



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n.117

**BOZZE NON CORRETTE**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE D'INCHIESTA  
SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL  
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**

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

123<sup>a</sup> seduta: mercoledì 6 luglio 2011

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E**

**Esame dello schema di relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari**

PRESIDENTE
BOSONE (PD)
SACCOMANNO (PdL)

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud: CN-Io Sud; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-Futuro e Libertà per l'Italia: Misto-FLI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 28 giugno 2011 si intende approvato.

*SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

*COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE*

PRESIDENTE. Prima di passare all'esame dell'argomento all'ordine del giorno, comunico alla Commissione che ho provveduto, secondo le unanimese indicazioni dell'Ufficio di Presidenza, a designare il dottor *Ciro Monsurrò* quale consulente della Commissione. Questi è un magistrato di comprovata esperienza che potrà quindi dare adeguato supporto ai relatori nell'ambito dell'inchiesta sui fenomeni di corruzione.

Comunico inoltre che nella giornata di lunedì 11 luglio effettuerò una visita istituzionale presso una struttura sanitaria di Genova che inizierà a breve la sua attività nel campo della psichiatria, con riguardo anche ai pazienti provenienti dagli Ospedali psichiatrici giudiziari. È una notizia che

interpreto molto positivamente, perché l'assessore alla salute della Regione Liguria, anche rispondendo alle nostre sollecitazioni di questi mesi, ha deciso di dedicare una struttura con particolari caratteristiche al campo della psichiatria, con lo scopo di accogliere quei pazienti che, provenendo da Ospedali psichiatrici giudiziari, non rappresentano pericolo sociale e quindi possono essere assistiti e curati in strutture con caratteristiche differenti.

Se non vi sono osservazioni, passerei a trattare l'argomento all'ordine del giorno.

### **Esame dello schema di relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari**

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.

La seduta odierna, secondo quanto deciso dall'Ufficio di Presidenza, sarà dedicata all'illustrazione dello schema di relazione sugli Ospedali psichiatrici giudiziari, che è stato trasmesso via *mail* ad ogni singolo commissario.

Secondo la prassi osservata in occasione della relazione precedentemente approvata, quella che riguardava la drammatica vicenda del signor Stefano Cucchi, l'esame sarà concluso nel corso di una prossima seduta, così da consentire l'acquisizione da parte dei relatori, anche per le vie brevi, di tutte le osservazioni e proposte di integrazione.

Questa Presidenza si è già attivata, su proposta della senatrice Poretti, per acquisire dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria le schede aggiornate sulle presenze negli ospedali psichiatrici giudiziari, da inserire tra gli allegati alla relazione. In effetti queste sono già state acquisite, così avremo un relazione aggiornata, anche temporalmente, e non con dati che risalgono alla primavera passata

Prima di cedere la parola ai relatori, che potranno illustrare al meglio i contenuti dello schema di relazione, mi riservo solo brevi cenni sulla sistematica del testo.

Come avrete avuto modo di notare, la relazione ha un taglio piuttosto asciutto e si integra con diversi allegati cartacei, nonché con il documento video realizzato durante le ispezioni, che entro questo mese verrà pubblicato sul sito istituzionale della Commissione e costituirà parte integrante della relazione.

La nostra Commissione, in maniera alquanto innovativa, sottoporrà al Senato della Repubblica un documento multimediale, che potrà rappresentare la migliore base conoscitiva per le successive deliberazioni. Anche questo è un aspetto importante di innovazione, così come l'altro, che risale a circa un anno fa, quando decidemmo di suddividere, nel sito del Senato, le audizioni e i documenti, stilando un indice, per consentire una più agevole consultazione anche da parte di chi ha meno consuetudine con la lettura di documenti archiviati sul *web*.

Lo schema di relazione si articola in tre paragrafi: nel primo sono sintetizzate le criticità rilevate durante le visite ispettive; nel secondo sono enucleati gli interventi che la Commissione indica come necessari ed urgenti per giungere ad una completa sanitarizzazione degli Ospedali psichiatrici giudiziari, in attuazione delle decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008; nel terzo sono esposte le linee che dovrebbero guidare il legislatore nella ormai non più rinviabile riforma della psichiatria giudiziaria.

