



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 149

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

SEGUITO DELL'INCHIESTA SU ALCUNI ASPETTI  
DELLA MEDICINA TERRITORIALE, CON PARTICOLARE  
RIGUARDO AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI  
PER LE TOSSICODIPENDENZE E DEI DIPARTIMENTI  
DI SALUTE MENTALE

155<sup>a</sup> seduta: martedì 3 aprile 2012

Presidenza del vice presidente MASCITELLI  
indi del presidente Ignazio MARINO

**I N D I C E****Audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 17, 20	<i>ATTENASIO</i> . . . . .	Pag. 19, 20
COSENTINO (PD) . . . . .	16	<i>BONDIOLI</i> . . . . .	6, 19
GRAMAZIO (PdL) . . . . .	20	<i>INTERLANDI</i> . . . . .	9
MASCITELLI (IdV) . . . . .	15	<i>LUPO</i> . . . . .	4, 18
PORETTI (PD) . . . . .	12	<i>MORLICCHIO</i> . . . . .	11
SOLIANI (PD) . . . . .	15		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I. Intervengono il dottor Luigi Attenasio, il dottor Emilio Lupo, il dottor Cesare Bondioli, il dottor Gaetano Interlandi e il dottor Antonio Morlicchio, esponenti della Società italiana di psichiatria democratica.*

*Intervengono il dottor Luigi Attenasio, il dottor Emilio Lupo, il dottor Cesare Bondioli, il dottor Gaetano Interlandi e il dottor Antonio Morlicchio, esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica*

*I lavori hanno inizio alle ore 13,30.*

### **Presidenza del vice presidente MASCITELLI**

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 28 marzo 2012 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. La pubblicità dei lavori odierni, oltre che attraverso il resoconto stenografico, sarà assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno.

Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

#### **Audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale.

È oggi in programma la libera audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica. Saluto e ringrazio il dottor Luigi Attenasio, presidente, il dottor Emilio Lupo, segretario, il dottor Cesare Bondioli, responsabile nazionale carceri e OPG, il dottor Gaetano Interlandi e il dottor Antonio Morlicchio, membri del direttivo nazionale.

L'audizione odierna, deliberata in maniera unanime in sede di Ufficio di Presidenza, è volta ad acquisire considerazioni e spunti di riflessione in merito alla riforma recentemente approvata in materia di OPG. Al fine di concedere il massimo spazio agli audendi e alle eventuali successive domande dei commissari, cedo subito la parola al membro della delegazione che si farà carico di svolgere la relazione introduttiva.

*LUPO.* Signor Presidente, a nome di Psichiatria democratica desidero ringraziare la Commissione per questo invito, anche perché pensiamo di fornire un contributo in ragione del fatto che nelle ultime settimane abbiamo continuato a visitare gli ospedali psichiatrici giudiziari (negli ultimi dieci giorni siamo stati in quello di Napoli e in quello di Aversa) e abbiamo il grande timore che si possano svuotare dimenticando le persone. Per tale motivo, nelle prossime settimane continueremo a visitare anche gli altri ospedali psichiatrici giudiziari. Temiamo, inoltre, che ci si limiti a dibattere sulla legge (legge sì, legge no), mentre occorre discutere del modo in cui governare i processi di dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Ci permettiamo, quindi, di sottoporre alla Commissione – sperando che vengano girati al Governo – alcuni interrogativi in relazione al decreto ministeriale che, come affermato dal ministro Severino, avrebbe dovuto essere emanato entro il 31 marzo 2012. In realtà, tale decreto non è stato ancora varato.

### **Presidenza del presidente Ignazio MARINO**

(Segue *LUPO*). Vorremmo sapere quali sono le cosiddette attività perimetrali; visitando gli OPG di Napoli e di Aversa, abbiamo osservato (e rinnovato ai direttori delle carceri) che vi è una sorta di *damnatio memoriae* perché le proroghe *sine die* di quello che comunemente viene definito «ergastolo bianco» riguardano persone in carne ed ossa. Ad esempio, ieri abbiamo incontrato un uomo ospitato – per così dire – nell’ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa che è nato nel 1928, che quindi, se non commetto errori di calcolo, ha 84 anni. A mio avviso, ci si dovrebbe soffermare sulla questione della pericolosità di una persona come questa (che in realtà a noi è sembrata demente) o degli altri ultrasessantenni che presentano patologie severe dal punto di vista epatico, che hanno cardiopatie e più *bypass*, piuttosto che continuare a discutere sulla possibilità di migliorare il testo della legge.

Abbiamo ascoltato con piacere l’affermazione fatta in un’intervista dal presidente Marino secondo cui negli OPG non si può curare neanche un raffreddore. Si tratta di una questione che noi abbiamo già affrontato: già per la legge n. 180 vi è stata questa stessa falsa disputa ideologica che oggi – *mutatis mutandis* – ritroviamo per molti aspetti anche in ordine agli ospedali psichiatrici giudiziari. Ci si attarda a discutere quando abbiamo rilevato con grande piacere che in modo *bipartisan* (come si usa dire oggi), sia al Senato che alla Camera dei deputati è stato riconosciuto che si tratta di luoghi di afflizione da chiudere al più presto.

Noi temiamo di essere coinvolti in questa pseudo disputa ideologica sull’unico tema che noi consideriamo giusto, cioè il fatto di governare il

processo di dimissione attraverso progetti individualizzati per le persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari: si tratta di un elemento molto semplice, che rappresenta una sorta di «prova del nove», di cartina di tornasole, di Pentothal, e di macchina della verità per direttori di carceri giudiziarie, Regioni, Dipartimenti di salute mentale e comunità. Se gli ospedali psichiatrici giudiziari verranno chiusi senza prevedere programmi individualizzati di dimissione, le persone verranno semplicemente trasferite da un posto ad un altro oppure si giocherà al rinvio. Ci è stato riferito che molti pazienti vengono dimessi e destinati ad altre strutture convenzionate, soprattutto del Lazio. Ovviamente è inutile sottolineare che, ad esempio, nell'OPG di Aversa sono stati cambiati i letti, ma le camere sono rimaste disadorne e soprattutto non esiste alcun progetto individualizzato.

A nostro avviso, se gli operatori degli OPG non hanno rapporti interpersonali con gli utenti e non interloquiscono con il territorio preparando la dimissione (come invece abbiamo fatto noi quando abbiamo chiuso i manicomi a Napoli e in tutta Italia), gli ospedali psichiatrici giudiziari non verranno chiusi. È necessario prevedere programmi individualizzati, progetti personalizzati; occorre conoscere la vita di queste persone, i loro bisogni reali e non quelli presunti. Cito il caso di una persona che ha una proroga da 22 anni per aver fatto all'epoca una minaccia. So che la Commissione ha osservato direttamente queste realtà e, quindi, io non posso che ribadire tali aspetti.

