commissione, che una struttura ad accesso controllato come il carcere (dove ci si sottopone al controllo della temperatura, si rilascia una dichiarazione, dove è prevista la quarantena per chi è esposto e l'utilizzo di presidi medici sanitari) sia più rischiosa di una detenzione domiciliare dove si entra in contatto con gente che esce per strada, per esempio a Bergamo, ed entra in contatto con decine di migliaia di persone che sono state contagiate, migliaia delle quali sono morte.

Oltre a questo, lei dichiara alla Commissione che ha fatto un elenco di patologie. Ma lei non ha fatto solo questo, dottore: ha fatto precedere tale elenco da una prescrizione che – le ripeto la domanda – mi chiedo in base a quale valutazione, da medico a cui era stato richiesto un elenco di patologie, lei abbia stilato, considerato che ha tutt'altro orientamento, cioè vi si chiede di valutare l'opportunità dell'applicazione di misure alternative alla detenzione per determinati soggetti affetti dalle patologie presenti nell'elenco. Dunque o le hanno chiesto quale detenzione fosse più opportuna in base alle patologie o le hanno chiesto quali fossero le patologie a rischio. Lei riferisce che le avrebbero chiesto quali fossero le patologie a rischio ma non dice questo nella lettera. Lei sta indicando alla Direzione generale dei detenuti che questi soggetti dovrebbero essere assegnati alla detenzione domiciliare e non in struttura. Come bene ha detto il mio collega Endrizzi, non è stata fatta nessuna valutazione delle varie situazioni, delle strutture più a rischio, di quelle maggiormente attrezzate o delle strutture che avevano approntato strumenti più o meno validi per contenere il contagio.

Mi vuole spiegare chi glielo ha chiesto e in base a quale competenza ha fatto questa valutazione?

STARNINI. Ripeto quello che ho detto poc'anzi, senatore, e me ne assumo la responsabilità. Le carceri sono comunità a rischio perché raggiungono un sovraffollamento e una promiscuità che non si riscontrano nel domicilio.

L'elenco di patologie riguarda non solo gli istituti penitenziari, ma anche le RSA e quant'altro. Nessuno mi ha chiesto di fare una valutazione differenziandola tra istituti penitenziari o categorie di persone sottoposte a

determinati trattamenti. Mi assumo la responsabilità di questo, in scienza e coscienza. Tutte le collettività, le RSA così come gli istituti penitenziari, erano e sono maggiormente a rischio. Oggi è il 10 giugno, senatore, e abbiamo all'interno degli istituti penitenziari una serie di misure che in quel periodo non avevamo. Questa può essere una risposta utile, forse, per decifrare la mia preoccupazione nei confronti della salute delle persone detenute, degli agenti di polizia penitenziaria e aggiungo, ora come allora e speriamo non in futuro, anche della collettività.

Senatore, oggi è il 10 giugno ed è andata com'è andata. Lei immagini se in quel momento avessimo avuto un'epidemia importante; non l'abbiamo avuta e ringraziamo il cielo. È andata così in questo momento, ci siamo fermati a 200 persone con qualche morto. Ma se avessimo avuto i detenuti al 41-bis da ricoverare allo Spallanzani, al Gemelli o altrove non avremmo avuto i posti per le persone comuni. Quindi, come ho sempre detto, la salute in carcere è salute pubblica. Non lo dico io, lo dicono le Regioni ed è anche la base della riforma. Le carceri, dunque, in tutti i documenti ufficiali del mondo e non solo italiani, erano e sono considerati luoghi a rischio per tutte le patologie. Mi permetta di dire una cosa senatore: tutte le patologie, anche quelle non infettive, sono presenti in carcere molto più che fuori: l'HIV è dieci volte più presente che nella popolazione all'esterno; l'HCV quaranta volte. Vogliamo parlare di neoplasie e linfomi? Vogliamo parlare di diabete scompensato e di tumori al polmone? O delle 70, 80 sigarette al giorno fumate all'interno degli istituti penitenziari, con i conseguenti rischi derivanti da fumo attivo e fumo passivo?

A proposito delle condizioni di salute, abbiamo iniziato una riforma nel 2008. Il percorso è ancora lungo prima di poter affermare che gli istituti penitenziari possano assicurare l'assenza di contagio o la salute delle persone detenute o costrette a lavorare. È un percorso lungo, difficile e costosissimo. Qualche Regione e qualche istituto sono un po' più avanti, altri sono rimasti indietro. Questo è un discorso razionale in scienza e coscienza. Dunque ho fatto quello che ritenevo opportuno e ho indicato alcune patologie. Le decisioni di carattere politico o giudiziario, ovviamente, non mi competono e guai al medico che si cimenti in questi ambiti.