Questo primo incontro è propedeutico ad un'altra riunione della Commissione, che immagino si potrà svolgere la settimana prossima, nella quale è auspicabile arrivare alla approvazione finale del documento.

Infine ricordo che oggi abbiamo un tempo limitato dal fatto che alle ore 14,30 sarà presente in Commissione sanità, per la discussione sul Piano sanitario nazionale, il Ministro della salute. Intorno a quell'ora interromperemo dunque la seduta per dare la possibilità ai membri della Commissione sanità di essere presenti e di intervenire in quella sede.

Darei ora la parola ai relatori e, quindi, ai commissari che vorranno intervenire per esprimere le proprie considerazioni sul testo.

BOSONE (*PD*). Come già segnalato, io ed il senatore Saccomanno, insieme alla Presidenza, abbiamo articolato questo schema di relazione senza troppi fronzoli, cercando di andare al cuore del problema, ipotizzando anche delle possibili soluzioni, fino ad arrivare alla definizione di una ipotesi di superamento, non degli OPG, ma della condizione di internato in OPG, che è questione un po' diversa.

Tengo anche a precisare che i nostri colleghi potranno intervenire sul testo e che io ed il senatore Saccomanno siamo a disposizione per tutte le integrazioni del caso.

Per entrare nel merito della relazione, partirei dal suo punto A), cioè dalle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche degli OPG. Nei nostri sopralluoghi abbiamo rilevato condizioni gravi e

inaccettabili un po' in tutti gli OPG, ad eccezione di quello Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli. Tutti gli OPG presentano un assetto strutturale più simile ad un carcere o ad un manicomio e, comunque, non compatibile con quel che prevede l'attuale ordinamento in termini di cura della malattia mentale, partendo dal presupposto fondamentale, ma non scontato, che ci troviamo di fronte a pazienti con patologia mentale autori di reato e non viceversa. Si suppone, quindi, che essi commettano reati in quanto affetti da patologia psichica, per cui vale l'ipotesi che, curando la patologia in modo adeguato, prevenendone gli aspetti più acuti, il soggetto non commetta reati o non li commetta più. Quindi vi è un problema terapeutico che prevale - deve prevalere, altrimenti non parleremmo nemmeno di Ospedali psichiatrici giudiziari - su quello della carcerazione.

Vengo all'assistenza socio-sanitaria. La dotazione di personale sanitario appare carente in tutti OPG visitati rispetto alle necessità terapeutiche e al numero di pazienti assegnati ad ogni struttura. In particolare, abbiamo riscontrato una completa carenze di competenze specialistiche. Addirittura nell'ospedale psichiatrico di Barcellona Pozzo di Gotto gli psichiatri non sono previsti, quindi non ci sono.



Per quanto riguarda le contenzioni fisiche ed ambientali, abbiamo riscontrato una applicazione non giustificata di questa pratica, il che pone un problema in termini sia di intervento legislativo, sia di buona pratica sanitaria.

Il punto B) dello schema di relazione indica gli interventi necessari per la completa attuazione del passaggio di competenza al Servizio sanitario nazionale che costituiscono poi una conseguenza di quanto segnalato nel punto A) a proposito delle criticità rilevate riguardanti l'assetto strutturale, l'assistenza socio-sanitaria e la pratica della contenzione fisica ed ambientale. Sotto questo profilo appaiono pertanto indifferibili interventi urgenti di revisione ed adeguamento dei locali - aggiuntivi rispetto a quelli previsti la settimana scorsa dalla Commissione - delle attrezzature, delle apparecchiature e degli arredi sanitari agli *standard* ospedalieri. Trattandosi di strutture ospedaliere è chiaro che devono adeguarsi agli *standard* ospedalieri e non a quelli carcerari, laddove talvolta abbiamo riscontrato che tali strutture non sono nemmeno adeguate a questi ultimi; siamo quindi in condizioni che in alcuni casi risultano addirittura peggiori di quelle delle stesse carceri e, ovviamente lontane anni luce da quelle richieste da una struttura ospedaliera.