Inoltre, come associazione Psichiatria democratica desidero sottolineare la nostra grande preoccupazione per la destinazione degli utenti verso le strutture convenzionate piuttosto che verso piccole comunità, con personale adeguatamente formato e con risorse disponibili per attività esterne. Ha un senso chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari se vi sono delle proposte. Ieri si discuteva su cosa sia peggiore delle carceri. Ebbene, gli ospedali psichiatrici giudiziari sono peggiori delle carceri, perché nelle carceri le persone ristrette seguono il proprio reato e, rispetto alla *damna-tio memoriae*, vi è una progettualità, mentre negli ospedali psichiatrici giudiziari si vive come su una zattera, aggrappati solo alla propria solitudine e a niente altro. Negli ospedali psichiatrici giudiziari le persone si perdono (e, in effetti, si sono perse).

Deve esistere un progetto unitario fra personale all'interno, personale all'esterno ed enti locali, che conoscono le singole persone. Si prenda il caso di una persona definita paranoica: ebbene, questo è il solito problema dell'etichettare una persona senza un fine, quando invece non si conosce la sua condizione psicopatologica. Anche dal punto di vista psicopatologico, infatti, se uno psichiatra ha in cura un paranoico grave deve dedicargli del tempo tutti i giorni; e tutti i giorni deve parlargli per capire quali siano le sue reali esigenze; deve costruire un rapporto con lui e con quanto è al di fuori.

Poiché ritengo che i miei colleghi vogliano riferire le loro esperienze, concludo dicendo che noi temiamo che si voglia di nuovo spostare l'attenzione sulla disputa «legge sì, legge no». Pensiamo, invece, che l'unico

modo per capire se si vuole fare davvero una legge sia capire se, sia dentro che fuori, si stiano preparando questi progetti individualizzati: se esistono, se vedono impegnati gli operatori dentro le strutture, se sono impegnati i magistrati di sorveglianza, le Regioni e le famiglie. Il resto sono manovre dilatorie. Ritengo infatti che, oltre ad affrontare il problema dei progetti di dismissione, bisogna anche avere il tempo e la voglia (e questo è quanto emerge dalle nostre visite) di affrontare il tema della pericolosità sociale da infermità mentale. Durante le visite agli OPG di Napoli e di Aversa ci siamo resi conto che bisogna continuare a mantenere il fiato sul collo. Bisogna chiedere il rendiconto perché, come abbiamo anche scritto nei nostri documenti, ora comincia, come direbbe il professor Pirella, la parte più difficile, cioè il grande processo di deistituzionalizzazione. È un processo lento, che non ha mai fine e che può avere, negli ospedali psichiatrici giudiziari, un punto importante. Aprire quelle porte, infatti, significa aprire tante altre porte nel Paese e nelle nostre menti contro lo stigma del pregiudizio.

Poiché l'esperienza maturata negli anni di lotta per l'applicazione della legge n. 180 ci ha insegnato qualcosa, noi vorremmo concludere ricordando anzitutto che la titolarità dei progetti deve rimanere nel servizio sanitario pubblico attraverso le sue articolazioni. In secondo luogo, serve una definizione dei finanziamenti per garantire risposte diverse a bisogni diversi. Da ultimo, vi chiediamo di farvi portatori, come Commissione, della richiesta di un regolamento attuativo della dismissione.

Poiché l'esperienza della legge n. 180 ci ha insegnato che i progetti obiettivo (che sono una sorta di regolamento) sono stati realizzati nel 1994, cioè 16 anni dopo, per verificare che ciascuno faccia il proprio dovere ci permettiamo di suggerirvi di promuovere un regolamento attuativo del progetto di dismissione degli ospedali psichiatrici.

*BONDIOLI.* Presidente, intervengo in qualità di responsabile del settore carceri OPG di Psichiatria democratica. Ho poco da aggiungere a quanto ha detto il dottor Lupo. Come associazione – e anche personalmente – abbiamo espresso un giudizio positivo sulla legge, suscitando anche un certo dibattito. Noi abbiamo giudicato questa legge come un punto importante per riprendere un discorso che partiva dal DPCM del 2008 ma che si stava arenando. Purtroppo, però, la storia di questa vicenda, che parte dalla legge di riordino della sanità penitenziaria del 1999, è andata avanti a singhiozzo, con sollecitazioni e *stop and go* continui.

Queste degli OPG sono situazioni che conosciamo ma parzialmente. Io sono entrato tante volte nell'OPG di Montelupo Fiorentino, come psichiatra o come perito, quando lavoravo nei servizi sanitari, ma non mi era mai capitato di vedere la struttura in tutta la sua interezza, la cui realtà è appunto quella trasmessa attraverso il video e il filmato. L'intervento di legge tende sia a rilanciare il discorso di applicazione e di attuazione del DPCM sia a porre termine a una situazione di assoluta invivibilità, per i livelli di inciviltà giuridica e sanitaria, sia per gli operatori sia per gli internati. Vi era una urgenza, quindi, alla quale la legge ha dato una

risposta iniziale. Adesso il problema è quello di governare l'applicazione e l'attuazione della legge.

Il dottor Lupo ricordava la necessità di fornire in tempi rapidi una sorta di regolamento di attuazione. Noi aspettiamo il decreto e, con un certa ansia, anche le ulteriori specifiche su quelle che dovranno essere le caratteristiche delle strutture: non solo dal punto di vista della vigilanza esterna, ove necessaria (come recita la legge), ma anche rispetto agli *standard*. La particolarità delle persone che abiteranno queste strutture provenendo dagli *ex* OPG, e di quelle che purtroppo ancora per qualche tempo (ma non sappiamo fare previsioni) vi potranno essere inviate, rende gli *standard* per le strutture riabilitative psichiatriche addirittura troppo largheggianti.

Noi auspichiamo che queste strutture abbiano dimensioni le più ridotte possibili, proprio perché le persone in esse ristrette hanno bisogno di un intervento intensivo di tipo riabilitativo e di tipo terapeutico, tanto che vengano dall'*ex* OPG (in cui probabilmente prevarranno gli aspetti riabilitativi di recupero dalla regressione) tanto che vengano direttamente dal territorio (dove questi aspetti riabilitativi si assommeranno agli aspetti terapeutici della situazione acuta). Chiaramente, operare in una struttura di piccole dimensioni è un vantaggio, ma rende anche più semplice l'aspetto delle garanzie rispetto alla sicurezza della struttura. L'organizzazione delle strutture compete alle Regioni, che possono ricevere un *input* dalla Conferenza Stato-Regioni; ripeto, però, che l'applicazione si declinerà per ciascuna Regione, perché ognuna di esse dovrà trovare le risposte.

Noi auspichiamo che questa Commissione possa continuare a vigilare sull'applicazione della legge e credo che le sue funzioni ispettive debbano essere mantenute, se non addirittura potenziate. Purtroppo stiamo ricevendo segnali allarmanti perché le dimissioni programmate in questa fase, oltre ad essere risultate difficoltose nell'attuazione, sono state fatte generalmente all'interno di altre strutture. Non si tratta di uno scandalo: a suo tempo non è stato facile far rientrare in famiglia le persone dopo decenni di ricovero in manicomio, o perché le famiglie non c'erano più o perché erano molto diverse da quelle originarie. Dunque, il fatto che queste persone possano andare in una struttura non è di per sé inconcepibile. Diventa più allarmante quando queste strutture sono situate lontano; allora, la presa in carico da parte dei Dipartimenti di salute mentale nella formulazione e nella gestione del programma terapeutico-riabilitativo viene delegata a terzi e poi sostanzialmente non viene più attuata. Dunque, queste persone non entrano in un processo virtuoso di recupero.

