



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 127

BOZZE NON CORRETTE
versione solo per Internet

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

133^a seduta: martedì 15 novembre 2011

Presidenza del presidente MARINO

INDICE

Audizione di un magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli

PRESIDENTE	VECCHIONE
MASCITELLI (<i>IdV</i>)	
MAZZARACCHIO (<i>PdL</i>)	
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale-Io Sud-Forza del Sud: CN-Io Sud-FS; 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): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem.

Interviene il magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli, dottoressa Daria Vecchione.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 1°8 novembre 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, avverto che della seduta odierna sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico.

Audizione di un magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli

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.

E' oggi in programma la libera audizione della dottoressa Daria Vecchione, magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli, che ha luogo nell'ambito della già citata inchiesta.

Saluto quindi la dottoressa Daria Vecchione, che saluto e ringrazio per aver aderito al nostro invito.

Da diversi mesi la dottoressa Vecchione ha avviato un'interlocuzione istituzionale con la Commissione, che questa Presidenza ha molto apprezzato, trasmettendo una serie di note informative sulle difficoltà incontrate nel processo di dimissione degli internati non più socialmente pericolosi.

Lo schema che emerge dalle informative è più o meno sempre lo stesso ed è quello che la Commissione ha avuto modo di accertare durante le sue indagini: soggetti non più socialmente pericolosi (ad avviso degli stessi medici dell'istituto penitenziario) sono sottoposti a proroghe sistematiche della misura di sicurezza a causa dell'inerzia dei Dipartimenti di salute mentale che non mettono a disposizione del magistrato di sorveglianza adeguate strutture residenziali esterne.

Trovo opportuno citare un brano tratto dall'ultima corrispondenza trasmessa dalla dottoressa Vecchione, che trovo davvero paradigmatica. Ne

do quindi lettura (si tratta di una nota avente per destinatario un DSM campano): «Appare veramente allarmante che dopo sette proroghe della misura di sicurezza, pur nella comune consapevolezza da parte di tutti gli operatori, sia dell'OPG che del Servizio territoriale, della necessità di inserimento in una struttura residenziale, non si riesca a trovare una soluzione idonea, né è chiaro se occorra una comunità per psicotici o a doppia diagnosi.

Giova inoltre evidenziare che un'ulteriore proroga della misura di sicurezza in costanza delle condizioni psichiche favorevoli sarebbe del tutto ingiustificata e non troverebbe alcun fondamento giuridico. Si ricorda, a tal proposito, che nell'attuale sistema giudiziario l'ospedale psichiatrico è e rimane una struttura giudiziaria, destinata ad ospitare soggetti affetti da infermità psichica che si sono resi responsabili di ipotesi criminose e che presentano profili di pericolosità sociale. In assenza di pericolosità sociale, non avendo l'OPG un carattere meramente assistenziale, la misura di sicurezza, deve essere revocata dal magistrato.

Per non incorrere nelle responsabilità previste dalla legge in caso di inadempienza, si esortano le signorie vostre a voler programmare nel più

breve tempo possibile una presa in carico del paziente da parte di codesta ASL, con conseguente rientro nel territorio di appartenenza».

Chiedo quindi alla dottoressa Vecchione di svolgere una relazione introduttiva, soffermandosi sui seguenti punti: problematiche riscontrate nella sua esperienza professionale, anche in relazione al «prima» e al «dopo» l'operato di questa Commissione (sono riscontrabili, ora, attitudini più collaborative dei DSM, oppure no?); strumenti di cui attualmente la magistratura dispone per imporre ai DSM la presa in carico dei pazienti; soluzioni tecnico-giuridiche che, a suo avviso, potrebbero essere individuate in un'ottica di riforma legislativa del settore.

Dopo l'intervento della dottoressa Vecchione, i relatori dell'inchiesta e gli altri commissari potranno formulare quesiti e considerazioni.

VECCHIONE. Ringrazio la Commissione e il Presidente per la possibilità che mi viene offerta oggi di intervenire in questa sede.

Sono un magistrato dell'Ufficio di sorveglianza di Napoli, assegnata tabellarmente all'ospedale psichiatrico giudiziario di Secondigliano dal 2006. Ricordo che precedentemente l'istituto, come consta alla Commissione, era allocato presso una struttura nota come complesso di

Sant'Eframo. Quando ho cominciato la mia attività mi sono recata presso questa struttura nella quale ho trovato condizioni assolutamente non dignitose, con pazienti allettati, luci fioche e via dicendo; condizioni dunque veramente scadenti, degradanti e umilianti per la dignità umana. Dopo numerosi solleciti, denunce, esposti, considerazioni, lettere e missive, è stato effettuato il trasferimento delle persone ricoverate nell'ospedale psichiatrico di Napoli presso la struttura carceraria di Secondigliano che la Commissione ha visitato.

La vicenda si è accavallata al passaggio dalla sanità penitenziaria alle ASL quando, a seguito dell'emanazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008, la competenza della sanità in carcere è stata attribuita al Sistema sanitario nazionale.