Abbiamo anche sottolineato che la realizzazione dei suddetti interventi dovrebbe essere ultimata in un tempo massimo di 6 mesi, decorsi i quali le strutture non adeguate o non adeguabili dovrebbero essere oggetto di provvedimenti autoritativi di chiusura. Pertanto, lo schema di relazione al riguardo recita: "La chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari per i quali persisterà una condizione di inadeguatezza strutturale, igienico-sanitaria e assistenziale potrà essere disposta da questa stessa Commissione parlamentare d'inchiesta, la quale potrebbe adottare provvedimenti di sequestro di strutture più macroscopicamente carenti, ove l'inerzia degli altri attori istituzionali dovesse persistere anche a seguito della pubblicazione della presente relazione".

Ho voluto ricordare in modo integrale questo passaggio dello schema perché è particolarmente impegnativo per l'azione che questa Commissione dovrà svolgere in futuro.

Chiaramente, a seguito della pubblicazione della nostra relazione, saremo chiamati ad effettuare il monitoraggio delle strutture per controllare che entro sei mesi vi sia almeno un tentativo di adeguamento ai già citati *standard*.

Al punto 2) si prevede poi l'introduzione di una nuova organizzazione dell'assistenza sanitaria compatibile con i Piani sanitari

regionali della salute mentale delle Regioni sede di Ospedali psichiatrici giudiziari; grazie a tale nuova articolazione interna dovranno essere raggiunti i requisiti di funzionamento e di personale assimilabili alle strutture esterne ospedaliere e socioassistenziali dei Dipartimenti di salute mentale e almeno all'organizzazione prevista della normativa nazionale vigente.

Al punto 3), si prevede il superamento delle contenzioni. Come abbiamo riscontrato, queste ultime talvolta non hanno costituito tanto un metodo complementare agli aspetti più drammatici della cura del paziente affetto da disagio mentale, quanto una misura restrittiva e quasi di prevenzione: in pratica, nel rischio che il paziente si agiti, non lo si tratta, né lo si cura, ma ci si limita a legarlo. Questo però non può essere un metodo! Tale situazione è chiaramente in relazione con le criticità cui facevamo prima riferimento e che si riscontrano sia a livello terapeutico sia in termini di personale specializzato; pertanto dal momento che non c'è materiale specifico, non c'è attenzione alla cura, né una sua personalizzazione, ed inoltre manca personale sanitario specializzato, infermieristico e medico è chiaro che quando il paziente si agita è molto più facile contenerlo fisicamente che curarlo. Occorre pertanto introdurre una pratica clinica ed al riguardo la Commissione è chiamata a vigilare, al

di là di interventi legislativi *ad hoc*. Sappiamo che le contenzioni non sono vietate per legge, però sappiamo anche che sotto questo profilo sono state introdotte delle buone pratiche nell'ambito delle organizzazioni del Servizio sanitario regionale e delle aziende sanitarie che prevedono linee guida e un registro per le contenzioni. Per quanto ci riguarda abbiamo osservato negli OPG linee guida e talvolta registri per le contenzioni compilati in modo molto approssimativo ed è quindi chiaro che occorra una specializzazione e un'attenzione alla cura del pazienti che deve passare attraverso la limitazione delle contenzioni. Abbiamo poi riscontrato una grande eterogeneità nelle tipologie delle categorie giuridiche e cliniche dei pazienti presenti negli Ospedali psichiatrici giudiziari, in assenza di una personalizzazione della cura. Le modalità con cui i pazienti sono seguiti negli Ospedali psichiatrici giudiziari non permettono pertanto alcun tipo di personalizzazione di percorso: essi infatti sono messi tutti insieme, addirittura pazienti che hanno disturbi psichici puri con pazienti con *deficit* intellettivi. C'è una confusione assoluta, per cui il paziente è semplicemente contenuto all'interno di celle e non c'è alcun tentativo di cura e di personalizzazione del percorso terapeutico.