Vi è un altro aspetto importante, accennato poco fa anche dal dottor Lupo: sembra che le grandi istituzioni psichiatriche del privato – oggi si usa dire del privato sociale – si stiano attrezzando per accogliere quote consistenti delle persone dimesse; l'ultima di cui ho avuto notizia è il Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio. È difficile riconoscere in questi istituti il modulo della struttura residenziale (con un massimo di 20 posti letto), ma certamente si può lanciare un segnale di allarme se le persone destinate ad una struttura superano un certo numero perché evidentemente

si determina una transistituzionalizzazione, con il passaggio da un istituto all'altro.

Inoltre, occorrerà vigilare, a livello centrale ma soprattutto a livello regionale, affinché non vengano trovati *escamotage*: le residenze psichiatriche normali hanno il limite dei 20 posti letto, ma io conosco più di una realtà in cui ad un piano vi è la struttura a media intensità, al piano superiore vi è una struttura ad alta intensità e al terzo piano vi sono gli appartamenti protetti. Ebbene, in strutture di questo genere, che generalmente sono accolte in edifici dove vengono già svolte funzioni di tipo sanitario, sociale o riabilitativo (ad esempio, RSA o strutture *ex* ospedaliere), è facile riprodurre una concentrazione che non favorisce la continuità terapeutica, la presa in carico individualizzata ed un progetto che abbia una sua fattività ed una sua realizzabilità.

Confermiamo quindi il giudizio positivo sulla legge, anche se riceviamo qualche segnale di allarme. Cito un altro caso. Ieri in un convegno a Firenze – purtroppo il signor Ministro era andato via da poco – l'assessore al Comune di Firenze ha affermato che non si può perdere il patrimonio di cultura accumulato negli anni a Montelupo Fiorentino e che pertanto occorre ristrutturarne almeno una parte. È ovvio che la legge lo vieta: al riguardo non vi sono dubbi! L'ospedale deve essere chiuso e non può essere riciclato in modo surrettizio. Purtroppo questo era il progetto della Regione Toscana, che per ora non ne ha presentati altri. Vi è, però, per altri OPG il rischio della suddivisione in moduli. Ad esempio, per Castiglione delle Stiviere vi è stata un'insorgenza popolare e politica sul fatto di dismettere una struttura così utile e bella. Tali segnali destano un certo allarme, ma non modificano il giudizio complessivo.

Resta il problema di fondo, che credo possa trovare soluzione se realizzeremo nel territorio strutture che rendano difficile riprodurre i caratteri di manicomialità. Non sono d'accordo sul fatto che si parli di mini OPG, anche se in queste strutture saranno ricoverate persone per curare sia l'aspetto psichiatrico che quello giudiziario. Tali strutture, se saranno di dimensioni ridotte, non riprodurranno mai le caratteristiche di un OPG; non si registreranno mai i livelli di regressione né quelli di gestione tipici di un ospedale psichiatrico giudiziario. Abbiamo imparato tutto ciò dopo l'esperienza della legge n. 180: anche nei Servizi di diagnosi e cura vi sono momenti di manicomialità perché, ad esempio, la porta può essere chiusa e il paziente può essere legato, ma non vi è mai tutto quel carico di manicomialismo che è presente negli OPG (oltre al fatto che in tali centri si rimane per breve tempo).

Noi abbiamo utilizzato posti letto funzionali all'interno di reparti di medicina per pazienti psichiatrici anche acuti, gestiti in modo intensivo, ed abbiamo constatato con il susseguirsi dei ricoveri il modificarsi nella nuova struttura delle espressioni psicopatologiche. Queste strutture, dunque, devono inviare un messaggio. Giustamente si richiamano alle strutture residenziali che dovrebbero avere le caratteristiche della civile abitazione. Tale messaggio modificherà i comportamenti e le manifestazioni psicopatologiche e sintomatologiche. Se vinceremo questa scommessa,



sarà anche più semplice riaprire il dibattito sui temi a monte della misura di sicurezza, dell'imputabilità e così via. È auspicabile che ciò possa essere realizzato congiuntamente tra psichiatri e tecnici del diritto.

Si tratta di un problema complesso perché questi temi sono stati affrontati anche in passato. In Parlamento giacciono progetti di modifica dei codici su queste tematiche, che hanno già raccolto una serie di indicazioni, ad esempio dalle commissioni scientifiche, dalla Società italiana di psichiatria, dalla Società italiana di psicologia, dalla Società italiana di criminologia, che mettono in discussione i fondamenti scientifici dell'imputabilità e soprattutto i fondamenti psichiatrici della pericolosità.

Questo tema andrà affrontato, ma il suo esame avrà certamente tempi lunghi. Infatti, non si può modificare un articolo di un codice senza spostare gli equilibri di altri. Dunque, il lavoro è certamente molto delicato, ma la legge 9/12 potrà essere uno stimolo e fornire un contributo affinché si riprenda quel dialogo di cui si sente bisogno. Nessuno nega che vada cambiata la normativa perché ormai obsoleta per quanto riguarda la parte psichiatrica e priva di fondamento per quanto concerne la valutazione della pericolosità sociale.

*INTERLANDI.* Presidente, provengo dalla Regione Sicilia, dove sono primario di psichiatria e direttore del Dipartimento di salute mentale del distretto sanitario di Caltagirone.

Quello che si sta costruendo è un sistema alternativo all'OPG per la gestione delle persone sottoposte a misura di sicurezza a causa di una malattia mentale. Questo sistema già si sta delineando e ha quattro riferimenti. Da una parte, c'è il carcere, con una specifica sezione psichiatrica presente in ogni Regione, accoglie detenuti che hanno problemi psichiatrici. Peraltro, poi, tutte le carceri italiane forniscono assistenza psichiatrica e i soggetti che presentano problemi di acuzie possono essere inviati dagli psichiatri delle varie carceri a questa specifica sezione psichiatrica della quale ogni Regione già dispone. Le altre strutture sono le residenze sanitarie, delle quali i Dipartimenti di salute mentale già dispongono e che, per quanto mi consta, accolgono persone sottoposte a misura di sicurezza alternative all'OPG.

