



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 167

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

173^a seduta : mercoledì 18 luglio 2012

Presidenza del presidente MARINO

INDICE

Audizione del direttore della sezione dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle dipendenze patologiche della ASL FG, professore Giuseppe Mammana, e del fondatore della comunità terapeutica "Casa dei giovani", padre Salvatore Lo Bue

PRESIDENTE	<i>LO BUE</i>
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	<i>MAMMANA</i>
BIONDELLI (<i>PD</i>)	
GALITO (<i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI</i>)	
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	

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-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Intervengono il direttore della sezione dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle dipendenze patologiche della ASL FG, professore Giuseppe Mammana; e il fondatore della comunità terapeutica "Casa dei giovani", padre Salvatore Lo Bue.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 17 luglio 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

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

Audizione del direttore della sezione dipartimentale di Foggia del Dipartimento delle dipendenze patologiche della ASL FG, professore Giuseppe Mammana, e del fondatore della comunità terapeutica «Casa dei giovani», padre Salvatore Lo Bue

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione del professor Giuseppe Mammana e di padre Salvatore Lo Bue, rispettivamente responsabile del Dipartimento delle dipendenze patologiche presso la ASL di Foggia e fondatore della comunità terapeutica «Casa dei giovani».

Desidero anzitutto dare il benvenuto agli audendi e ringraziarli per la loro disponibilità a collaborare con la Commissione.

L'audizione che ci apprestiamo a svolgere, proposta dal senatore Saccomanno e approvata in maniera unanime dall'Ufficio di Presidenza, è intesa ad arricchire l'istruttoria relativa allo specifico filone di indagine sul funzionamento dei Servizi territoriali per le dipendenze patologiche.

Darei subito la parola agli audendi, per consentire loro di svolgere delle relazioni introduttive sugli aspetti di rispettiva competenza. A seguire i commissari presenti, a partire dai relatori del filone di inchiesta sui Sert (senatori Bosone e Saccomanno), potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

LO BUE. Signor Presidente, non intendo fare una relazione quanto presentare dei *flash* su alcuni punti dolenti che riguardano l'attività terapeutica con i tossicodipendenti, con particolare riferimento alle problematiche della Sicilia.

Il problema, che è stato posto già da più parti e che grava pesantemente su questa Regione, concerne le rette delle comunità terapeutiche; infatti, mentre il personale e i requisiti strutturali che le

comunità terapeutiche sono obbligate ad avere sono imposti in maniera regolare ed uniforme in tutta Italia il corrispettivo non è altrettanto uniforme. È un fenomeno che si estende a macchia di leopardo. In Trentino, ad esempio, la retta è esattamente il triplo di quanto non sia in Sicilia, seppure con gli stessi operatori e le stesse qualifiche. Senza poi considerare il fatto che ci sono *escamotage* che molte comunità mettono in atto. Ad esempio, la presenza dello psicologo o di altre figure professionali viene ridotta al minimo essenziale e non è continuativa. Questa naturalmente è una scappatoia a cui alcune comunità sono costrette a ricorrere a scapito della terapia nei confronti dei ragazzi.

La Sicilia soffre perché rimane oggi l'unica Regione d'Italia a non aver recepito la normativa nazionale circa i detenuti in attesa di giudizio. Sino a qualche anno fa la legge nazionale stabiliva che i detenuti definitivi erano a carico del Servizio sanitario nazionale e quelli in attesa di giudizio erano invece a carico del DAP (Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria); quest'ultimo ci ha causato un danno enorme perché per tre anni e oltre non ci ha pagato, anche se la retta era di gran lunga inferiore a quella pagata dalle ASL. Siamo stati così costretti a ritardare i pagamenti, compresi quelli dell'INPS. Nel momento in cui ogni mese mandiamo la

busta paga all'INPS l'Istituto (anche se non paghiamo gli stipendi), mette quasi il 30 per cento di sanzioni, a cui si aggiungono more e interessi. Quindi, per colpa del DAP, abbiamo visto il nostro debito aumentare da 200.000 euro a quasi 400.000 euro nell'arco di pochi anni.

Il problema sembra essere superato per tutta l'Italia tranne per la Sicilia perché l'assessorato regionale alla sanità ha pensato bene, essendo la Regione Sicilia a statuto speciale, che questa normativa dovesse essere recepita ufficialmente dalla Regione Sicilia; non lo è stata e, di conseguenza, le ASL non pagano per i detenuti in attesa di giudizio. Pertanto il coordinamento regionale delle comunità terapeutiche ha detto e ufficializzato qualche anno fa che non avrebbe più preso nelle comunità i detenuti in attesa di giudizio perché non c'era nessuno che pagava. Tuttavia vi sono alcuni, come me, che non se la sentono di fare questo. Quando mi reco in carcere a parlare con due individui, di cui uno in attesa di giudizio e l'altro definitivo, non posso dire a quest'ultimo che lo prendo in comunità e all'altro invece che non lo prendo perché non c'è nessuno che mi paga. Non posso spiegargli che sto fallendo e che, quindi, se appesantisco la situazione prendendo anche lui fallirò più velocemente. A quella persona questo non interessa, penserebbe che io bado solo ai soldi. Questo è un

danno umano enorme perché facciamo del male ai ragazzi. Noi abbiamo continuato a prenderli, contrariamente alle direttive del coordinamento regionale, e ci troviamo ora in un mare di guai. Non si capisce perché la sanità siciliana vuole dimostrare che sta risparmiando soldi, a scapito però degli utenti che, in base alla normativa nazionale, hanno diritto di essere ricoverati in comunità, ma che, in base alla normativa regionale siciliana, di fatto non lo sono.