È chiaro che rileviamo anche la necessità di un più stretto raccordo tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali in tema di misure di

sicurezza alternative all'internamento. L'auspicio è che un maggiore raccordo fra servizi territoriali e magistratura possa porre un argine al fenomeno delle proroghe sistematiche delle misure di sicurezza, basate su una concezione molto spesso dilatata di pericolosità sociale. Occorre far sì che la pericolosità sociale non diventi, come abbiamo invece spesso riscontrato, la scusa per applicare misure di sicurezza a pazienti che pericolosi socialmente non lo sono più e che potrebbero tranquillamente uscire per i quali, però, nel dubbio, non essendovi la disponibilità da parte di alcuno ad accoglierli, viene prorogata la misura di sicurezza. Ciò è assolutamente lesivo della dignità umana, oltre che della pratica medica sanitaria. Chiaramente ciò va ad incidere soprattutto sull'efficienza e l'efficacia dei servizi psichiatrici territoriali, che devono adeguarsi per poter accogliere questo tipo di pazienti. Ribadisco che anche quando si ha la certezza che per questi pazienti basti un'operazione di accompagnamento nell'ambito di programmi terapeutici, si rende tuttavia necessario che le strutture territoriali si adeguino per far sì che gli stessi programmi siano temporaneamente accolti in strutture con livelli di sicurezza più elevati, come accade del resto anche per i pazienti psichici normali che non sono ricoverati in Ospedali psichiatrici giudiziari e non hanno commesso reati, ma che, se non curati bene, un domani potrebbero commetterne e per i

quali vale quindi la stessa regola dei pazienti che arrivano dagli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Occorre altresì intervenire - altro suggerimento previsto alla lettera B, punto 6) dello schema di relazione - attraverso commissioni specialistiche incaricate dalle ASL competenti al fine di dare avvio a strumenti clinici validati per una rivalutazione sanitaria specialistica dei singoli casi e quindi per arrivare al recupero riabilitativo individuale di ciascuno di tali pazienti. Ricordo peraltro che non si sta parlando di centinaia di migliaia di pazienti, ma ormai di poco più di un migliaio, per cui è del tutto possibile, una volta suddivise queste persone per ogni ASL, elaborare per esse un programma specializzato. Queste commissioni, soprattutto nella fase iniziale, devono agevolare i Dipartimenti di salute mentale di provenienza nel recupero e nel rientro di ciascun paziente nel proprio territorio.

Vado velocemente a concludere. Il paragrafo di cui alla lettera C) dello schema di relazione, se vogliamo è quello più innovativa, e non dico più delicato perché anche tutti gli altri lo sono. Esso, infatti, indica delle linee di percorso per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria. Finora abbiamo parlato di reinserimento di pazienti nel territorio e quindi di svuotamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, ma, nel primo punto

della relazione, abbiamo fatto riferimento anche all'azione di riadeguamento delle strutture esistenti. Sappiamo infatti che tali strutture non sono adeguate, né coerenti con il dettato della legge n. 180 del 1978, perché configurano comunque lo *status* di manicomi a tutti gli effetti. Abbiamo quindi il problema di superare davvero questa fase manicomiale e ciò è possibile farlo mediante un intervento legislativo. Non basta mettere a norma le strutture, occorre intervenire sulla persona giuridica del paziente con malattie mentali autore di reato e individuare valide misure alternative, che allo stato mancano; siamo chiamati pertanto a definire una modifica legislativa onde evitare che quel paziente finisca in prima istanza in un Ospedale psichiatrico giudiziario, e possa invece essere curato sul territorio, chiaramente con una cautela in più, così come del resto accade per i pazienti con disagi psichici.

In tal senso il punto 1) della lettera C) dello schema di relazione segnala le finalità delle modifiche alla legislazione vigente. Occorre infatti pervenire alla definizione di una legge specifica per la tutela della salute mentale del paziente autore di reato, sia quando è riconosciuto imputabile con condanna a pena detentiva, sia quando è prosciolto per infermità mentale, ciò allo scopo di giungere al superamento della situazione attuale che continua a far perno sugli ospedali psichiatrici giudiziari. Sotto questo