In Sicilia abbiamo 1.104 posti letto per quanto riguarda l'accoglienza di persone con problemi psichiatrici. Il sottogruppo tecnico regionale, che è stato costituito presso la Regione, ha stilato un cronogramma delle azioni per pervenire alla chiusura dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto. Questo cronogramma prevede una scheda tecnica con tutte le informazioni (anagrafiche, sanitarie e giuridiche) della persona sottoposta a misura di sicurezza. I direttori dei Dipartimenti hanno sottoscritto e firmato l'impegno ad assumersi la responsabilità di ogni detenuto presente all'interno dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto. Quest'ultimo ospita 270 persone: 120 sono siciliane, mentre le altre 150 provengono dai bacini della Calabria, della Puglia e della Basilicata. Per quanto riguarda le 120 persone di origine siciliana, è stato sottoscritto l'impegno, da parte dei nove direttori dei Dipartimenti,

a dimetterle al massimo nell'arco di 12 mesi e ad accoglierle nelle residenze psichiatriche di cui i Dipartimenti di salute mentale sono già dotati (e che hanno un totale di 1.408 posti letto). Peraltro, rispetto a tutti questi posti (che, in effetti, sono tanti in proporzione alla popolazione della Sicilia), si è evidenziato il problema di riservarne una quota alle persone sottoposte a misura di sicurezza. Lascio agli atti questo documento ufficiale dell'Assessorato alla salute della Regione Sicilia. Mi sembra molto importante sottolineare il fatto che, in base a tale accordo, ogni direttore di Dipartimento dispone già dell'elenco delle persone ricoverate all'ospedale psichiatrico di Barcellona Pozzo di Gotto. Il mio Dipartimento ne ha soltanto due; io ho già effettuato i progetti e li ho trasmessi e così hanno fatto anche gli altri direttori. Pertanto, in un lasso di tempo che va da sei mesi a un anno, l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto potrebbe già essere chiuso, a costo zero, perché i detenuti vengono assorbiti dalle residenze sanitarie, senza nessun altro costo aggiuntivo.

Oltre alle strutture che ho già citato (le carceri, la struttura specifica psichiatrica presente in ogni Regione e le residenze sanitarie del Dipartimento di salute mentale), vi è ancora la struttura destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza. Le caratteristiche di questa struttura – prevista dalla legge n. 9/2012, art. 3 *ter* – devono ancora essere definite ma, in considerazione di quanto ho detto, diventa evidente che dovrebbe essere di dimensioni molto limitate, anche perché la gran parte delle persone vengono assorbite da altre strutture (dalle residenze sanitarie e dalla specifica sezione psichiatrica delle carceri prevista in ogni Regione). Pertanto, mi sembra molto positivo che nella normativa sia specificata anche una certa elasticità di queste strutture che si vanno a realizzare, prevedendo di disporre di una cintura di sicurezza da parte degli agenti di custodia esterna solo ove necessario.

Nella mia esperienza di lavoro, che dura ormai da 15 anni, dal punto di vista epidemiologico ho cercato di conoscere l'incidenza e la prevalenza delle malattie mentali nel mio territorio. Pertanto, ho esaminato non soltanto i pazienti che avevo in cura, ma anche quelli che erano ricoverati negli ospedali psichiatrici, e anche presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Mi sono recato nell'OPG ogni 10 giorni, per circa due mesi, e, d'accordo con la direzione sanitaria e con il magistrato di sorveglianza, ho dimesso, nell'arco di circa quattro o cinque anni, tutti coloro che erano lì ricoverati. Attualmente, appunto, ho soltanto due ricoverati, uno dei quali è un pluriomicida, ricoverato da poco e che probabilmente ora verrà trasferito in un carcere normale.

Pertanto il tipo di sistema che prenderà il posto dell'ospedale psichiatrico giudiziario sembra esaustivo perché garantisce la cura e l'assistenza attraverso le residenze sanitarie psichiatriche nei Dipartimenti di salute mentale. Secondo me è molto importante che il numero di posti letto in queste residenze sia limitato a 20 posti in ogni Regione e che, quindi, queste strutture siano di piccole dimensioni, perché i posti letto destinati a questo tipo di problematiche già esistono. Come dicevo, questo sistema,

da una parte, garantisce la tutela della salute mentale e, dall'altra, garantisce la società per quanto riguarda la sicurezza.

Concludo qui, senza entrare nel merito degli articoli 88 e 89 del codice penale, perché è risaputo che vi è un dibattito a questo riguardo.

*MORLICCHIO.* Desidero fare solo alcune brevi considerazioni. Innanzitutto, noi psichiatri viviamo, dall'inizio del Novecento, la contraddizione tra cura e protezione sociale. Le nostre leggi dicevano che si procedeva al ricovero perché una persona era pericolosa per sé e per gli altri o perché di pubblico scandalo. L'ospedale psichiatrico giudiziario, in effetti, mette in evidenza proprio questa contraddizione: non è un luogo di cura, e questo lo sappiamo tutti, anzi è il luogo dove, più di tutti gli altri, si può disumanizzare una persona e dove tutto ciò che è umano viene perso; ma non è neanche un luogo di pena, perché non vi è l'idea dell'imputabilità. Intanto, però, è un luogo che esiste.

Noi abbiamo riscontrato, soprattutto nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, una impossibilità a governare il processo di dimissione perché, al di là dei problemi intrinseci della struttura, che non è né di cura né di pena, ci sono degli aspetti conflittuali tra Ministero della salute e Ministero della giustizia. Ad esempio, i locali dell'OPG versano in condizioni igieniche estremamente scadenti, penose, ma è stato ribadito, anche dal direttore, che il Ministero della giustizia per regolamento non prevede la pulizia delle camerate dove sono ospitate delle persone detenute o internate. Per quanto riguarda la ASL, non è ben chiaro dove finiscano i compiti delle ditte che hanno l'appalto delle pulizie. In pratica, l'ambulatorio sanitario viene pulito, mentre i bagni degli internati e le zone dove essi vivono non vengono pulite dalla ditta di pulizia in quanto spetterebbe agli stessi internati. E parliamo di persone internate, che, in teoria, dovrebbero essere malate e prive della capacità di portare a termine azioni compiute.

Riferisco questo soprattutto per denunciare che se non esiste una direttiva precisa o una figura terza che faccia da ponte tra giustizia e sanità il processo di dimissione sarà difficilissimo da governare. Al di là, sono ben evidenti delle resistenze interne alla psichiatria: non dobbiamo dimenticare che all'epoca della chiusura degli ospedali psichiatrici le più grandi resistenze provenivano dal mondo accademico. Quest'ultimo è abituato a confrontarsi con farmaci e molecole, ma non va a casa del paziente nella fase acuta né si assicura del suo inserimento lavorativo. In seguito il mondo accademico ha sposato la legge n. 180 e la situazione è migliorata. Oggi si corre il rischio di passare da interventi sanitari approssimativi ad altri che sembrano migliori sostituendo i vecchi farmaci con le nuove costosissime molecole. In realtà, noi riteniamo che innanzitutto occorra umanizzare le persone. Tale processo parte dall'interno, ma arriva fuori. A nostro avviso, ad esempio, è fondamentale la riabilitazione psicosociale incluso l'inserimento lavorativo protetto. Esistono norme che tutelano i detenuti nei sei mesi successivi alla scarcerazione con l'inserimento lavorativo; allo stesso modo, si potrebbero immaginare norme che proteggano

chi assume le persone dimesse dagli OPG. Per il datore di lavoro che assume gli *ex* detenuti sono previste esenzioni fiscali per sei mesi. Dunque, si potrebbe prevedere una normativa analoga volta a proteggere le persone ormai dimesse dagli OPG.