Esiste un detto, senatore: lei, se si trovasse in sala operatoria, si chiederebbe se il chirurgo è bravo o magari si chiederebbe se è omosessuale o se ha delle convinzioni politiche? Penso che l'unica cosa che le interesserebbe è se si tratta di un chirurgo che sa fare il suo lavoro. Ecco, fare il lavoro del medico penitenziario è molto difficile. Fare anche aspetti di valutazione medico legale è molto difficile. Siete liberi di non credermi.

NESCI (M5S). Signor Presidente, dottor Starnini, innanzitutto la ringrazio. Noi abbiamo bisogno di elementi conoscitivi per capire come sono andati gli eventi, non penso che si metta in dubbio la sua professionalità. Abbiamo bisogno di informazioni per comprendere quali sono stati i passaggi interni dell'amministrazione. È questo il motivo per cui vengono po-

ste alcune domande anche molto dettagliate. Dobbiamo capire qual è stato il corso degli eventi.

Vorrei sapere quando è venuto a conoscenza della circolare Borzacchiello e se, quando ne ha avuto notizia, l'ha immediatamente ricollegata alla corrispondenza che ha avuto con il dottor Romano che abbiamo negli archivi.

PRESIDENTE. Dottor Starnini, nella prima *e-mail* che lei invia a Paola Montesanti il 27 gennaio, i penitenziari rappresentano una collettività semi aperta. Lei ha sostenuto insistentemente che, al contrario, i penitenziari debbano essere ritenuti un sistema chiuso. Personalmente credo sia più corretto ragionare di ogni singola realtà perché ogni singola realtà ha delle specifiche caratteristiche. Ad esempio, sappiamo tutti che dove c'è un reparto 41-*bis* il cosiddetto distanziamento fisico – o meglio sociale – è già attuato perché è previsto dall'ordinamento penitenziario. Dunque per quei detenuti che già vivono quel distanziamento, forse le precauzioni che vengono pensate per tutti indistintamente possono non essere esattamente valide. Già questo pone qualche problema. Nel complesso, inoltre, quando ho letto integralmente le carte, mi sono convinto del fatto che mentre inizialmente vi era la volontà di stringere un rapporto sinergico con il Servizio sanitario locale, regione per regione, al fine di garantire un monitoraggio e poi un intervento preciso, puntuale e chirurgico laddove l'epidemia esplodesse, poco alla volta, soprattutto dopo l'approvazione, a marzo, dell'articolo 123 del cosiddetto decreto Cura Italia, sarebbe insorta una convinzione del tutto differente che le vado a esplicitare per come è testualmente asserita in alcune *e-mail*. Forse, dal Ministero, non volevano questo lavoro di supporto con i vari servizi sanitari regionali ma volevano altro, cioè un motivo per allontanare i detenuti dagli istituti penitenziari – che venivano considerati tutti in egual misura strutture pericolose, a prescindere dalle loro precise, singole caratteristiche – perché forse così il sistema sarebbe collassato.

Ribadisco: io per primo l'ho apprezzata quando ha ricordato che la vita di un detenuto, esattamente come la vita di un poliziotto della penitenziaria, merita la massima tutela possibile, come ribadiva spesso il dottor Ardita. Leggendo i documenti, ad esempio, ho riscontrato il rinvio preciso ed esplicito allo Spallanzani come polo di riferimento che viene *in primis* indicato come una fonte da cui attingere informazioni e ottenere suggerimenti. Non ho però materialmente riscontrato informazioni, suggerimenti o precauzioni che provenissero dallo Spallanzani.

Torno alle ultime *e-mail*, che però le sono state scritte da altri, quindi ho difficoltà a farle queste richieste: vorrei comunque sapere da lei se queste parole le hanno sollecitato le stesse mie riflessioni. Ad esempio, nella *e-mail* del 12 marzo (pochi giorni prima delle rivolte), si legge: «Caro Giulio, ti scrivo riguardo a quanto mi hai richiesto stamattina sul target per il quale sarebbe auspicabile aumentare misure alternative alla detenzione». Quindi c'è proprio una indicazione che va nel senso di aumentare le misure alternative alla detenzione.

Ancora, nella *e-mail* che lei invia, per conoscenza, anche a Giulio Romano e a Paola si legge: «Gentilissimi, avevo chiesto alla collega le patologie per le quali consentire se possibile, in base alla pericolosità sociale (...)». Allora, se faccio riferimento alla pericolosità sociale, in qualche modo (anche se posso sbagliare) rinvio anche alle caratteristiche penali dei soggetti cui si fa riferimento perché una cosa è il borseggiatore, un'altra chi ha alle spalle delitti efferati di mafia.