Per quanto riguarda il problema dei detenuti in generale, c'è da dire che ci si lamenta da più parti, sul piano politico, del fatto che le carceri sono piene di tossicodipendenti, che debbono essere messi in condizione di poter accedere alle comunità. Non c'è bisogno di alcuna nuova normativa. C'è soltanto da considerare che la normativa attuale, come tutte le leggi, non è automatica. Non c'è alcun automatismo. Un ragazzo non può uscire dal carcere se prima non passa tutta una trafila burocratica; ci vuole qualcuno delle comunità che deve accoglierlo per due o tre anni che prima lo conosca, che si renda conto se è uno spacciatore camuffato da tossicodipendente, se è un delinquente, se un mafioso affiliato ad un *clan* o se è un soggetto a doppia diagnosi. Questa informazione spesso non ci

viene data dagli operatori carcerari, anzi ci viene nascosta per potersi togliere i soggetti che danno più fastidio.

Dobbiamo poi conoscere le famiglie. L'altro ieri sono stato al carcere di Augusta, dove ho conosciuto un tizio di 42 anni che ha avuto un fratello ucciso per problemi di droga e che ha altri cinque fratelli tutti in carcere per lo stesso motivo. Capite che un soggetto del genere non ha bisogno solamente di una terapia individuale e personalizzata durante il periodo in cui è in comunità; se vogliamo avere un minimo di possibilità che uscito dalla comunità possa mantenersi in una condizione di *drug free* e di legalità dobbiamo lavorare anche con i familiari.

La maggior parte dei tossicodipendenti, soprattutto nelle nostre Regioni del Sud, proviene da famiglie del sottoproletariato urbano, da famiglie che sono scollate, in cui manca qualcuno, famiglie in cui molti hanno - proprio per professione - infranto la legalità. Questo significa che non è più tempo dei *leader* carismatici di una volta, che avevano fatto parlare l'Organizzazione mondiale della sanità di un'anomalia delle comunità terapeutiche italiane, incentrate tutte sul *leader* carismatico. Costui, in fondo in fondo, sembra calamitare moltissime persone, attirandole in comunità, però, sul piano terapeutico, non fa nient'altro che

passivizzare un soggetto già debole e metterlo in condizione di non crescere. Il soggetto debole si accuccia all'ombra del soggetto forte, si indebolisce durante il percorso terapeutico e, quindi, non si rinforza. Non è più il tempo dei *leader* carismatici, ma è un tempo in cui noi sappiamo come operare in maniera scientifica e seria. La terapia, però, va fatta in maniera scientifica, non soltanto estrapolando l'individuo portatore di sintomo e mettendolo in un contesto terapeutico e protetto. La comunità non può essere un'isola protetta da una cupola di vetro o dai marosi esterni. Non è così: noi abbiamo bisogno di interagire con il contesto sociale. Abbiamo bisogno di fare terapia anche alle famiglie e questo ha un costo, ma il sistema sanitario nazionale deve farsi carico di tali aspetti perchè bisogna considerare - e oggi non accade - che per noi recarci in carcere ha un costo. Ad esempio, per andare da Palermo ad Augusta e trovarmi alle 8 di mattina davanti al carcere dovrò partire la sera prima, andare a dormire in una pensione, cenare fuori e spendere soldi in benzina. E questa situazione può ripetersi anche più volte in un giorno: l'altro ieri, ad esempio, ho avuto cinque colloqui. Questo è il motivo per cui i ragazzi, che invece hanno fretta di uscire, rimangono in carcere: farli uscire comporta delle spese e per molti significa anche disporre di un avvocato che presenti

la pratica al giudice. Non c'è bisogno, infatti, soltanto della mia relazione, ma anche di quella del Sert di residenza, che quasi sempre è diverso da quello del carcere. Quindi, siamo noi a dover contattare il Sert di residenza, a fare le telefonate, a parlare con i familiari, ad andare dal magistrato per chiedere le autorizzazioni ai colloqui. Tutto questo ha un costo e noi disponiamo soltanto di una persona, una pedagoga, che risponde alle lettere provenienti da tutta la Sicilia. Fino a quando non si comprenderà questo meccanismo si continuerà a chiedere di fare una legge per far uscire i tossicodipendenti dal carcere. Ma questo non serve a nulla, serve essere messi in condizione di vagliare chi facciamo entrare in comunità.