Pensiamo ai direttori delle ASL ed anche a molti psichiatri abituati a lavorare con la psichiatria *soft* (perché confrontarsi con la psichiatria dura, quella del Bronx?). Occorrerebbe, quindi, introdurre sanzioni (così come è stato fatto per la chiusura degli ospedali psichiatrici) per i direttori generali e i direttori dei Dipartimenti che non provvedano, entro i termini previsti, ad avviare progetti personalizzati di umanizzazione delle persone ricoverate; si potrebbe stabilire una penalizzazione economica, costituendo così anche uno specifico fondo. Nella nostra Regione, la Campania ad esempio, sono state realizzate le strutture residenziali (che hanno consentito la dismissione dei quattro ospedali psichiatrici) solo quando i direttori generali sono stati minacciati di dover subire, in caso di mancata dismissione, una penale attraverso un taglio sul *budget*. Riteniamo quindi che tali istituti possano essere molto utili.

Infine, per quanto riguarda la legge 8 novembre 2000, n. 328, sottolineo che il piano sociosanitario rappresenta una grande opportunità. Esistono finanziamenti e fondi al riguardo, ma il reinserimento e gli interventi a tutela delle persone internate finora sono stati trascurati ovunque. Dunque, il fatto di spingere in tale direzione permetterebbe di recuperare ulteriori fondi e di individuare come *target* specifico questo livello, destinandovi azioni mirate.

Infine, per realizzare sempre più velocemente tale processo, sottolineo un'esigenza condivisa da tutti: la revisione del concetto di imputabilità. Non si tratta di un percorso rapido (questi processi vanno avanti per anni), ma in ogni caso un segnale in questa direzione sarebbe molto importante. Ripeto che tale esigenza è condivisa a tutti i livelli, come abbiamo verificato nell'ambito della nostra associazione, con la rete sociale con cui siamo in osmosi continua, con gli operatori delle strutture. La prospettiva di una revisione del concetto di imputabilità darebbe un'epistemologia diversa a tutto il processo che stiamo attivando. Ci auguriamo quindi che ciò possa essere concluso al più presto.

Naturalmente noi resteremo sempre vigili e disponibili e in questo senso il nostro impegno sarà sempre attivo e presente.

PORETTI (*PD*). Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare i nostri ospiti. Tutti concordiamo sull'importanza di tenere accesa l'attenzione ai fini altresì di dare attuazione alla legge, anche se, in realtà, come è stato precisato, la legge già esisteva: il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri ha stabilito il passaggio dalla sanità penitenziaria al Sistema sanitario nazionale ed ora, con il recente decreto, abbiamo previsto la dismissione definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Le preoccupazioni oggi espresse sono in parte avvertite anche da noi. Quindi, condividiamo quella norma, ma temiamo per la sua attuazione. A volte le due cose possono non sovrapporsi: sappiamo bene quanti provve-

dimenti «milleproroghe» passano in queste aule parlamentari e quante riforme preannunciate non vedono mai la luce (per rimanere nell'ambito della sanità, sottolineo il caso limite rappresentato dall'*intramoenia*). Abbiamo già superato la prima scadenza prevista, cioè quella del 31 marzo. Oggi è il 3 aprile e non possiamo ancora lamentarci, a distanza di tre giorni; tuttavia ripeto che la preoccupazione qui espressa è anche la nostra. Nei giorni passati temevamo che ciò potesse accadere, ma abbiamo sperato di ottenere qualche segnale in relazione all'emanazione del decreto ministeriale, soprattutto per capire cosa verrà scritto in quell'atto. Oggi sono state espresse preoccupazioni in relazione al decreto e quindi al modo in cui verrà attuata la dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari (su cui siamo tutti d'accordo, al di là del patrimonio culturale di ville mediche che sarebbe bene destinare alla loro funzione iniziale mantenendo quel patrimonio artistico e culturale e non tanto manicomiale o psichiatrico giudiziale).

Vorrei chiedere ai nostri ospiti un aiuto per evidenziare i punti fondamentali da tenere assolutamente presenti in questa fase di passaggio. Comprendiamo l'importanza del numero dei degenti internati. In fondo, questo è il motivo alla base alla norma che abbiamo voluto in questa Commissione e che poi è stata sottoposta all'esame dell'Assemblea. Se un paziente viene trasferito da un manicomio ad un'altra struttura, gli viene modificata la cura o la terapia. Ripeto, dunque, che sarebbero utili indicazioni al riguardo. Poco fa è stato citato il caso dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa e della diatriba su chi debba pulire le stanze. Ricordo che quando noi abbiamo effettuato il sopralluogo nell'ospedale di Aversa siamo arrivati alla conclusione che anche le chiavi rappresentavano un problema: la competenza delle chiavi delle celle era dell'amministrazione penitenziaria, mentre non era chiaro se la competenza delle chiavi degli ambulatori fosse dell'amministrazione penitenziaria oppure della sanità. Forse Kafka è nato ad Aversa e non a Praga! A volte, però, le responsabilità non sono solo della macchina burocratica, ma anche delle persone che vivono e lavorano in quelle realtà. Ricordo il primo sopralluogo nel quale ci siamo scandalizzati e particolarmente arrabbiati (il senatore Saccomanno addirittura andò via) perché la direttrice permetteva agli infermieri di spogliarsi nel vano delle scale, circondato solo da armadietti, anziché nei locali adibiti a spogliatoio perché gli infermieri chiedevano di essere più vicini al reparto. Quindi, sono importanti anche le modalità con cui si affrontano i problemi e le responsabilità, spesso individuali, del fare o del non fare o del lasciar andare e del farsi travolgere dalla burocrazia.

Voi avete visitato gli OPG, e li abbiamo visitati anche noi. Quindi sappiamo tutti che ogni OPG rappresenta comunque un mondo a sé. Nella stessa Campania, nella struttura di Secondigliano, che dovrebbe essere quella più penitenziaria (con più sbarre e più simile a un carcere), in realtà sono riusciti a contrattare con la ASL la pulizia delle celle e delle lenzuola in maniera ospedaliera e quotidiana (forse anche troppo, visto che si operava una pulizia continua). Invece ad Aversa, sempre in Campania, a soli

15 chilometri da Secondigliano, sono nella situazione di non sapere chi debba pulire e neanche chi debba aprire la porta dell'ambulatorio.

Dico questo perché quando richiamate il discorso del percorso individualizzato, anche in quel caso io mi auguro che nel decreto, con le sollecitazioni nostre, vostre e con quelle di chi vi opera, diventi il più chiaro possibile come devono essere attuate le dimissioni. Sapete però benissimo che la legge n. 180 spesso in un luogo si attua e non in un altro, ma la legge è sempre quella. A fronte di tutti i regolamenti migliori che possiamo scrivere, infatti, ci troviamo poi di fronte alle varie ASL, agli psichiatri e ai servizi sociali che, in qualche modo, interpretano e danno seguito ai regolamenti in maniera diversa. Siamo tutti d'accordo sul fatto che la norma deve essere scritta in maniera perfetta, ma poi vi è anche una componente individuale nell'attuarla. Più noi teniamo desta l'attenzione sull'argomento, quindi, e con più probabilità si cercherà di individuare chi opera bene e chi opera male.