Vorrei inoltre approfondire nel merito una domanda che le è già stata posta dal senatore Endrizzi: in una *e-mail* del 18 marzo (quindi siamo in prossimità di quanto è avvenuto sabato 21 marzo), Giulio Romano dice: «Dottore, per cortesia, giorni fa mi ha inviato, per le vie brevi, un elenco di malattie in ragione delle quali i detenuti sono particolarmente esposti a rischi in caso di contagio Covid. Sto spiegando al Ministero (...)», e lei poc'anzi ha detto di non essersi mai azzardato a domandare chi fosse materialmente a rappresentare il Ministero, «l'importanza di una norma che faciliti la detenzione domiciliare per detta categoria di detenuti, a prescindere dalla pericolosità sociale». *Todos caballeros* direbbe qualcuno.

Sono molto curioso di audire il dottor Romano, per approfondire il tema in modo più formale e ufficiale perché vorrei che venisse esplicitato il soggetto che esprime questa volontà.

Infine, questa è la *e-mail* che lei invia in risposta a Giulio Romano: «Si esplicita velocemente, fuori dai casi di stretta necessità, di evitare comunque i luoghi affollati». Allora, noi sappiamo che in reparti quali quelli dei detenuti al 41-*bis*, ma anche quelli di alta sicurezza, di primo livello e quant'altro, ci sono regole che impediscono la socializzazione proprio perché questi istituti sono finalizzati a impedire il mantenimento delle relazioni affinché non prosegua l'attività dell'organizzazione criminale. Dunque la mia percezione – però vorrei essere smentito – è che non tanto da parte del dottor Starnini, quanto piuttosto delle altre parti che interloquivano dal Ministero, in particolar modo il dottor Romano, ci sia stato un graduale passaggio da una prospettiva per cui bisogna lavorare soprattutto in concorso, in sinergia con i centri ospedalieri, le residenze sanitarie protette e quant'altro, ad una per la quale era necessario trovare misure alternative alla detenzione perché evidentemente di più facile gestione. Potrebbe essere molto più facile perché nessuno si assume alcuna responsabilità oppure perché, come lei stesso ha detto, non essendoci residenze sanitarie protette, non sappiamo a chi fare riferimento? Questa è la domanda che volevo sottoporle. Mi scuso se ho impiegato del tempo per formularla.

CANTALAMESSA (*LEGA*). Signor Presidente, ha anticipato la domanda che avrei posto anch'io.

ENDRIZZI (*M5S*). Anch'io sono stato anticipato ma vorrei aggiungere una piccola integrazione. Sembra abbastanza evidente, dalle *e-mail* che lei ha ricevuto, che chi chiedeva il suo contributo avesse già l'obiettivo di giustificare l'adozione di misure alternative al carcere (ovviamente è una mia valutazione).

Lei ha detto che, essendo un medico, non le spettava – mi corregga se semplifico male – la valutazione delle caratteristiche strutturali degli istituti penitenziari e le condizioni in cui vengono reclusi le varie categorie di detenuti. Questo lo accetto e solo in virtù di questo accetto che lei dica che il suo ragionamento è puramente clinico sulla malattia e che non è suo dovere, ad esempio, valutare la pericolosità del soggetto perché questa è una valutazione che farà eventualmente il magistrato di sorveglianza, prendendo in considerazione l'articolo 123 che escludeva alcune categorie.

Mi sembra, però, che lei abbia raccolto la suggestione che ha ricevuto nelle *e-mail*, nello scritto che fa pervenire il 19 dove indica già una soluzione e, fra l'altro, la limita perché dice che per queste persone sono indicate le misure alternative al carcere, escludendo quindi implicitamente che per le stesse persone potessero essere indicate forme di detenzione carceraria più sicure come, ad esempio, l'allestimento di un reparto detentivo all'interno di una caserma dismessa. Ricordo che qui a Roma, per l'ospedale Forlanini che è chiuso da cinque anni, si è alimentato un notevole dibattito sul fatto di poterlo allestire come ospedale Covid. A Milano si sono addirittura inventati una terapia intensiva in fiera (lo dico io e me ne assumo la responsabilità), dunque sarebbe stato possibile anche pensare ad alternative diverse. Capisco che non fosse compito suo ma di altri, però con quella frase, in qualche maniera, mi sembra che lei abbia accolto la suggestione a sbilanciarsi indicando una soluzione piuttosto che un'altra.

GRASSO (*Misto-LeU*). Signor Presidente, innanzitutto ringrazio il dottore per la collaborazione.