Mi è stata rivolta una domanda a proposito dello stato dell'arte. Quella di Secondigliano è una realtà molto contenuta, dal momento che la struttura ospita circa 120 ricoverati e la media degli internati definitivi relativa agli ultimi anni si aggira intorno alle 60-70 unità. La realtà, come dicevo, è contenuta, ma molto problematica perché i pazienti ricoverati sono soggetti sottoposti a misure di sicurezza provvisoria in casa di cura e di custodia e a misure di sicurezza provvisoria in OPG, oppure si tratta di

internati definitivi ai sensi dell'articolo 222 del codice penale, di internati definitivi presso casa di cura e di custodia, di casi sotto osservazione psichiatrica, oppure dei cosiddetti minorati psichici ai sensi dell'articolo 148 del codice penale, ovvero soggetti che vengono definiti tali dall'amministrazione penitenziaria, senza alcun vaglio e discrezionalità da parte dell'autorità giurisdizionale. Ciò, sebbene il loro numero sia ridotto, determina una problematicità nella gestione di queste persone posto che non consente dei percorsi differenziati all'interno della struttura. Questo è il primo rilievo critico che mi premeva fare.

Un'altra criticità sostanzialmente irrisolta riguarda la ASL Napoli 1, ove insiste l'ospedale psichiatrico di Secondigliano, ormai da anni in situazione di commissariamento, che non ha dato alla struttura una configurazione ASL, quindi all'interno della normativa al riguardo vigente. Sottolineo che soltanto il dirigente dell'area sanitaria e un altro psichiatra operano in tale struttura a tempo determinato. Paradossalmente, nonostante i miei reiterati interventi, avallati dal presidente del Tribunale, gli psichiatri che prestano il proprio lavoro in questo ambito (allo stato 5) operano ancora sulla base di convenzioni orarie e solo uno di essi copre interamente le 80 ore mensili.

Con un evidente atto di coraggio si potrebbe ridurre la spesa, arruolando personale psichiatrico in forza con contratto a tempo indeterminato. Secondo la valutazione del dirigente dell'area sanitaria, sarebbero sufficienti tre unità, laddove oggi ve ne sono 5 con un monte di 80 ore che viene coperto solo da uno psichiatra.

Un'altra problematica attiene al numero ridotto di ore prestate dal personale riabilitativo. Attualmente coloro che svolgono questa attività sono impegnati per 50 ore, a fronte delle 200 richieste dal dirigente dell'area sanitaria. Nonostante la difficoltà di gestione dell'istituto, l'ospedale psichiatrico Napoli Secondigliano, per effetto della sinergia stabilitasi tra la sottoscritta, il dirigente dell'area sanitaria e il dirigente penitenziario, riesce a realizzare i seguenti risultati. Vi sono stati circa 70 internati definitivi negli anni 2009, 2010 e 2011, ricordo che gli usciti per licenza finale di esperimento sono, rispettivamente, 12, 25 e 25. Siamo circa al 37 per cento delle dimissioni, con un numero di revoche definitive, solo nel 2011, pari a 11 (quindi circa il 50 per cento di coloro che sono usciti vedono la loro misura revocata nell'anno).

Questi risultati sono realmente sorprendenti se si considera che le nostre potenzialità sono veramente esigue. Abbiamo cercato di coinvolgere

tutti coloro che è stato possibile attivare - penso alle autorità locali ed ecclesiastiche - cercando di avviare una serie di progetti. Mi riferisco ai progetti «Pizza pazza» e «Liberi di vivere», che prevede la coltivazione di piantine in serra da parte degli internati (se le volete acquistare, il loro prezzo è di 1 euro).

Abbiamo inoltre organizzato un pranzo presso la Curia vescovile che ha visto la partecipazione degli internati; abbiamo altresì realizzato, in collaborazione con l'assessorato alla sanità, Settore fasce deboli del Comune di Napoli, il progetto "Estate serena", conclusosi con una gita degli internati in una località della costiera di Napoli.

Allo stato stiamo realizzando, insieme alla Camera penale di Napoli e alla onlus "Il carcere possibile", uno sportello per la legalità. Molto spesso, infatti, le persone che si trovano in condizioni non dignitose sono sfornite di assistenza materiale e viepiù tecnica. Lo sportello per la legalità consentirà la presenza di un numero di difensori che, gratuitamente, svolgeranno attività di assistenza per le persone ivi ristrette.

Stiamo inoltre approntando il regolamento dell'istituto, che prevederà un sostanziale arretramento della custodia, che, per quanto possibile, diventerà di carattere esclusivamente perimetrale e che destinerà l'intero

primo piano della struttura (che forse la Commissione ha visitato), alle attività trattamentali senza custodia. Tutto, quindi, viene rimesso all'area educativa ed a quella trattamentale.

Vorrei ora accennare ad una questione, quella della coercizione, sulla quale la Commissione si è molto soffermata. Nella relazione conclusiva redatta dalla Commissione, si sottolinea come presso la struttura di Napoli-Secondigliano sia caduta in desuetudine la pratica della coercizione. Mi permetto di correggere tale dato, nel senso che in tal caso non si può parlare di desuetudine, bensì di una condizione frutto di una scelta precisa, effettuata dal magistrato di sorveglianza in accordo con il dirigente dell'area sanitaria amministrativa, finalizzata ad eliminare definitivamente tale pratica, tant'è che presso la struttura di Secondigliano da anni non si ricorre più alla contenzione. Non disponiamo neanche degli strumenti necessari ad effettuare tale pratica nonostante i detenuti ristretti presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Napoli facciano, sostanzialmente, una vita in comune, nel senso che le celle di tutti reparti sono aperte per l'intera giornata.

Nel caso in cui si presenti una problematica di scompenso, è disponibile una cella singola, con pareti lisce in cui solo temporaneamente

- tengo a sottolinearlo - e solo su disposizione del dirigente dell'area sanitaria, può essere allocato il soggetto. Ripeto, mezzi di coercizione non ve ne sono più e non esistono neanche gli strumenti per poterla praticare. Diversamente, presso la struttura di Sant'Eframo, era invece invalsa la pratica della coercizione senza nessun controllo o possibilità di ingerenza da parte del magistrato di sorveglianza.