Per concludere sul richiamo che voi facevate sulla legge e sul codice penale, è evidente che finché il codice penale non cambia si continuerà a parlare di pericolosità sociale e di internati. La presenza in ogni Regione di un reparto psichiatrico all'interno delle carceri, che in qualche modo possa ospitare i detenuti che, durante la detenzione, presentino dei problemi e dei disturbi psichiatrici è un auspicio, perché tali reparti non sono presenti in tutte le Regioni.

Chiedo inoltre se abbiate segnalazioni riguardo ad alcune carceri, delle quali io ho notizia, dove vi è allarme circa la possibilità che si aprano dei reparti psichiatrici. Quindi, vi sono anche freni o impulsi a che tali reparti si aprano o meno all'interno delle carceri, proprio in vista dell'attuazione della norma e della dismissione degli ospedali psichiatrici giudiziari. Vi è chi ritiene, infatti, che gli internati condannati dovrebbero restare nel circuito penitenziario. Io so che ci sono delle carceri dove si sta cercando di organizzare tali reparti, con dei freni, con delle paure e con dei timori. Anche questo, quindi, è un argomento molto impegnativo.

Per quanto riguarda la legge, finché non vi sarà un cambiamento è naturale che ci saranno degli internati. Quanto alla possibilità di una sorveglianza perimetrale, sapete meglio di me che questa può essere fatta da agenti penitenziari o attuata a legge vigente, come a Castiglione delle Stiviere, dove non c'è un agente penitenziario (e neanche la vigilanza privata), ma un cancello aperto dal centralino e lì si trova un infermiere. In Sicilia, nella struttura di a Barcellona Pozzo di Gotto, che comunque dipende dall'OPG, sono presenti delle telecamere collegate ad una centralina. Le modalità della sorveglianza sono le più diverse ma è ovvio che finché la legge prevede che l'internato deve comunque scontare una misura di sicurezza, può essere prevista, nelle forme più diverse, una sorveglianza perimetrale: da quella operata dalle telecamere, a quella dell'agente a quella di un semplice muro di recinzione. Tutti questi aspetti, però, rientreranno nell'attuazione della legge.

Un minimo di rassicurazione è presente sia nella relazione finale sugli ospedali psichiatrici giudiziari votata dalla Commissione sia in un or-

dine del giorno votato in occasione della seduta straordinaria del Senato sulla giustizia e sulla situazione penitenziaria. In quell'ordine del giorno, e anche nella relazione finale, si auspica la revisione del codice penale, proprio nell'ottica di riformare completamente il concetto di pericolosità sociale. Io posso pensare all'abrogazione, mentre altri possono pensare di agganciare la durata dell'internamento al reato e, quindi, alla possibile condanna massima. Ritengo, però, che su questo punto dovrebbe esserci una larga maggioranza. Al riguardo, inoltre, anche il Senato si è espresso sulla necessità di una revisione.

MASCITELLI (*IdV*). Le valutazioni e le considerazioni fatte dai rappresentanti di Psichiatria democratica sono estremamente interessanti e soprattutto utili, in considerazione di questo ritardo del decreto ministeriale. Alcune di tali preoccupazioni potranno essere certamente recepite all'interno delle modalità e dei criteri del decreto ministeriale.

Io mi limito a porre tre semplici domande che serviranno ad integrare quanto da già detto dai nostri ospiti. Un denominatore comune nei vostri interventi è la giusta insistenza sui progetti individualizzati e sui programmi personalizzati dei pazienti che dovranno essere dimessi. La domanda è: chi deve fare cosa? Dal momento che i sei OPG si trovano molto spesso in Regioni diverse rispetto alla provenienza del paziente, e poiché nei contenuti della legge uno spirito conduttore è quello di riportare il paziente nei luoghi di provenienza, chiedo se l'elaborazione e la gestione di questi programmi venga fatta dal personale sanitario della Regione dove è sito l'OPG oppure, per garantire una continuità assistenziale e un percorso continuativo, se si richiede che le ASL delle Regioni di appartenenza che si faranno carico di questi pazienti mandino il proprio personale nella sede degli OPG, con le note difficoltà che questo potrà comportare anche sul piano delle risorse e della logistica.

Considerando, poi, che i tempi che questa legge si è data sono abbastanza stringenti (in quanto dal marzo 2013 non dovranno esservi più ricoveri negli OPG), per fare in modo che questi programmi individualizzati non si trasformino in un semplice trasferimento e spostamento di pazienti, che tempi si richiedono, dal punto di vista della vostra esperienza scientifica e medica?

Da ultimo, un altro denominatore comune dei vostri interventi è che la sede dove dovranno essere assistiti, curati e ospitati questi pazienti dovrà avere la caratteristica di essere di dimensioni ridotte, altrimenti creeremo nuovamente dei moderni ospedali psichiatrici giudiziari. Per dare qualche *input* al Ministero della salute, chi dovrà farsi carico del decreto ministeriale con i requisiti strutturali? E cosa intendete, sul piano medico e clinico, per dimensioni ridotte?

SOLIANI (*PD*). Signor Presidente, per me questa è l'occasione per esprimere una riflessione che mi ha accompagnato nel corso dell'audizione. Non si tratta di una domanda specifica, ma – appunto – di una riflessione che desidero condividere con voi, avendo anch'io età e storia per

ricordare quanto accaduto dalla cosiddetta legge Basaglia in poi. Poiché oggi sta avvenendo un confronto tra un'istituzione parlamentare di grande responsabilità ed un'associazione come Psichiatria democratica, che è stata ed è protagonista delle questioni relative alla salute mentale, all'emarginazione e alla psichiatria in Italia, mi sento di comunicare questa riflessione per cercare di avere un riscontro o capire se sono sulla via sbagliata.

Negli ultimi anni percepisco il senso di una sconfitta, anche se siamo riusciti, grazie all'esperienza della Commissione, alla volontà saggia e razionale di tutte le sue componenti politiche, a conseguire gli obiettivi indicati in quest'ultimo lasso di tempo; adesso, però, occorre un'implementazione, ma percepisco il senso di una sconfitta. Negli anni «caldi», in cui si sono aperte strade nuove di civiltà, vi era un confronto o anche uno scontro di tipo ideologico (non mi dilungherò al riguardo per ragioni di tempo); oggi non esiste più neanche quello, perché da allora si è scivolati in qualcosa di peggio, che ha visto il silenzioso prevalere della burocrazia, dell'abbandono, della perdita di senso di responsabilità civile nei confronti dei luoghi e delle persone. Mi sembra sia una deriva inspiegabile.