profilo è necessario però distinguere, nell'ambito dei pazienti autori di reati, queste due fattispecie, nello specifico mi riferisco a soggetti che sono come dicevo autori di reato e custoditi nell'ambito delle strutture carcerarie italiane nei quali subentra una patologia mentale. Stiamo quindi parlando di una azione che ha luogo nell'ambito della sanità penitenziaria. Al riguardo al punto 2 della lettera C) ci si sofferma sulle disposizioni sui servizi psichiatrici residenziali. Nell'ambito della sanità penitenziaria, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della salute mentale per l'individuo autore di reato, in attesa di giudizio o già riconosciuto imputabile con condanna a pena detentiva, dovrebbero essere attuati dai Centri di salute mentale. A tal fine dovrebbero essere previsti interventi strutturali e rese disponibili risorse di personale aggiuntive, all'interno e all'esterno degli istituti penitenziari, per le necessità riabilitative. Qualora esista incompatibilità clinica con il regime carcerario, per soli fini terapeutici di tutela del paziente autore di reato - sia esso in attesa di giudizio o già condannato a pena detentiva - dovrebbero essere previste piccole comunità protette terapeutiche, a diversificato livello di sicurezza ed a diretta gestione del personale dei Centri di salute mentale. Il paziente imputato o in attesa di giudizio, autore di reato, che viene riconosciuto con una patologia psichica, minore o maggiore che essa sia, deve quindi essere



curato adeguatamente nella struttura carceraria, che quindi occorre sia dotata di percorsi clinici adeguati curati dai suddetti Centri. Solo in casi particolari ed eccezionali il paziente può essere affidato ad una struttura esterna, ovviamente con sorveglianza adeguata, in quanto si tratta di autori di reato prima che di pazienti.

Il punto 3 della lettera C) è quello più delicato e che ci interessa maggiormente. Esso riguarda le disposizioni sul prosciolto per infermità mentale con pericolosità sociale. Questo è un passaggio importantissimo. L'infermità mentale accertata in sede di proscioglimento penale non deve più fare insorgere, come sembra accadere nella prassi, un sorta di presunzione di pericolosità sociale. Non può più succedere che il paziente infermo mentalmente e autore di reato, prosciolto penalmente in quanto infermo mentale, diventi automaticamente socialmente pericoloso. In tale ottica, la sussistenza della pericolosità sociale non può essere automatica, ma deve essere accertata da un collegio medico psichiatrico composto da almeno due specialisti, di cui uno appartenente al Dipartimento di salute mentale di competenza con funzione di consulenza tecnica in ambito processuale. In questo modo è possibile legare al giudizio del magistrato quello del collegio psichiatrico, ma soprattutto del Dipartimento di salute

mentale del territorio, che deve farsi carico di quel paziente. In altri termini, anche al fine di agevolare l'operato della magistratura, sembra opportuno che l'ultima parola in punto di pericolosità sociale dell'infermo di mente non spetti più ad un solo soggetto monocratico - che abbiamo capito spesso non gradire questa responsabilità - quale è il giudice di sorveglianza, che ha una preparazione esclusivamente giuridica, ma venga condivisa con un collegio medico psichiatrico.

Con la pronuncia di proscioglimento penale per infermità psichica, dovrebbe essere prevista la nomina di un amministratore di sostegno con specifico incarico di provvedere alle necessità di cura del paziente, individuate in un piano di trattamento sanitario, redatto dal suddetto collegio medico psichiatrico. Tale piano dovrebbe prevedere anche i termini per la rivalutazione periodica della pericolosità sociale, quindi della misura di sicurezza da adottare. Quest'ultima, eventualmente disposta per contemperare le esigenze di cura e quelle di tutela sociale, va rigorosamente graduata e proporzionata al livello di accertata pericolosità sociale. Anche in questo caso non ci deve essere l'automatismo tra pericolosità sociale e OPG. Occorre infatti prima valutare il livello di pericolosità che quel soggetto esprime per se stesso e per gli altri, per poi graduare la misura di sicurezza necessaria. Infine, va stabilito con

l'amministratore di sostegno il programma che prevede, eventualmente, una misura di tutela, e sicuramente un percorso di cura.