Quanto ai rapporti con i Dipartimenti di salute mentale, vorrei svolgere una brevissima considerazione. Un paziente allocato presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Secondigliano costa all'ASL Napoli 1 circa 50 euro; se, invece, il paziente si trova presso una SIR (struttura residenziale intermedia) costa il triplo. Questo dato fa comprendere le differenze di trattamento terapeutico tra coloro che sono allocati in strutture esterne e coloro che sono allocati nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Secondigliano. La retta di una struttura convenzionata è di circa 150 euro per persona al giorno.

Detto questo, quanto ai sopracitati rapporti, posso dire che l'attività con i Dipartimenti di salute mentale è stata molto difficile e problematica, per fattori economici, ma anche culturali, stante il fatto che improvvisamente i DSM hanno perso la memoria delle leggi varate negli

anni Settanta e della legge Basaglia ed hanno delegato definitivamente i pazienti pericolosi che si fossero resi autori di reati, alla gestione della magistratura.

Occorre però considerare che il magistrato di sorveglianza - nonostante personalmente abbia osservato numerosi interventi in questo senso - non ha poteri sui Dipartimenti di salute mentale. I provvedimenti dell'autorità giudiziaria, quindi, non possono essere impositivi di alcun obbligo se non vi è comunque una disposizione dell'autorità amministrativa, in quanto il magistrato di sorveglianza non è un pubblico ministero. Nonostante vi sia stata una sentenza della Corte costituzionale, che ha richiamato la vincolatività delle decisioni della magistratura di sorveglianza sull'amministrazione penitenziaria, anche in questo ambito abbiamo incontrato e tuttora incontriamo notevoli difficoltà.

Vorrei fare una ulteriore puntualizzazione a proposito dei DSM. Molto spesso, osservando le vite di queste persone nell'ambito della struttura di cui mi occupo, ho notato che il reato non è l'unico episodio nell'esistenza di questi soggetti. Il soggetto prima del compimento del reato in genere ha già alle spalle una storia di devianza, ed una vita multiproblematica sul territorio. Ciò significa che i servizi sono già a

conoscenza del soggetto perché, comunque, egli ha avuto problemi sul territorio e, probabilmente, avrà subito anche dei trattamenti sanitari obbligatori.

Quindi, laddove il servizio viene meno nelle sue capacità, nelle sue risorse e nelle sue potenzialità terapeutiche e assistenziali, l'unica risorsa sperimentabile sul territorio è la famiglia. Il collassamento della famiglia determina modalità espulsive del paziente che, inesorabilmente, troverà l'unica sua strada nell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Questo è un dato molto importante. È la mancanza del servizio, prima e dopo il compimento del reato, che determina l'internamento, anche definitivo, di una persona. Questo è un dato culturale, prima che legato alle risorse economiche. L'episodio del reato non esplose invasivamente nella vita dell'individuo, in quanto quest'ultimo probabilmente è già un soggetto problematico e la questione si complica ulteriormente laddove c'è comorbilità tra tossicodipendenza e malattia mentale. Qui si entra, infatti, in una terra di nessuno nell'ambito della quale non si riesce a individuare neanche la competenza tra SERT e DSM.

Probabilmente, il caso al quale il Presidente faceva riferimento è esattamente quello relativo alla prevalenza della patologia mentale rispetto

a un problema di tossicodipendenza, al fine di determinare la competenza, sia rispetto alla presa in carico, sia in relazione all'eventuale individuazione della struttura idonea. Se la struttura non è idonea, infatti, inevitabilmente il soggetto sarà destinato a rientrare in istituto.

Quindi, la mia idea per quanto riguarda i Dipartimenti di salute mentale è quella di legare lo psichiatra territoriale al paziente lungo tutta la sua vita. In tal modo il paziente avrà un servizio cui fare riferimento in ogni momento della sua vita al quale lo psichiatra dovrà necessariamente partecipare. Secondo la mia opinione, che è tuttavia molto relativa, lo psichiatra dovrebbe entrare in azione nel momento in cui il soggetto commette il reato e il legame tra lo psichiatra territoriale e il malato non dovrebbe mai spezzarsi. Aggiungo che le valutazioni del giudice della cognizione dovrebbero essere effettuate con una perizia, posto che questo magistrato è un tecnico, un giurista, e non un medico, laddove in questo caso le valutazioni sono invece squisitamente di carattere medico. Le valutazioni potrebbero pertanto eventualmente essere effettuate con la compresenza dello psichiatra territoriale, che è chiamato a compiere la sua valutazione sulla pericolosità, sulla inimputabilità e sulla misura da applicare.

Nel momento stesso in cui si effettua una valutazione, occorrerebbe redigere un piano terapeutico riabilitativo individuale, che si conformi al soggetto e venga sottoposto a sperimentazione dal primo momento.

Ora, dove ciò debba accadere non è importante, in quanto dipende dal grado di pericolosità del soggetto, assai rilevante è invece che ci sia un piano terapeutico finalizzato a restituire questo soggetto alla società sostanzialmente cambiato.