Ho letto nella nota del 21 marzo, che ha dato inizio a questa indagine, che il dottor Giulio Romano la cita come comando. Vorrei capire se c'è una differenza tra comando e strutturato, perché si cita il comando come se fosse un esterno, mentre, secondo quello che ha detto e se non ho capito male, lei è stabilmente integrato nella struttura del dipartimento. Vorrei un chiarimento su questo aspetto.

Inoltre, il 17 marzo 2020 è entrato in vigore il decreto cosiddetto Cura Italia con il quale il Governo aveva già cercato di risolvere il problema dell'affollamento carcerario attraverso una serie di norme secondo le quali chi doveva scontare una pena non superiore ai diciotto mesi, previa valutazione relativa alla pena residua, potesse usufruire della detenzione domiciliare. Quindi, sostanzialmente era stato già adottato dal Ministero uno strumento per poter venire incontro ai rischi che, non dimentichiamolo, avevano iniziato a presentarsi già dal 22-25 febbraio, cioè dalla data in cui il capo del DAP e il Ministero della salute avevano già sollevato la questione. Allora, dal 22 febbraio al 17 marzo come mai non avete avuto nessuna esigenza di affrontare questa situazione?

Inoltre, in quel momento la situazione era stata già risolta, nel senso che si sarebbe certamente ottenuto uno sfollamento del carcere, mi scusi il termine. Infatti, nel giro di uno o due mesi, sia per effetto delle norme suddette, sia per il blocco degli ingressi in carcere, circa 8.000 detenuti sarebbero usciti in vari modi. Dunque perché, parallelamente a tutto que-

sto, si è pensato ad un ulteriore provvedimento per diminuire le presenze in carcere?

Se lei ha anche competenze medico legali sa bene quali sono i criteri per la detenzione in carcere: per essere scarcerati è necessaria una incompatibilità con il regime carcerario che non era venuta alla luce tra il 22 e il 25 febbraio e addirittura da quando inizia l'epidemia, fino al 21 marzo con quella nota che poi viene pubblicizzata. Mi chiedo come mai questa incompatibilità, che deve essere oggettiva ed effettiva soprattutto nei confronti di persone che erano escluse dal decreto Cura Italia che prevedeva un elenco ben preciso di detenuti condannati che non potevano godere di quelle norme.

Lei sa bene, proprio perché è medico legale, che con la malattia si supera qualsiasi 4-*bis*, qualsiasi 41-*bis* e quindi è un modo ulteriore per procedere, perché le è stato chiesto non di curare ma di dare uno strumento per poter ulteriormente diminuire le presenze in carcere.

Lei sa benissimo che i settantenni non devono stare in carcere, almeno i detenuti comuni. Gli ultrasettantenni che si trovano in carcere sono stati condannati per reati gravi come mafia, terrorismo e quant'altro. Quando lei inserisce il punto relativo al limite di età di settant'anni sa bene che in carcere non ci sono detenuti ordinari, non ce n'è neanche uno perché non ci dovrebbe stare. Quando prevede un limite di età di settant'anni, lei sa già che con tale limite usciranno solo coloro che, pur non avendo malattie incompatibili con il regime carcerario, corrono un maggiore rischio secondo una valutazione probabilistica e non certamente oggettiva come deve essere il criterio per l'incompatibilità carceraria. Quindi questa è un'assunzione di responsabilità di cui le si chiede conto perché non vi è dubbio che il limite dei settant'anni sia indicativo come sono indicative le patologie che, per tutto il periodo dal 22 febbraio al 21 marzo, non hanno prodotto nessun cambiamento nei regimi carcerari. Arrivati a quel punto, però, provocano lo spostamento in regime di detenzione domiciliare di circa cinquecento detenuti che, secondo il decreto Cura Italia, non dovevano uscire perché erano previsti determinati limiti. Il Governo si era posto questo problema che viene poi superato non da una malattia oggettiva che renda le condizioni del detenuto incompatibili con il regime carcerario (come prevedono gli articoli 4-*bis* e 41-*bis*), ma da un possibile pericolo. Il quadro è evidente.

La mia domanda è ovvia: chi le ha chiesto di fornire gli elementi necessari ad accelerare lo svuotamento delle carceri, che comunque ritengo fosse necessario per diminuire il numero dei detenuti e non per finalità di altro genere?