Ora, con le responsabilità che abbiamo davanti – parlo per noi, ma mi rivolgo anche ai nostri interlocutori – possiamo lavorare insieme, ma dobbiamo darci da fare velocemente, perché in qualche modo bisogna rompere il muro di indifferenza. Sono convinta che da qualche parte qualcuno, dai vertici ministeriali fino al Servizio sanitario locale, finalmente deciderà di mettersi al lavoro. A mio avviso, però, se non si spinge con forza verso una reale responsabilizzazione, rischiamo di peggiorare la situazione. Mi spiace affermarlo, ma ritengo che a questo punto la responsabilità sia davvero di tutti.

Questa è l'occasione per realizzare finalmente quanto desideriamo. Non possiamo continuare a raccontarci come stanno le cose. È incredibile che ci troviamo ancora a questo punto.

COSENTINO (PD). Signor Presidente, intervengo in ordine alla considerazione poc'anzi svolta dalla senatrice Soliani. Nell'esperienza maturata da questa Commissione rispetto agli ospedali psichiatrici giudiziari abbiamo verificato che il sistema penitenziario, alla sua maniera o a volte peggio, ha svolto il proprio compito mentre il sistema sanitario non lo ha svolto. Il cuore della questione – la sconfitta di cui ha parlato la collega Soliani – è stato proprio l'abbandono.

Dunque, la nostra iniziativa è volta a far sì che anche nel decreto che verrà emanato – mi pare lo abbia affermato con assoluta chiarezza il dottor Lupo – vi sia un diritto costituzionale alla cura, che in queste strutture è stato negato per tanti anni; il problema non è rappresentato dal modo in cui verrà realizzata la nuova struttura, ma dal diritto individuale ad avere un percorso di cura, che riguarda il riconoscimento della persona, sottoposta o non sottoposta a misure che un domani potranno essere superate, che interessa un dibattito clinico e giuridico di altra dimensione: ovunque e per tutti deve valere tale principio.



Signor Presidente, mi domando se la Commissione, dopo la sospensione per le festività pasquali e con i contatti informali che lei riterrà di dover prendere, possa audire il Ministro della salute e le strutture che stanno lavorando al decreto. È vero che abbiamo consentito, in sede di audizione del Ministro prima dell'approvazione dell'emendamento, sul rendere rapido il percorso attuativo e quindi evitare formali momenti di discussione preliminare in Commissione; in ogni caso, ritengo che un'audizione informale possa aiutarci a comprendere le scelte che il Governo si appresta a compiere nell'emanazione del decreto.

Suggerirei, pertanto, di chiedere al Ministro della salute la sua disponibilità a riferire in Commissione su tali aspetti, proprio perché ritengo decisive tutte le questioni sollevate, ma innanzitutto credo sia fondamentale fare chiarezza sulle procedure definite dal decreto per sancire il diritto alla cura individuale, ad un percorso individuale di terapia per tutte le persone. Si tratta, cioè, di capire se stiamo avviando una riflessione sul modo in cui migliorare gli OPG, magari semplicemente riducendone le dimensioni, oppure se si intenda garantire il diritto alla cura a tutti gli internati.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, consideriamo accolta la richiesta avanzata dal senatore Cosentino, che mi sembra molto importante.

In ogni caso, rassicuro i nostri ospiti sul fatto che questa Commissione non solo proseguirà l'azione di vigilanza (abbiamo già deliberato ulteriori sopralluoghi che verranno eseguiti nei prossimi mesi), ma in spirito di collaborazione ha già attivato con gli uffici del Ministero della salute un canale di comunicazione (che la proposta di audire il Ministro della salute testé avanzata dal senatore Cosentino rende ancora più efficace ed incisivo) per conoscere i requisiti che verranno stabiliti nel decreto.

Aggiungo che le preoccupazioni manifestate sono da noi condivise. È stato citato l'esempio di un internato ultraottantenne: noi siamo molto preoccupati perché queste situazioni esistono anche in altri luoghi e non solo in Campania; ad esempio, nell'OPG di Montelupo Fiorentino (a meno che non sia intervenuto un fatto nuovo di cui non siamo a conoscenza), vi è un internato di 92 anni, di fatto in condizioni sanitarie tali che rendono improprio la definizione di «socialmente pericoloso».

Nello stesso tempo, credo che tutti noi abbiamo accolto con un senso di conforto le parole sulla pianificazione immaginabile nella Regione Sicilia e la possibilità di arrivare alla chiusura della struttura di Barcellona Pozzo di Gotto, che molti in questa Commissione considerano un passaggio obbligato. Infatti, non si ritiene che una struttura come quella – e come altre – possa essere recuperabile a fini di cura nella disciplina della psichiatria.

Per quanto riguarda la questione da tutti considerata centrale (anche dalla stessa Commissione d'inchiesta), cioè il cosiddetto criterio dell'imputabilità, sottolineo che nella relazione conclusiva dei senatori Bosone e Saccomanno (facilmente consultabile sul sito Internet del Senato della Repubblica) è stata data un'indicazione al riguardo.

Abbiamo gradito il supporto espresso per il lavoro della Commissione anche nelle ultime settimane. Evidentemente non rientra nella possibilità di azione di questa Commissione l'obiettivo di modificare il codice penale. Questo è evidente. Noi ci siamo posti il problema e lo abbiamo indicato (e continueremo a farlo) al Parlamento, di cui facciamo parte. Evidentemente, però, come Commissione d'inchiesta non è nella nostra disponibilità modificare il codice penale, sebbene la convinzione della Commissione sia trascritta nella relazione conclusiva ed evidentemente questo sia ritenuto un obiettivo che deve essere perseguito.

Queste sono le mie considerazioni. Non so se vi sia la volontà di intervenire nuovamente da parte vostra rispetto alle domande e ai quesiti che sono stati posti.

*LUPU.* Presidente, rispetto a quanto è stato detto dai senatori e che ovviamente noi condividiamo, vorrei solo riferire di due esperienze, per poi lasciare la parola al collega Bondioli. Quando avemmo la fortuna (invitati prima dai magistrati e poi dalla ASL) di costituire questo ufficio speciale per chiudere i manicomi di Napoli, al momento di fare il progetto suddividemmo i pazienti rispetto ai loro bisogni prevalenti. Mi riferisco a problemi pratici: se si parla del cittadino ricoverato, ottantaquattrenne o novantaduenne, o con altri problemi legati alla senescenza, io non ritengo che la psichiatria se ne debba fare carico. All'epoca, noi ci facemmo carico di chiudere l'ospedale giudiziario Bianchi che, come altri ospedali giudiziari, ospitava ciechi e paraplegici. Ebbene, io non penso che la psichiatria si debba fare carico di questo tipo di pazienti, ma che essa debba andare nell'interesse del paziente: e il bisogno prevalente di una persona di 84 anni è un altro.

Quando noi scriviamo i nostri documenti, noi riteniamo che gli enti locali (l'unità di valutazione geriatrica o il servizio anziani del Comune) possano farsi carico di questi bisogni. Pertanto, per rispondere alla domanda del senatore Mascitelli, che giustamente chiede «chi deve fare cosa», noi pensiamo a un tutt'uno che ricomprenda i sanitari che lavorano negli OPG, i sanitari del servizio sanitario nazionale territoriale, la Regione e gli enti locali, proprio perché la risposta al cittadino ottantaquattrenne deve darla l'unità di valutazione geriatrica.