Sul punto sono sorte molte perplessità. Il giudice della cognizione infatti non ha molti strumenti, posto che l'articolo 206 del codice penale prevede la misura di sicurezza provvisoria, o in casa di cura e di custodia o in ospedale psichiatrico giudiziario: *tertium non datur*. Tutte quelle formule ambigue che prevedono misure di casa di cura e di custodia presso una struttura pubblica non sono previste nel nostro ordinamento. La custodia cautelare, in luogo della cura presso il servizio psichiatrico territoriale, non può essere effettuata presso il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), che è un reparto, non per cronici, ma per pazienti in stato di scompenso acuto, che prevede una degenza limitata nel tempo.

Andrebbe poi prevista la partecipazione dello psichiatra territoriale in ogni momento del percorso, anche nell'ambito del gruppo di osservazione e

trattamento, una volta che questo soggetto sia rientrato nell'ospedale psichiatrico giudiziario. Pertanto lo psichiatra territoriale dovrà partecipare necessariamente, condividere e sposare l'idea dello psichiatra interno alla relazione della sintesi nel momento in cui il soggetto viene dinanzi al magistrato di sorveglianza per il riesame della pericolosità.

Quindi occorre un movimento culturale che parta dal basso e che veda la centralità del ruolo della magistratura di sorveglianza. I magistrati di sorveglianza sono magistrati di prossimità, sono il volano tra l'interno e l'esterno degli istituti penitenziari e firmano, sotto la propria responsabilità, l'atto conclusivo, la dimissione della persona dall'istituto. Escluderli dal processo decisionale è pertanto fortemente scorretto. I magistrati di sorveglianza dovrebbero quindi essere presenti nell'osservatorio regionale così come al tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza unificata Stato-Regioni.

A mio avviso ulteriori dati di rilievo, a normativa ferma, sono i seguenti. Le osservazioni psichiatriche devono essere effettuate necessariamente presso le sezioni specializzate degli istituti penitenziari. In Italia solo sette istituti ne dispongono e l'istituto di Secondigliano è tra questi. Nonostante ciò, i pazienti vengono inviati all'ospedale psichiatrico

giudiziario in osservazione. La questione non è di poco momento, perché l'ospedale psichiatrico giudiziario è un luogo dove vengono ricoverate le persone che in termini medici vengono definite "croniche", quindi quegli individui che da molto tempo sono soggetti a misura di sicurezza, sono sottoposti a piani di trattamento riabilitativi e fruiscono di un regime penitenziario abbastanza attenuato e di uscite all'esterno. Inserire un soggetto che si trova in un stato di scompenso all'interno di questa struttura determina un problema per lui e per gli altri, perché in quel momento confluisce su di lui tutta l'attenzione del personale. Inoltre, probabilmente non potrà godere come gli altri di quel regime aperto cui ho appena accennato e quindi sarà alla fine respinto dello stesso istituto, il che arrecherà un ulteriore danno al paziente, per difficoltà di struttura e di allocazione.

Quanto alle problematiche delle strutture esterne ricordo che da quando c'è stata la chiusura dei manicomi civili sono state create strutture riabilitative intermedie (SIR) su tutto il territorio che avrebbero dovuto essere delle stazioni alloggiative intermedie prima della dimissione del soggetto sul territorio e, quindi, in ambito familiare. Allo stato, però, queste strutture intermedie sono completamente sature; a più di 30 anni dalla

riforma Basaglia continuano ad essere piene di pazienti. Delle due l'una, o questi pazienti sono geriatrici e quindi dovrebbero transitare in altra sede, oppure occorrerebbe effettuare delle verifiche sulla saturazione di queste strutture, che sono per pazienti psichiatrici e non RSA (Residenza sanitaria assistenziale) per pazienti geriatrici.

Sempre mantenendo fermo il nucleo di norme previste dal codice, vengo alle prospettive normative di riforma. Al riguardo ritengo - ovviamente la mia opinione lascia il tempo che trova - che sicuramente la misura di sicurezza provvisoria dovrebbe essere adottata per reati di scarso spessore quali furti, maltrattamenti in famiglia e resistenze. La misura di sicurezza, sia la provvisoria sia la definitiva, dovrebbe essere a tempo determinato, ovvero dovrebbe avere la stessa durata che avrebbe avuto la pena se il soggetto fosse stato dichiarato imputabile e condannato. Nessuno si meraviglierà mai che un soggetto condannato per un reato di resistenza o di maltrattamenti in famiglia rientra sul territorio dopo sei mesi o un anno, a seconda della condanna. Non capisco allora perché il malato psichiatrico, che dovrebbe essere un soggetto da tutelare e non da penalizzare, riesca a rimanere in queste strutture anche 6-7 anni per reati di poco momento.

Addirittura ho avuto un caso a Secondigliano di una persona che per un reato di resistenza vi è stato per 27 anni.

SACCOMANNO (*PdL*). Lo conosciamo. E nel suo caso non c'era nemmeno il reato di resistenza.

VECCHIONE. Inoltre, queste persone vengono trasferite nelle diverse strutture manicomiali e ad ogni trasferimento si rischia di perdere anche il lavoro che si è fatto su di esse.

L'elemento della territorialità è fondamentale. Il paziente psichiatrico deve pertanto essere inserito nel macrobacino di afferenza dell'OPG. Aggiungo che laddove la misura di sicurezza potesse essere svolta presso strutture territoriali dovrebbe comunque essere inserita presso la struttura del territorio di residenza. La territorialità è - tengo a ribadirlo - un elemento molto importante, perché lega lo psichiatra territoriale al suo paziente e lo responsabilizza in ordine all'intero percorso di vita dello stesso. Spostare il paziente su tutto il territorio determina questo sganciamento definitivo, non solo dal nucleo familiare - quando esiste - ma anche dal servizio psichiatrico che necessariamente lo ha in carico.