MIRABELLI (PD). Signor Presidente, chiedo scusa ma ripeto una cosa che ho già detto nella seduta precedente. Ringrazio davvero il dottore per la disponibilità e per il lavoro svolto. Io sono tra coloro che si sono battuti perché, di fronte al rischio del Coronavirus, si facesse ogni cosa possibile per ridurre la popolazione carceraria. Ovviamente non sto parlando dei detenuti in alta sicurezza e di quelli al 41-*bis*, ma dato che la

tutela della salute è una questione fondamentale, ritengo fosse giusto l'intervento previsto dal decreto Cura Italia che, come sappiamo, ha consentito di mettere agli arresti domiciliari meno di 2.000 detenuti. Credo, inoltre, che sia stato utilissimo il lavoro dei magistrati di sorveglianza per intervenire e garantire, laddove ci fossero rischi per la salute, la possibilità di accedere a misure alternative.

Ritengo quindi che il problema di quella circolare non fosse di farsi carico di un problema reale che è stato affrontato in tutto il mondo, tanto che in Francia hanno scarcerato immediatamente 5.000 persone, così come in Marocco. Il tema del Covid in carcere non lo abbiamo inventato noi. A mio parere, quindi, il problema non è che la circolare perché ci si preoccupava della salute dei detenuti non è un problema, anzi è stato corretto. In questa Commissione dobbiamo cominciare a ragionare sul fatto che la stragrande maggioranza dei detenuti non sono detenuti in alta sicurezza o al 41-*bis*.

L'errore contenuto in quella circolare – e infatti le domande che porrò domani alla dottoressa saranno in questo senso – è la mancata distinzione, il mancato chiarimento e, soprattutto, la gestione della questione. Questo è il tema. Noi continuiamo a fare domande, stupendoci per il fatto che un medico che si occupa della salute dei detenuti, giustamente, lavori per fare in modo che il maggior numero possibile di detenuti venga messo agli arresti domiciliari. In questo Paese, infatti, la situazione di sovraffollamento è evidente e pone un problema serissimo di fronte al Covid-19.

Vorrei chiedere, quindi, al dottor Starnini se in questo lungo *excursus*, in questi scambi di *e-mail*, qualcuno le abbia mai chiesto indicazioni specifiche sui detenuti al 41-*bis* o in alta sicurezza. Questo è il punto. Ovviamente lei ci risponderà di no e allora il tema non è aver svolto il lavoro che giustamente è stato fatto per salvaguardare la salute dei detenuti ma – il Presidente sa che lo penso perché l'ho denunciato più volte anche in Aula al Senato – il fatto che, a mio parere, qualcosa non ha funzionato nel DAP, dove si doveva pensare a questa distinzione.

Ascoltando la discussione, sembra che gli aspetti si confondano e che il problema sia che abbiamo fatto la scelta – secondo me giusta – di lavorare per salvaguardare la salute dei detenuti. Su questa cosa dobbiamo riflettere perché la decisione presa era giusta. Dopodiché è stato sottovalutato un determinato aspetto ma il tema generale è questo.

STARNINI. Signor Presidente, avevo propugnato fin dall'inizio la massima collaborazione delle istituzioni regionali e sanitarie locali con lo Spallanzani. Faccio anche parte della commissione della Regione Lazio che si occupa di HIV e tossicodipendenze, coordinata dal dottor Ippolito che tutti voi conoscete. Per rispondere al Presidente, posso dire che ignoro sinceramente il motivo per il quale le circolari ufficiali non abbiano seguito questo percorso. Avete letto le mie *e-mail*.

Sicuramente i detenuti al 41-*bis* sono in un contesto più isolato e controllato ma sono comunque sempre presenti gli operatori. La maggior

parte dei casi negli ospedali e nelle RSA, sia quelli lombardi che quelli che abbiamo oggi a Roma, purtroppo è collegato agli operatori sanitari e agli operatori penitenziari. Quindi è vero che i detenuti al 41-*bis* sono isolati (anche se hanno comunque la possibilità di fare colloqui) ma un intervento di controllo su tutti, compresa la Polizia penitenziaria che deve comunque avere contatti con loro, era doveroso.

Vi prego di inquadrare la circolare, come giustamente ha detto il senatore Mirabelli, in un contesto molto più ampio di interventi che il Paese comunque ha affrontato che vanno dal reperimento delle mascherine e dei guanti al reperimento delle tende. Va letta, quindi, in maniera organica. Se mi chiedete se avevo pensato alle conseguenze sui detenuti al 41-*bis*, rispondo nettamente di no. Non ci avevo pensato. Avevo pensato – ripeto – alla salute collettiva e aggiungo Presidente, non solo della popolazione detenuta e degli agenti – che mi stava e mi sta a cuore – ma anche a quella della collettività. Le carceri sono semi aperte perché sono centinaia e centinaia le persone che normalmente entrano ed escono. Quello che accade all'interno delle carceri ho avuto modo di studiarlo molto bene a proposito dell'epatite C. Se non curata, la malattia viene restituita all'esterno con gli interessi. Non è successo per la Covid-19; sono molto felice sia andata così a mi auguro che non accada in futuro.