La pericolosità sociale dunque non è rivista solo a parole, su schemi predefiniti, automaticamente, ma in modo periodico, insieme alla misura di sicurezza ad essa relativa. Per tale necessità, il giudice dovrebbe poter adottare un dispositivo di custodia cautelare analogo a quello previsto dall'articolo 286 del codice di procedura penale, al fine di evitare pazienti "persi di vista" da parte dei servizi a cui sono affidati (questo corrisponde del resto a quanto suggerito dalla Corte costituzionale ma non ha mai trovato applicazione). Ciò per permettere l'applicazione di una misura di sicurezza davvero proporzionale ed adeguata al livello di pericolosità sociale, ma anche compatibile con il diritto alla cura più adeguata al recupero della sofferenza mentale, che è il primo e più importante obiettivo. Allo scopo, si devono individuare, nell'ambito dei Dipartimenti di salute mentale, idonei servizi territoriali e comunità protette ad elevato tenore sanitario, per l'esecuzione dei piani di trattamento sanitario redatti dai periti e curati dagli amministratori di sostegno per tutta la durata dell'incarico.

I provvedimenti necessari che scaturiscono da questa parte dell'inchiesta sulla salute mentale sono a tutto campo e coinvolgono l'intero

Parlamento. Auspico quindi che la relazione, un volta approvata dalla nostra Commissione, possa essere fatta propria anche dall'Aula del Senato, così da avere più forza e cogenza.

PRESIDENTE. Grazie, senatore Bosone.

La parola al senatore Saccomanno.

SACCOMANNO (*PdL*). Signor Presidente, proverò a sintetizzare al massimo le mie riflessioni.

Io mi sono preso l'incarico di svolgere una sorta di prefazione alla relazione. Ho ritenuto utile una prefazione perché quella al nostro esame non è un una bozza che vuole essere una relazione, ma una bozza vera, sulla quale quindi, come da impegno assunto, occorre ragionare con l'intera Commissione. Certo però rientrava nei nostri compiti indicare delle linee, elencare degli argomenti ed individuare delle scelte. Naturalmente l'intero schema di relazione è suscettibile di cambiamenti, l'importante è quindi che ci sia al riguardo unanimità, che tali cambiamenti siano frutto di logiche consolidate e che alla base di tutto questo ci sia un progetto

Ci dobbiamo tuttavia intendere sul progetto che vogliamo. A parer mio abbiamo fatto il primo passo nell'attraversamento del guado, ora

occorre decidere se compiere anche il secondo o ragionare e nel frattempo attendere che il corso d'acqua si asciughi. Siamo quindi nella fase in cui si è giunti al capezzale del paziente e si è appreso che è ammalato; ne abbiamo osservato i sintomi, abbiamo girato il mondo, ci siamo stracciati le vesti e ci siamo vergognati per la situazione, adesso però siamo chiamati a decidere operativamente sul da farsi. Ad esempio, dobbiamo valutare se sia meglio curare il malato con una cura da cavallo o sia più opportuno migliorare il sistema ed anche capire se abbiamo la capacità di somministrare quella cura, oppure siamo medici di periferia. Sempre continuando sul solco della stessa metafora, occorre prendere coscienza della nostra professione e dei mezzi in nostro possesso per ottenere il meglio. Se ci accorgessimo infatti di disporre solo di una parte dei mezzi necessari, dovremmo scegliere tra il dare vita ad un altro *corpus* per la letteratura di questo Parlamento o utilizzare comunque quei mezzi, pur se parziali. Questo è lo scenario, che non è certo da poco e che ci impegna in modo concreto. Quando avremo deciso su questi punti, potremo allora parlare.

Per quanto mi concerne posso dire sin d'ora che cosa non va nello schema di relazione che abbiamo redatto. Va innanzitutto osservato che la prima bozza che abbiamo offerto alla Commissione è piena di verbi al

condizionale ("potremmo" "potrebbe", "sarebbe"), che qualche volta dovrebbero invece essere trasformati all'indicativo ("possiamo", "siamo"). Dobbiamo quindi decidere come trasformare e come realizzare in modo certo le azioni sottese a questi verbi.

Questa è a mio avviso la prima decisione che dobbiamo prendere.