Quanto agli autori di reati più gravi, per cui la misura di sicurezza non può essere revocata - in base alla mia stima ci stiamo riferendo a circa il 20-25 per cento dei pazienti attualmente internati - essi potrebbero espletare la misura di sicurezza presso sezioni specializzate degli istituti penitenziari ed in tal modo verrebbe meno, si cancellerebbe, l'obbrobrio del manicomio criminale.

Tutto il resto può stare sul territorio. Certamente c'è bisogno di strutture diversificate a secondo del grado di pericolosità, quindi con diversa tipologia di assistenza infermieristica. Infatti, il grado di pericolosità comporta un grado di assistenza infermieristica più elevato. Coloro che non possono uscire potrebbero essere ospitati presso le sezioni specializzate degli istituti penitenziari.

Come già accennato, al riguardo esiste un problema di carattere culturale, nel senso che dobbiamo avere sempre chiari i nomi e i volti delle persone che diciamo di voler salvare. Dobbiamo sempre sentire dentro di noi il loro dolore. In una sola parola, dobbiamo promuovere un movimento culturale e non solo pensare che si tratti di una problematica di risorse economiche da spostare su quelle persone.

Si tratta peraltro di una realtà molto piccola che riguarda 1.400

persone, ma sicuramente il grado di civiltà di uno Stato di diritto si misura dalle piccole cose e non da quelle grandi.

Questo certamente non risolve chiaramente il nodo gordiano della inimputabilità, del proscioglimento per vizio di mente, della misura di sicurezza, della pericolosità e dell'internamento definitivo della persona. Ma è certo che, fino a quando non saremo in grado di rivalutare il concetto di inimputabilità, saremo destinati a far sorgere sul territorio tutte le istituzioni che dal manicomio derivano.

PRESIDENTE. Dottoressa Vecchione, la ringrazio davvero molto per la sua dettagliata illustrazione, la quale è in gran parte - penso che tutti i commissari se ne compiacciano - sovrapponibile alle conclusioni cui giunge la relazione nel merito siglata dai senatori Saccomanno e Bosone.

Devo dire che mi ha colpito molto - nonostante nessuno di noi sia uno psichiatra - l'analisi che lei ha svolto e che credo la Commissione ritenga estremamente importante nella genesi degli atti che conducono poi all'internamento negli ospedali psichiatrici giudiziari. Mi riferisco, cioè, all'idea che per questi soggetti esista un corteo sintomatologico precedente che, se non seguito sul territorio da professionisti con una adeguata

conoscenza della materia, e quindi da psicologi e psichiatri, determina il rischio che queste persone arrivino a compiere gesti di violenza o comunque reati, ne consegue che - come da lei giustamente sottolineato - il lavoro da compiere non è soltanto di carattere giudiziario o di riforma dell'istituto dell'ospedale psichiatrico giudiziario, ma anche un lavoro da condurre sul territorio a partire dai Dipartimenti di salute mentale.

Detto questo e ringraziandola ancora per l'utile contributo offerto, lascio la parola al senatore Saccomanno, relatore di maggioranza della nostra inchiesta in materia di salute mentale.

SACCOMANNO (*PdL*). Ringrazio la dottoressa Vecchione per quanto ci ha detto, che reputo veramente prezioso e di grande conforto.

Se non conoscessi la genesi dei colloqui avuti con l'Ufficio di Presidenza e i collaboratori del Presidente per la sua convocazione, potrei affermare che l'abbiamo convocata in questa sede per consolarci. Ma le garantisco che ciò non risponde a verità.

L'abbiamo infatti invitata in questa sede perché riteniamo fondamentale l'interlocuzione con i giudici di sorveglianza. L'intera Commissione - nessuno escluso, né i relatori né il Presidente - ha

immaginato che uno degli anelli fondamentali su cui non stringere bensì aprire il cerchio, per rivedere le possibilità di vita e di rieducazione delle persone in questione, sia rappresentato proprio dal giudice di sorveglianza.

Abbiamo aperto con il Consiglio superiore della magistratura un colloquio finalizzato a quanto lei in modo sapiente e cogente ci ha detto. Quindi, siamo assolutamente d'accordo con i rilievi da lei formulati riguardo l'utilizzazione del giudice di sorveglianza. Ma abbiamo anche immaginato di usare il giudice di sorveglianza come grimaldello, proprio per il suo estremo contatto con i pazienti, i quali possono essere internati o semplicemente carcerati. Abbiamo immaginato che ciò possa davvero rappresentare uno dei momenti principali.

Nemmeno la relazione finale della Commissione, cui la dottoressa ha prima fatto riferimento, traduce per intero il nostro impegno posto che al riguardo abbiamo tenuto un atteggiamento in qualche modo diplomatico, di dialogo tra istituzioni, al fine di ottenere questo uso del giudice di sorveglianza attraverso il Consiglio superiore della magistratura, senza al riguardo scrivere nulla di determinato, ma facendo molto, anche grazie alla mediazione del Presidente nei confronti del Consiglio stesso.

Le buone pratiche si possono suggerire a tutti, a mio avviso anche al

giudice di sorveglianza (peraltro in questa sede sono presenti diversi giudici) e le buone pratiche non vengono contemplate dai protocolli ma da linee guida ed abbiamo immaginato che questa modalità potesse essere adottata anche in questo caso. Abbiamo ascoltato l'opinione anche di altri magistrati e non sempre, essendo variegata le espressioni della personalità umana, abbiamo riscontrato le medesime sensibilità.