Non mi sono fatto strumento di questo o quel politico ma neanche della direzione generale perché, in scienza e coscienza, ho chiesto solo di valutare l'opportunità dell'iniziativa che era oggetto della nota. Ho chiesto di valutare mille altre cose: qualcosa è stato accolto e qualcos'altro no. Ad esempio, come citava il Presidente, ho auspicato collaborazione con le istituzioni. Ho scritto, rivisto e corretto – e non so neanche se ha visto la luce – la circolare sulle modalità di ispezione dei pacchi.

ENDRIZZI (*M5S*). Ci ha consegnato anche questi documenti? Glielo chiedo perché non li ho visti.

STARNINI. Se sono pertinenti glieli faccio avere. C'è stata una interlocuzione con la dottoressa Montesanti e con il dottor Giulio Romano – non so neanche se poi è seguita una circolare o meno – per stabilire come la Polizia penitenziaria avrebbe dovuto ispezionare i pacchi che arrivavano.

Devo confessare una cosa. Ho saputo da una trasmissione televisiva di questa circolare e ne ho preso atto pochi giorni fa. Quindi non sono stato informato del fatto che la mia nota aveva poi prodotto una circolare.

PRESIDENTE. Se fosse possibile, le chiedo di chiarire meglio questo aspetto perché è oggetto di particolare interesse da parte dei commissari.

STARNINI. Successivamente alla richiesta del dottor Giulio Romano, ho spedito la nota che lei ha letto, con la mia firma e il mio timbro ufficiale, ma poi non ho avuto una restituzione dal Ministero o dal consigliere. Non sono stato informato del fatto che sarebbe stata emanata

una circolare, né sono stato mai reso edotto del fatto che questa circolare potesse avere ricadute nell'ambito della sicurezza. Ne ho preso visione da pochissimo tempo.

Per quanto riguarda le domande del senatore Grasso, è stato il direttore generale a chiedermi questo atto, nessun politico né tantomeno il Ministro. Ho citato anche i settantenni perché sono considerati categoria a rischio.

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, mi scusi ma ritengo sia necessaria una puntualizzazione perché si passa dalle patologie alle categorie a rischio ma sono due cose differenti.

STARNINI. La classe di età non è una patologia, questo è chiaro ma è elencata come condizione a rischio da tutti gli organi internazionali. E lì c'è. È stato fornito l'elenco?

PRESIDENTE. Sì. L'età indicata come a rischio è dai sessantacinque anni in poi.

STARNINI. Io sono infettivologo, igienista e direttore sanitario ma esiste una specialità che si chiama geriatria che si occupa che si occupa delle patologie età correlate.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, deve essere calata in un contesto soggettivo che non è quello previsto nella nota; il contesto soggettivo è quello in cui mi si chiede, per la valutazione medico-legale, se quella patologia o quell'età – che non è una patologia – è compatibile o meno con una certa situazione penitenziaria.

GRASSO (*Misto-LeU*). Lo hanno chiesto specificamente?

STARNINI. No, assolutamente no, quella è una valutazione oggettiva. Nella fattispecie, quando mi si chiede questo, mi si dice di analizzare se il tale istituto penitenziario, che è dotato di tali dotazioni sanitarie dove è presente quel determinato detenuto (41-*bis* o meno) che presenta determinate patologie, è adatto ad ospitare il suddetto detenuto. Normalmente accade che siano i medici degli istituti penitenziari – ed è accaduto anche per il Covid-19 – che certificano l'incompatibilità con l'istituto, non altri. L'incompatibilità viene richiesta dalle direzioni, dalle magistrature o dagli avvocati sulla base di richieste di altri medici. Solo un altro medico può valutare se effettivamente quella richiesta è pertinente o meno, considerate le strutture presenti. Ad esempio, se un cardiopatico o un infartuato si trova in un piccolo istituto dove non c'è un medico sempre presente e dove non c'è neanche lo specialista cardiologo, è normale che venga indicato un istituto dove ci sia la guardia medica per ventiquattro ore con la presenza di un cardiologo.

Nella fattispecie di questa circolare, si è in presenza di una richiesta di un elenco oggettivo di patologie che, in scienza e coscienza, ho ritenuto

di riportare e, lo ripeto, sono indicazioni che potrete trovare in tutte le indicazioni internazionali, non del nostro Ministero.

Scusatemi se aggiungo anche questo: successivamente all’emanazione della nota, c’è una dichiarazione che trovate negli allegati che vi ho fornito che è datata 6 aprile – e arriva il 29 aprile – dall’Europa.