Bisogna inoltre compiere delle scelte di fondo. E' importante ricordare che le strutture degli Ospedali psichiatrici giudiziari non vengono utilizzate per gli ammalati psichiatrici veri; pur con tutto il rispetto per i consulenti medici e per tutti gli altri consulenti, va infatti sottolineato che esse rappresentano frequentemente un'arma per organizzare un differente regime per una gran parte di persone che commettono reati e che si nascondono dietro tale paravento. Basti al riguardo ricordare che un grande capo di un'organizzazione criminale come Cutolo è stato ricoverato nell'ospedale psichiatrico di Aversa (da cui è poi evaso) ed anche lo stesso Hitler, capo di uno Stato che si è dimostrato criminale, venne ricoverato in una clinica psichiatrica. Evidentemente per condannare alcune persone alla fine le ricoveriamo in un manicomio criminale! C'è però una strana attenuante: diverse di queste persone (che io ho incontrato), pur essendo descritte come malate di mente, tali poi non sono nella realtà della vita. Gli articoli 88 e 89 del codice penale guardano all'ammalato psichiatrico, ma molto spesso

anche a strani detenuti che dietro la malattia si nascondono. Noi siamo invece interessati agli ammalati psichiatrici veri, solitamente a quelli che non guariscono, come gli schizofrenici. Alcuni detenuti in stato di malattia mentale li mandiamo in carcere e sicuramente, dopo un po' di tempo, guariscono, perché tornano a fare i savi nei ragionamenti ed escono dal carcere; altri, gli schizofrenici, rischiano di invece di avere un "ergastolo bianco", addirittura normato nel nostro sistema che costituisce un parafulmine per alcuni, ma un maggiore danno per altri. Questo è un altro degli interrogativi che ci dobbiamo porre e che la senatrice Poretti, nella sua lettera, ci segnala in modo drammatico. Non solo, vorrei porre in modo inverso alla senatrice Poretti l'interrogativo circa l'abolizione dei due articoli in oggetto e chiederle che cosa da parte nostra possiamo fare? È più facile realizzare un percorso legislativo di prospettiva con modifiche legislative e altro o chiedere *tout court* l'abolizione degli articoli 88 e 89? Questa domanda ce la dobbiamo porre perché è chiaro che con l'abolizione dei sopracitati articoli del codice penale toglieremmo moltissima carne dal fuoco, anche superando la cosiddetta legge Basaglia, perché questa comunque parte dall'esistenza degli Ospedali psichiatrici giudiziari e stabilisce che i pazienti devono essere curati in forma integrata con il territorio. Noi quei pazienti li rimetteremmo nel territorio una volta

scontata la loro pena e risponderebbero, come ci dicevano a Trieste, della pena e del danno compiuto come qualsiasi altro cittadino. Chi ha fatto il codice penale si è realmente preoccupato di attenuare la colpa dell'ammalato di mente o di attenuare altre colpe attraverso l'infermità o la semi-infermità, e tutte le altre casistiche che abbiamo studiato? Lei, senatore Bosone, è neurologo e ancora più di me conosce queste materie. A questo interrogativo siamo tenuti a rispondere. In tale ambito dobbiamo anche considerare che una delle soluzioni illustrate adesso dal senatore Bosone prevede l'accoglimento dei suggerimenti che ci sono pervenuti nel corso del sopralluogo in Sardegna; mi riferisco all'ipotesi di strutture più ristrette e più piccole, non quelle di tipo svedese completamente libere ma comunque strutture territoriali che vengono affidate. Si tratta di un'ipotesi che potremmo prevedere nell'ambito della legge già esistente, anche prima di arrivare all'eliminazione degli articoli 88 e 89 del codice penale e di altre norme? Questo è un altro degli interrogativi che ci dobbiamo porre.

Vorrei inoltre rivolgere al Presidente un'altra domanda su cui occorre un'ulteriore riflessione. Sul ruolo dei magistrati nel nostro schema di relazione abbiamo scritto poco, però, stante l'autorevolezza di una Commissione e di un'istituzione così forte come la nostra, a conclusione di una relazione di questo tipo (non so con quali modalità ma possiamo



eventualmente parlarne anche con il Presidente del Senato), non si ritiene utile interfacciarsi con il Consiglio superiore della magistratura per arrivare ad una sorta di convenzione in merito alle linee guida da seguire nell'applicazione di misure alternative da offrire ai magistrati? In Italia, infatti, non tutti abbiamo accettato il principio che occorra fare linee guida solo per i medici.