Se pertanto vi sono delle buone pratiche che possono essere adottate, con il supporto e la disponibilità del Presidente e di tutta la Commissione, bisogna far sì che esse diventino uno strumento cui ricorrere obbligatoriamente prima di assumere qualsiasi altro tipo di decisione. Può accadere, infatti, a tutti di essere deboli e quindi di firmare gli atti e andare avanti, di non porsi domande sulla persona per la quale si sta firmando quell'atto e, quindi, di sostituire sul foglio di carta solo un nominativo con un altro, utilizzando per tutti i casi gli stessi schemi.

Abbiamo colto questa difficoltà e abbiamo incontrato la sofferenza che la dottoressa Vecchioni oggi ci ha descritta. Se vogliamo poi spingerci nel dettaglio, menziono il caso da lei citato della persona tenuta per 27 anni in un OPG e che adesso fortunatamente non è più rinchiusa. Siccome sono abituato a dire quanto penso, devo aggiungere che per quanto riguarda

quella persona non si può neanche parlare di reato di resistenza, ma di debolezza del mondo che lo circondava in ragion della quale, in modo meschino, ci si è nascosti dietro una denuncia per mantenere quella persona rinchiusa per tutti quegli anni.

Vorrei ora segnalare due aspetti fondamentali che non abbiamo espresso in modo adeguato nella nostra relazione.

Abbiamo parlato del progetto personalizzato che è fondamentale e lo è in tutta la psichiatria, perché l'indagine della nostra Commissione riguarda l'intero piano psichiatrico. Ne abbiamo fatto la battaglia più evidente della Commissione su 1.400 persone, ma per quanto riguarda la psichiatria intesa in senso generale abbiamo anche ravvisato la necessità che per ogni malato psichiatrico venga definito un progetto personalizzato nel merito confortati da tutte le migliori competenze che ci hanno suggerito di seguire questo percorso che tra l'altro noi abbiamo rilevato sul campo.

Vorrei far notare al Presidente e ai colleghi che le cifre menzionate dalla dottoressa Vecchione, appaiono esorbitanti se confrontate con quelle richieste ad esempio dal Distretto di salute mentale di Trieste. In tal caso la richiesta per una persona per un anno va dai 4.500 ai 5.000 euro. Lei si renderà conto dell'enorme differenza che esiste tra quanto ci ha ricordato in

termini di cifre e quanto ci hanno detto come corrispettivo di una qualità da noi constatata di livello eccezionale.

Noi, pertanto, ci eravamo limitati a sottolineare solo il dato del progetto individuale personalizzato, laddove la dottoressa Vecchioni ci ha invece suggerito un altro elemento importante. Mi riferisco al ruolo dello psichiatra del territorio il quale, proprio perché è a conoscenza dei disturbi precedentemente evidenziati dal paziente, deve essere anche il soggetto che lo segue in tutto il percorso. Oggi, peraltro, esiste la possibilità di prendersi cura delle persone a tantissimi chilometri di distanza. Abbiamo mezzi che in modo veloce ci possono trasportare - per esempio - dalla Puglia alla Campania, per cui è plausibile che tutto ciò venga attuato.

Se una integrazione può essere assunta come decisione dalla nostra Commissione, anche nell'ambito delle conclusioni finali della nostra inchiesta, dobbiamo allora ricordare in modo assoluto e puntuale che lo psichiatra deve seguire il paziente, deve prenderlo in carico dall'inizio ed essere sempre presente.

L'attenzione del medico curante nei confronti di una patologia come quella in esame dal rilievo particolare, è un dato davvero importante che lei ci ha suggerito e che noi non avevamo valutato adeguatamente. Rispetto

alle ipotesi avanzate al riguardo, considero migliore la possibilità che vi sia un medico personalizzato. Questa è la mia opinione anche se ovviamente ci confronteremo al riguardo nell'ambito della Commissione al fine di introdurre eventuali miglioramenti.

Altro elemento che abbiamo trascurato, e che invece in termini culturali è davvero fondamentale, è costituito dal rapporto con la famiglia. I soggetti di cui ci stiamo occupando sono degli sradicati. Quando all'inizio i pazienti vengono internati, i loro familiari chiedono informazioni e magari anche qualche raccomandazione al politico o al magistrato o ad altra persona amica, affinché si eviti che il paziente esca proprio nel periodo di Natale, per non dover sopportare fastidi. In una situazione così grave dobbiamo pensare, al contrario, come cercare di esaltare il raccordo con la famiglia. Sotto questo profilo lo psichiatra territoriale potrebbe rappresentare proprio l'elemento che valorizza il rapporto familiare.

Questi sono in conclusione gli aspetti che più mi hanno colpito, e rispetto ai quali la nostra osservazione aveva registrato delle carenze. Per quanto riguarda il resto, vi è invece una grandissima sintonia con quanto segnalato dalla nostra ospite.

Noi abbiamo effettuato un sopralluogo presso la struttura di Secondigliano e approfitto della presenza della dottoressa Vecchione per sottolineare un aspetto. Non so se la situazione delle docce nel frattempo sia migliorata, ma al momento della nostra visita una doccia funzionava mentre le altre tre erano guaste. Credo che la dignità e l'igiene personale siano fattori importanti che come tali vanno presi in considerazione e tutelati da parte di tutti grazie alla collaborazione, al lavoro ed all'impegno comune.