GIARRUSSO (*Misto*). Li conosciamo questi istituti, sono ben noti.

PRESIDENTE. Senatore Giarrusso, per favore.

STARNINI. Lei non riconosce la Commissione europea?

Non mi faccio strumento neanche di questa dichiarazione, però, ripeto, ci sono degli atteggiamenti, che non credo siano stati citati a caso, in cui si dice che diversi Stati membri hanno avviato la scarcerazione – attenzione: non le misure alternative alla detenzione che sono sempre comunque misure detentive – di alcune categorie di detenuti. Su questa falsariga si sono mossi tanti altri organismi internazionali, quindi, ripeto, vi prego di collocare nella giusta prospettiva ciò che è accaduto. Come molti di voi hanno detto benissimo, non mi compete la valutazione sull’opportunità di spostare determinate categorie di detenuti. Non compete a un medico, però vi prego di collocarla in un contesto complessivo di azioni che sono state svolte dalle Regioni, dalle ASL e dalle direzioni d’istituto volte a contenere questo fenomeno. Questo è lo spirito che mi ha animato. Non mi sono state mai chieste valutazioni sul 41-*bis* o quant’altro.

PRESIDENTE. Cosa risponde relativamente al quesito che le avevo posto sul fatto che, progressivamente, si sia cambiato *focus* e, pertanto, mentre inizialmente si era inclini a rapportarsi al Servizio sanitario...

STARNINI. Signor Presidente, lei ha letto una mia proposta. Le proposte dei tecnici, da sempre vengono valutate e talvolta accolte. Io ero e rimango fermamente convinto che andava fatto. Non sono stato interpellato sul perché, poi, questa interlocuzione non sia proseguita.

PRESIDENTE. Grazie, questo è molto chiaro e ci illumina.

GIARRUSSO (*Misto*). Signor Presidente, vorrei solo precisare che il dottore ha ribadito un’altra volta che avere più di settant’anni non è una patologia, ma questo non corrisponde a ciò che ha scritto al DAP, al direttore generale, della pena. Io leggo e se vuole può correggere e dire, in questa sede, che era sbagliata la nota: «chiede di valutare l’opportunità dell’applicazione di misure alternative alla detenzione per i soggetti affetti dalle seguenti patologie: (...) soggetti di età superiore a settant’anni». Allora lei non può dire, in questa sede, tutto e il contrario di tutto. O ci dice che avere più di settant’anni è una patologia, come ha scritto nella nota; non può parlare di soggetti a rischio perché i soggetti a rischio sono tantissimi, non solo gli ultrasessantenni e non solo chi soffre di determinate

patologie come ha scritto lei. Ci deve essere una sola versione di questo aspetto.

GRASSO (*Misto-LeU*). In tutto il periodo in cui l'epidemia era già in atto, fino al 19 marzo, quando le viene avanzata la richiesta, lei era la persona tecnicamente più responsabile nell'ambito del Ministero – dico tecnicamente intendendo in ambito sanitario – perché lei ha detto che nel dipartimento c'è solo lei che si occupa di sanità.

STARNINI. Non mi metta in bocca parole che non ho detto.

GRASSO (*Misto-LeU*). Perché non si è rivolto alle ASL? C'è lei all'interno che fa da consulente generale.

STARNINI. Non sono solo. C'è un elenco di persone.

GRASSO (*Misto-LeU*). Allora ho capito male ma ha detto lei che ormai non esiste più la sanità all'interno del dipartimento e che ci sono solo le ASL.

Allora lei e gli altri medici coinvolti non avete rilevato nulla finché qualcuno non l'ha chiesto. La nota del capo DAP diramata a tutti quanti è del 25 febbraio, quindi l'avrà letta anche lei sicuramente e l'avrà anche ispirata o comunque l'ha ricevuta certamente. Dal 25 febbraio al 19 marzo non succede nulla e lei sa benissimo un'altra cosa: al di là del fatto che avere settant'anni sia una patologia o meno – non è questo il punto anche se nella sua lettera c'è una contraddizione – non vi è dubbio che lei sappia che esiste una norma per cui oltre i settant'anni non si sta in carcere se non per determinate categorie di soggetti che sono ad alto rischio di pericolosità sociale e lei accenna alla pericolosità sociale come ha rilevato lo stesso Presidente.

Questo problema evidentemente si doveva prospettare come qualcosa che, nel momento in cui lei inserisce i settant'anni come fattore di rischio, avrebbe prodotto il fatto che anche coloro che rappresentano un elevato pericolo sociale sarebbero stati investiti da questo provvedimento. Lei sa benissimo che sono andate ai domiciliari persone che non hanno presentata nemmeno un'istanza; né loro, né i loro difensori.