Perché rispetto ad una specifica carenza non immaginiamo un percorso di questo tipo con il Consiglio superiore della magistratura, anche in rapporto ai suggerimenti che ci fornisce la Cassazione? Queste sono alcune proposte che potrebbero diventare definitive. Non voglio con ciò pormi interrogativi su tutto o appropriarmi dell'intero dibattito, dal momento che mi riservo di intervenire quando saranno svolte ulteriori riflessioni; ciò detto, ritengo che già all'apertura del dibattito su questo schema di relazione sarebbe bene compiere delle scelte. Ripeto, togliamo i condizionali e mettiamo indicativi e tempi futuri; ragioniamo sui possibili risultati che si avrebbero a seguito dell'abolizione degli articoli 88 e 89 del codice penale, oppure meditiamo su quanto si otterrebbe in tempi diversi con specifici disegni di legge (che a mio avviso non andrebbero da nessuna parte, perché non sarà sufficiente l'anno e mezzo che manca alla fine della legislatura, ed anche questo ce lo dobbiamo dire) e con gli interventi

immediati che possiamo compiere con i poteri della Commissione, inserendoli però già in decisioni specifiche. Infine, altro passaggio che per me diventa dirimente, al di là dell'organizzazione sanitaria (tenendo presente, ripeto, la disponibilità della Sardegna), è quello di stabilire delle linee guida in accordo con il Consiglio superiore della magistratura. Con quest'ultimo dovremmo riuscire a imporre delle linee guida per le misure alternative che dovrebbero essere osservate sia da noi, sia dai magistrati, senza quindi arrivare ad un protocollo coercitivo. Parlo di linee guida proprio per evitare che alcuni strumenti, ove non si riuscisse in tempi brevi ad eliminare gli articoli 88 e 89 del codice penale, siano applicati esclusivamente a salvaguardia di determinate persone che vivono di questi tipi di *escamotage*. Mi limiterei pertanto alla sola linea guida che tutela la dignità della persona e che potrebbe creare uno spazio; ovviamente se la proposta verrà avanzata unanimemente acquisirà una forza importante. Quanto sottolineato deve essere naturalmente valutato in modo approfondito, anche perché al riguardo non ho avuto il tempo di riflettere insieme al senatore Bosone, con cui ho trovato un'intesa su tutti gli altri argomenti.

PRESIDENTE. Colgo l'opportunità dell'intervento del senatore Saccomanno per sottolineare che, come Presidente ma anche come membro di questa Commissione, mi convince molto l'idea, che evidentemente dovremo tutti insieme articolare dal punto di vista giuridico, concernente i rapporti istituzionali tra il potere legislativo (nello specifico una Commissione d'inchiesta, ai sensi dell'articolo 82 della Costituzione) e il Consiglio superiore della magistratura, che evidentemente ha una sua autonomia istituzionale. Mi riferisco all'idea di interloquire in modo assolutamente informale, come abbiamo fatto con il Capo dello Stato, nella predisposizione di un documento in cui, esattamente come diceva il senatore Saccomanno, vengono costruite delle specie di linee guida (quali quelle esistenti nel settore della medicina, con cui trovo evidentemente molta affinità). Tali linee guida non dovrebbero certamente costituire un'imposizione ma un suggerimento nell'ambito di una collaborazione leale che scaturisce da un lavoro che ha visto un grosso coinvolgimento da parte della Commissione. Penso che questo potrebbe essere un obiettivo importante, da sottoporre all'attenzione del Capo dello Stato con il rispetto istituzionale dovuto, considerato anche il suo ruolo di Presidente del Consiglio superiore della magistratura, e che immagino lo stesso potrebbe accogliere positivamente.

SACCOMANNO. Le linee guida potrebbero essere scritte dal Consiglio.

PRESIDENTE. Esattamente. Mi sembra che su questo aspetto dovremmo riflettere approfonditamente.

Rinvio pertanto il seguito dell'esame dello schema di relazione e dell'inchiesta in titolo ad una prossima seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,40.*