Lei, dottoressa Vecchione, ci ha fornito una serie di strumenti. Per quanto ci riguarda probabilmente saremo chiamati a scendere maggiormente nel dettaglio delle buone pratiche prima che queste siano applicate in un ospedale psichiatrico giudiziario, ed anche concordando con il Consiglio superiore della magistratura - che sicuramente ne sa più di noi - le metodologie più corrette da seguire, credo che per noi sarebbe bene avere le idee più chiare su questa materia e quindi avere l'opportunità di riascoltare sia la nostra ospite sia altri esperti del settore e immagino che il Presidente si attiverà in tal senso.

Se mi è concesso il paragone, la situazione degli OPG è quella di un imbuto troppo largo all'entrata e troppo stretto all'uscita e rispetto a questi

meccanismi si possono avanzare dei suggerimenti di cui non ho però cognizione precisa.

Ciò detto, concludo ribadendo che condivido le considerazioni della dottoressa Vecchione.

MASCITELLI (*IdV*). Dottoressa Vecchione, abbiamo tutti ascoltato la sua interessante relazione che vorrei contestualizzare con riferimento a due aspetti che hanno richiamato la mia attenzione.

Il primo riguarda le strutture intermedie residenziali (SIR), sulle quali la dottoressa Vecchione si è soffermata, denunciando un loro uso - in taluni casi un abuso - non coerente e compatibile con le funzioni loro assegnate.

Grazie al suo lavoro, lei affronta quotidianamente queste problematiche e da un osservatorio che è, per certi versi, privilegiato in quanto le offre la possibilità di interfacciarsi con tutte le varie articolazioni a sostegno dell'importante progetto della tutela della salute mentale; vorrei pertanto sapere se lei abbia avuto modo di verificare la tipologia di controlli e di verifiche che i soggetti competenti - penso ad esempio all'Assessorato regionale alla sanità - esercitano su queste strutture sia in

considerazione delle professionalità che in esse operano, sia dal punto di vista dei pazienti che in queste strutture vengono accolti.

Lei ha sollevato giustamente, con molta puntualità, il dubbio che di queste strutture si faccia un uso distorto attraverso l'accoglimento di pazienti che non rientrano nella tipologia di prestazioni che la struttura offre. Mi interesserebbe pertanto sapere se lei abbia avuto modo di risolvere questo dubbio attraverso verifiche e controlli da parte dei nuclei ispettivi regionali. Indubbiamente, se la sua valutazione di un utilizzo inappropriato di queste strutture dovesse essere confermata - e non abbiamo dubbi al riguardo - vi sarebbe un *vulnus* da parte di chi è deputato al controllo.

Passo al secondo aspetto, pur sapendo che non fa capo alle sue specifiche competenze. Con riferimento ai rapporti con i Distretti di salute mentale (DSM), lei ha dichiarato, trovando la mia piena condivisione, che non si tratta tanto di una questione di risorse economiche, quanto piuttosto di un problema culturale. La sensibilità e la formazione culturale in tal senso sono importanti anche se - purtroppo - a differenza delle risorse economiche non producono degli effetti immediati. Mi interesserebbe pertanto avere la sua opinione al riguardo. A suo giudizio, i DSM che

lavorano e operano nel suo ambito di attività professionale sono adeguati per numero, qualità di prestazioni, impiego di risorse sia umane che professionali, competenza e quant'altro?

MAZZARACCHIO (*PdL*). Signor Presidente, desidero in primo luogo scusarmi per il ritardo con la dottoressa Vecchione della quale, purtroppo, non ho potuto ascoltare interamente la relazione. Ad ogni modo, credo che la struttura di Secondigliano rientri tra quelle con maggiori carenze. È esatto?

SACCOMANNO (*PdL*). La struttura di Secondigliano non è tra le più carenti. Forse lei si riferisce a quella di Aversa, che non è molto distante.

VECCHIONE. Sulla Campania insistono due strutture.

MAZZARACCHIO (*PdL*). C'è quindi la struttura di Aversa, quella di Secondigliano, che non è tra le strutture peggiori e poi c'è Barcellona Pozzo di Gotto, che è tra quelle con maggiori carenze.

Nonostante l'eccezionale ed encomiabile lavoro svolto dai relatori, va detto però che situazioni di questo genere non sono più tollerabili. Ho

seguito poco questo aspetto, però mi è rimasto in mente quel documentario, che è difficile dimenticare, nel quale si descrive una situazione spaventosa e indegna di un Paese civile. Naturalmente la Commissione fa bene a svolgere sopralluoghi e ad ascoltare gli esperti, ciò detto, tengo a ribadire che qui si sta parlando di situazioni assolutamente intollerabili e quindi non possiamo non prendere decisioni adeguate sul piano politico, posto che tali strutture risultano del tutto inadeguate dal punto di vista logistico ed assistenziale. Peraltro, ci stiamo riferendo ad una tipologia di pazienti particolarissima che necessita di attenzioni sotto il profilo logistico, ma - soprattutto - sul piano assistenziale. Diversamente, di che cosa si sta parlando?

Signor Presidente, in questo settore lei ha condotto fino ad oggi un ottimo lavoro, che ha prodotto anche dei risultati. Non abbiamo però ancora superato questa fase che rimane critica e che purtroppo permane. Siamo pertanto chiamati ad assumere decisioni e a trarre conclusioni - vedremo quali - molto forti nei confronti dell'Esecutivo e dello stesso Parlamento. Dobbiamo cioè fare tutto ciò che è possibile. Delle due l'una, o si chiudono queste strutture, oppure esse devono essere messe in condizioni degne di ospitare pazienti che in un Paese civile hanno diritto alla sopravvivenza.