GIARRUSSO (*Misto*). Oltre 62 istanze di questo tipo.

GRASSO (*Misto-LeU*). Questo è stato l'effetto che lei doveva prevedere perché sa benissimo – lo ripeto – che oltre i settant'anni si trovano in carcere solo i detenuti davvero pericolosi.

STARNINI. Io la ringrazio per le competenze che mi attribuisce ma non mi appartengono. Ribadisco: il Covid-19 ha falciato persone in età matura, soprattutto ultrasettantenni.

GRASSO (*Misto-LeU*). C'è qualche ultranovantenne che è sopravvissuto.

STARNINI. Vivaddio, senatore!

Questa, per me come medico, è un'indicazione fondamentale. Non ho mai minimamente pensato che indicare i settant'anni di età come fattore di rischio – che, ripeto, è un'indicazione non di Giulio Starnini ma mondiale – potesse avere implicazioni sui detenuti al 41-*bis* e all'AS3. La ringrazio per le competenze di carattere giuridico e giudiziario che mi attribuisce ma non ne sono in possesso. Sono abituato a studiare i miei casi singolarmente. Non sono medico legale, sono consulente tecnico d'ufficio. Ho tre specializzazioni ma purtroppo la medicina legale non mi appartiene: sono infettivologo, epidemiologo e direttore sanitario. Non mi appartiene la medicina legale ma sono il CTU che affronta le centinaia di richieste di risarcimento per milioni di euro che vengono presentate ogni anno dai detenuti, compresi quelli al 41-*bis*, allo Stato italiano. Sono comandato perché ho vinto il concorso al dipartimento nel 2000 e ho lavorato con il consigliere Ardita per moltissimi anni. L'ho affiancato nel caso Cucchi – la nostra è stata la prima perizia – poi ho lavorato successivamente con gli altri consiglieri, ultimamente con il consigliere Romano ma molto poco perché è arrivato il 22 o 23 febbraio e ho avuto modo di vederlo pochissimi giorni. Questi sono aspetti che vanno letti in un contesto di carattere generale.

Comunque, per rispondere alle sue domande, avevo scritto il 27 gennaio. Ripeto che ero comandato dalla Regione Lazio, il che vuol dire – e ci sono gli atti che lo attestano – che visto che non era rimasto alcun medico all'interno dell'amministrazione penitenziaria, un manipolo di medici – meno di dieci – successivamente alla riforma dovevano essere comandati. Tra questi ci sono anch'io. Ripeto che le mie precipue funzioni sono di carattere medico-legale, come consulente tecnico d'ufficio. Sono comandato fino al 20 settembre di quest'anno, io come tutti gli altri perché è un comando annuale che viene rinnovato dalla Regione Lazio dietro richiesta del Ministero della giustizia.

Non ho mai immaginato possibili risvolti perché ciò non compete a un medico. Ad un medico compete prospettare, ipotizzare, proporre anche una valutazione.

ENDRIZZI (*M5S*). Non solo una.

STARNINI. Ne ho fatte tante di valutazioni, anche con lo Spallanzani, ma quella non l'hanno accolta. Spetta comunque ai giudici e agli amministrativi fare valutazioni di altra natura. Il mio dovere precipuo è quello di fornire agli organi tecnici, sia il tribunale di Piazzale Clodio in corso di perizie (dove anche vado) o l'amministrazione penitenziaria, gli elementi tecnici per il *peritus peritorum*. Lei sa benissimo a cosa mi riferisco. Allo Spallanzani, purtroppo, non sono stato seguito e me ne rammarico. C'è stato poi un seguito su questo aspetto come su tante altre cose.

ENDRIZZI (*M5S*). Posso fare una domanda secca? Quale delle due affermazioni ritiene più azzeccata nel suo caso: ho scritto quella nota come mi hanno chiesto di scriverla o l'ho scritta come io ritenevo andasse scritta?

STARNINI. Ho scritto una prima nota informale in cui elencavo solamente patologie ed età, poi il mio direttore generale mi ha chiesto di formalizzarla e scriverla in maniera tale che venisse accettata sulla base delle richieste che lei ha letto con dei contatti al Ministero che io ignoro.

ENDRIZZI (*M5S*). Quindi lei l'ha scritta in modo che venisse accettata al Ministero.

STARNINI. L'ho scritta come mi è stata richiesta dal direttore generale.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande, dichiaro conclusa l'audizione odierna.

Non essendo state sollevate obiezioni nel corso della seduta, si ritiene concesso il patrocinio gratuito all'opera documentaristica *Chi ha ucciso Giovanni Losardo*.

I lavori terminano alle ore 23,35.