È in questo modo che noi dobbiamo chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari: rispettando i bisogni prevalenti delle persone lì ricoverate e non in altro modo. Così facendo questo servizio diventa meno dispendioso, sicuramente più rispettoso dei bisogni reali delle persone e, se volete, anche più rapido.

Voi ricorderete che noi abbiamo scritto di voler chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari presto e bene, perché ciò significa farlo con cognizione di causa e dando le migliori risposte possibili ai cittadini. Noi siamo preoccupati (ma anche fiduciosi) del fatto che se una persona ha avuto 22 anni di proroghe, anche il giudice di sorveglianza deve porsi qualche problema. Abbiamo chiesto ai giudici di sorveglianza perché una persona che ha fatto una minaccia 22 anni fa si trovi ancora nell'ospedale giudiziario.

Come chiedeva anche il presidente Marino, che ci spieghino quale può essere la pericolosità di un ottantaquattrenne o del novantaduenne ricoverato a Montelupo Fiorentino. Io non ritengo che la psichiatria abbia nulla a che fare con tale problema, ma che la questione riguardi i servizi sociali dei Comuni e, al massimo, le unità di valutazione geriatrica. Perché queste persone sono ancora detenute? E la nostra richiesta, anche attraverso queste visite che stiamo compiendo (e che compiremo), è anche di fare in modo che queste persone possano andare via prima, lasciando quella zattera della disperazione, come la definisce il dottor Di Fede, e avendo una progettualità.

*BONDIOLI.* Presidente, le preoccupazioni del senatore Mascitelli sono fondate. Certamente, questo è un meccanismo complesso. Il DPCM prevedeva che nelle Regioni sede di manicomio giudiziario si costituisse un coordinamento di bacino, con un coordinatore che coordinasse i collegamenti con le Regioni afferenti al bacino stesso.

Si tratta di strutture complesse perché poi, dal coordinamento, si deve passare all'intervento del Dipartimento di salute mentale. Questo, però, avviene nella Regione di origine. Certamente dovrà esserci una fase di conoscenza, posto che molto spesso i Dipartimenti neanche conoscono i loro pazienti internati, non avendoli mai considerati di propria competenza. Per tale motivo il coordinamento di bacino dovrebbe funzionare e per tale motivo è importante che tutte le Regioni abbiano aderito o aderiscano (per chi ancora non lo ha fatto) al DPCM, perché quello è il contenitore e il riferimento che permette poi di agire i vari collegamenti.

Rispetto alle dimensioni delle strutture non c'è una indicazione certa, ma vi sono delle esperienze. Una, certamente conosciuta dalla Commissione, è l'esperienza di Sadurano, in provincia di Forlì. Si tratta di una struttura di una dozzina di posti, in un ambiente non proprio urbano, ma prossimo alla città, che aveva già una cultura di accoglienza di persone con difficoltà. Un'altra struttura, sempre delle stesse dimensioni, è quella de «Le Querce» di Firenze, che ha 12 posti per persone in licenza finale di esperimento. Non mi risulta che ne siano state inviate lì in misura di sicurezza alternativa, ma è anche possibile che sia così. Tale struttura ha 12 posti, più altri due che vengono utilizzati per le emergenze dal carcere e dal territorio: ad esempio, per permettere alle persone che non hanno un punto di appoggio di poter usufruire di un permesso.

Una dimensione di questo genere può essere considerata adeguata. Di sicuro, se le strutture sono più piccole è tutto molto più semplice.

*ATTENASIO.* Presidente, desidero concludere questa audizione ringraziando lei e la Commissione, spogliandomi però del ruolo di presidente di Psichiatria democratica e riprendendo quello di direttore di un Dipartimento di salute mentale, la ASL Roma C. Era una ASL particolarmente travagliata quella dove sono arrivato 15 anni fa, quando il senatore Cosentino era assessore alla sanità della Regione Lazio.

Devo ora fare una affermazione *à côté*, rispetto alla Commissione e al suo Presidente, anche se io so che il presidente Marino ha in mente di realizzare una sorveglianza sui servizi di salute mentale.

PRESIDENTE. Per la precisione, non si tratta di una mia idea, ma di una iniziativa della Commissione nell'ambito dell'inchiesta sulla salute mentale in tutto il Paese.

ATTENASIO. Qui nel Lazio, purtroppo, noi dobbiamo denunciare la desertificazione, quasi il massacro, dei servizi di salute mentale. Nell'arco di tempo di un anno e mezzo 15 psichiatri non sono stati sostituiti. È evidente che un fatto del genere non è direttamente consequenziale al problema della chiusura dell'OPG, ma il lavoro (che, come giustamente dicevano Emilio Lupo e i colleghi di Psichiatria democratica, deve essere affidato al servizio pubblico) ne risente sicuramente in maniera determinante, tanto che il dottor Lupo riferiva che ieri ad Aversa gli è stato detto che una struttura privata del Lazio ospita 30 persone che sono state dimesse dall'OPG di Aversa. Quindi, il primato del territorio non esiste più (quello cui ha fatto poc'anzi riferimento la senatrice Soliani), cioè l'assoluta territorialità, l'idealità concreta, l'utopia della realtà (abbiamo parlato di Franco Basaglia) in questo momento sono veramente messe a dura prova.

Mi sembra importante ricordarlo perché tra breve tornerò al Dipartimento di cui sono il direttore, in via Monza, e sentirò i lamenti, purtroppo reali, dei miei colleghi che sottolineano l'impossibilità di proseguire in questo modo.

GRAMAZIO (*PdL*). Qual è la struttura del Lazio con i 30 posti?

ATTENASIO. Non lo sappiamo, ma glielo faremo sapere.

PRESIDENTE. Chiediamo che questa informazione venga trasmessa alla Commissione affinché possa essere inserita agli atti.

Ringrazio i nostri ospiti per il prezioso contributo offerto ai lavori della Commissione e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

#### COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, attendevo questa seduta dedicata agli ospedali psichiatrici giudiziari per dare lettura della seguente nota pervenuta dal Presidente del Senato della Repubblica: «Caro Presidente, in occasione della consegna alla Commissione d'inchiesta del Senato sul Servizio sanitario nazionale del premio *ad honorem* Calendrino 2012, che avverrà il 24 marzo prossimo a Pescara, desidero esprimere il mio sincero e vivo apprezzamento per la lunga e meticolosa attività di indagine svolta dalla Commissione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari. È stato affrontato un tema molto delicato e di

grande attualità e grazie al vostro lavoro è stata fatta luce su questa criticità del nostro sistema sanitario e sulle infelici condizioni di vita dei ricoverati.

Nel ringraziarti per l'attività quotidianamente svolta dalla Commissione da te presieduta, ti prego di ringraziare anche a nome mio i senatori Saccomanno e Bosone che ritireranno il premio ed invio a te e agli altri membri della Commissione i miei più cordiali saluti e auguri di buon lavoro».

Era mio dovere dare lettura della nota inviataci dal presidente Schifani.

*I lavori terminano alle ore 15.*