Ripeto, personalmente sento la responsabilità di non aver seguito questo problema nei particolari, anche se so che eravamo e siamo in buone mani, anche dal punto di vista umano, considerando i soggetti che si stanno interessando della questione.

Ripeto, è arrivato il momento di assumere decisioni. Ringraziamo il contributo che la dottoressa Vecchione ed altri auditi ci hanno dato, ma - tengo a ribadirlo ancora una volta - è giunto il momento di trarre delle conclusioni molto forti, magari assumendo iniziative sia di natura parlamentare, sia - se necessario - sollecitando l'Esecutivo affinché prenda provvedimenti anche sul versante economico-finanziario. Lo ripeto: occorre chiudere questa parentesi, che non è degna di un Paese civile.

Quindi, al riguardo mi affido al Presidente. Per quanto mi riguarda sono pronto a qualsiasi iniziativa, anche ad andare ad occupare questi istituti insieme alla Commissione. Bisogna per forza arrivare alle estreme conseguenze in un Paese che non è sensibile a un problema di questo genere.

Ripeto che io mi sono fermato alla visione del documentario, perché, anche un po' vilmente, non ho avuto neanche il coraggio di partecipare con la Commissione alle verifiche *de visu* di queste strutture.

Questa è dunque la mia raccomandazione. Sarebbe pertanto opportuno che, nell'ambito di un'apposita riunione, una volta che il Presidente e i relatori avranno sintetizzato tutti i suggerimenti, si prenda la decisione di intraprendere un'azione molto forte. Diversamente, non usciremo da questa situazione.

Come ben sappiamo, infatti, questo insieme di burocrazia, di ASL e di magistratura porta ad uno scaricabarile per cui, alla fine, non si sa mai chi sia il responsabile. Se, però, gli internati continuano a restare in quelle condizioni, allora l'azione di forza facciamola noi. Presidente, non mi dilungo ulteriormente e chiedo scusa se ho esagerato.

PRESIDENTE. Vice presidente Mazzaracchio, lei non ha assolutamente esagerato. Il suo è un sentimento condiviso dalla Commissione e, anche grazie ai suggerimenti dei relatori, ritengo che presto arriveremo ad assumere delle decisioni.

Se non vi sono altri interventi, do nuovamente la parola alla dottoressa Vecchione, per alcune precisazioni.

VECCHIONE. Signor Presidente, riguardo alla problematica da lei posta, condivido pienamente d'accordo quanto da lei sottolineato. Occorre, però, chiudere i rubinetti in entrata nell'OPG e aprire quelli in uscita. Sono due problematiche di carattere diverso, nel senso che seguendo sempre lo stesso esempio: bisogna chiudere ai giudici della cognizione ed aprire alla magistratura di sorveglianza. In caso contrario, *rebus sic stantibus*, si rischia di fare solo confusione. Ovviamente, le decisioni di questa Commissione non spettano a me, visto che si tratta di scelte politiche su cui non sono chiamata ad esprimermi.

Quanto si è visto nel documentario richiamato è veramente allarmante; tengo però a precisare che la parte che riguardava esclusivamente Napoli Secondigliano non descriveva una situazione conforme a quella delle altre realtà e, lo ripeto, non per questioni di spesa, ma in ragione della volontà di tutti gli operatori, a partire dalla polizia penitenziaria, che opera, signor Presidente, senza specializzazioni, ritorno economico e soddisfazione di carattere personale, rimanendo 24 ore su 24 a contatto con queste persone.

Per quanto riguarda la domanda che mi poneva il senatore Mascitelli, ovviamente la magistratura di sorveglianza non ha poteri ispettivi sui

Dipartimenti di salute mentale. Anzi, con la mia attività sono andata anche un po' oltre il normale ruolo del magistrato di sorveglianza, che è semplicemente quello di verificare la sussistenza della pericolosità sociale. I poteri ispettivi devono essere esercitati nelle sedi competenti dalle autorità competenti.

Ripeto che la ASL Napoli 1, dove insiste l'ospedale psichiatrico giudiziario di Secondigliano, è stata commissariata più volte e attualmente lo è per un disavanzo nel bilancio.

Per quanto concerne la valenza di alcuni DSM rispetto ad altri, certamente il mio è un giudizio empirico, che si basa sul lavoro, un giudizio dunque non ideale, ma sul campo. L'opinione che mi sono fatta è comunque che la valenza dipenda sempre dalle persone. Al riguardo non vedo tanto un problema legato alle risorse quanto alle persone. Certo, se noi ancorassimo delle risorse economiche ad ogni paziente uscito dall'OPG e le trasferissimo sui Dipartimenti di salute mentale, ciò agevolerebbe l'opera dei servizi territoriali che, in particolari contesti sociali come Secondigliano e Scampia, zone estremamente degradate, sono già oberati di lavoro.

Come ultimo spunto, posso dire che considero ovviamente positivo l'impegno di risorse economiche ma anche che queste devono essere legate esclusivamente al paziente e che quindi non possano essere stornate dalla sua persona.

PRESIDENTE. Ringrazio molto la dottoressa Vecchione per le importanti indicazioni fornite. Esse peraltro giungono in una fase nella quale, come ricordava anche il vice presidente Mazzaracchio, ci avviamo a prendere delle decisioni importanti. Riteniamo tutti insieme, infatti, che questo istituto, così come è, sia ormai superato.

Ringrazio e congedo la nostra ospite e dichiaro conclusa l'odierna audizione.

Rinvio infine il seguito dell'inchiesta in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15.