Soprattutto, non è possibile che il DAP continui a dare disposizioni ai suoi impiegati periferici delle carceri di non dirci qual è la diagnosi. Quando io vedo che il soggetto prende Minias, Tavor, Tranquillit, chiedo la diagnosi psichiatrica e gli impiegati mi rispondono che non possono dirmela: ma come faccio ad accogliere il soggetto in comunità? Certo, esiste la *privacy*, ma se devo tenere in comunità una persona per due o tre anni la *privacy* non può valere nei miei confronti. Il soggetto si sta mettendo nelle mie mani, ha un dialogo con me in cui mi parla di tutto ciò che ha fatto, persino dei suoi delitti, e non mi volete dire qual è la diagnosi

psichiatrica? Sono questi gli inghippi su cui casca l'asino. Mi si perdoni il modo di parlare così schietto, ma è inutile fare discorsi teorici e troppo lunghi.

Esistono dei centri di accoglienza che si occupano di tutto questo e che non rientrano nei classici centri previsti dallo schema che è ancora nella testa di tanti (anche dei legislatori). Non esistono più solo le comunità terapeutiche semiresidenziali e i centri a bassa soglia di una volta, ma esistono tante altre realtà molto più articolate, che non vengono contemplate, che non possono convenzionarsi con le Aziende sanitarie locali e che hanno dei costi. La conseguenza è che, ad un certo momento, queste strutture devono chiudere. Il discorso è ancora più grave per quanto riguarda i detenuti extracomunitari. Per costoro, per i quali la legge nazionale stabilisce il diritto alle terapie continuative come quelle delle comunità terapeutiche, il problema, come ho accennato, è ancora più grave, perché gli extracomunitari non hanno famiglia, spesso non hanno avvocati e se li hanno noi ci insospettiamo, perché ciò vuol dire che questi extracomunitari hanno grosse somme da parte, quindi, evidentemente, erano spacciatori. Le famiglie dei detenuti italiani, infatti, contraggono debiti per assumere un avvocato per il loro congiunto, mentre per gli

extracomunitari la questione è diversa. Gli extracomunitari quasi sempre non hanno un documento d'identità. Ciò significa che se io dico che possono entrare in comunità arrivano accompagnati da un decreto del magistrato, in cui si dice che un tale Mohamed Ben Alì (uso un nome di fantasia) può entrare in comunità. Quando poi i carabinieri e la pubblica sicurezza vengono a fare dei controlli, in primo luogo mi chiedono come faccio a sapere che il soggetto in questione è veramente Mohamed Ben Alì. Io rispondo che me lo ha detto il magistrato. E alla domanda se c'è una fotografia nel documento, io rispondo che nell'ordinanza del magistrato non c'è alcuna fotografia. Allora, mi chiedono come faccio a saperlo. Insomma, sono guai a non finire.

Quindi, la maggior parte delle comunità preferisce non accogliere extracomunitari proprio perché nessuno, durante gli anni in cui queste persone sono state in carcere, ha provveduto a fare loro una fotografia con almeno l'ultima identificazione. Inoltre queste persone, quando vengono fermate nel corso degli anni, danno ogni volta nominativi diversi, e questo è un problema. In secondo luogo, per gli extracomunitari che hanno diritto alla terapia continuativa si pone anche un problema economico più serio. Non avendo famiglia, costoro, nel momento in cui entrano in comunità,

devono essere vestiti da noi dalla testa ai piedi (dalla scarpe alle mutande alle maglie ai vestiti e ai cappotti). Normalmente sono le famiglie a fornire queste cose ai cittadini italiani, ma nel caso degli extracomunitari non può essere così. Quindi, l'eventuale contributo, che spesso arriva in ritardo, viene assorbito totalmente, e anche oltre, dai costi che comporta la persona stessa. E nessuno fa una distinzione per questi punti, che sono oggettivi, verificabili e quantificabili.

C'è poi un terzo problema riguardante i tossicodipendenti extracomunitari. Quando noi li ospitiamo per due o più anni in comunità, li accudiamo di tutto punto e pensiamo a tutto, queste persone si legano noi. Molte volte otteniamo migliori risultati con gli extracomunitari che non con gli italiani, perché c'è un rapporto anche affettivo, in quanto siamo il loro unico punto di riferimento. Nel momento in cui queste persone terminano il programma, siamo costretti a sottoporle a una doccia scozzese perché dobbiamo dire loro che appena usciranno dalla comunità dovranno tornare nel proprio Paese. Quando uno di loro mi dice che lì verrebbe arrestato di nuovo (pur avendo scontato la pena nel carcere italiano) perché ha commesso un reato connesso all'uso di droga, devo rispondergli che la legge italiana prevede questo e che io non posso fare più niente: sino ad

oggi lo accudisco completamente e penso a tutto e poi, da domani, gli volto le spalle. Addirittura, se continuo ad avere un rapporto, anche telefonico, con questa persona posso avere dei fastidi perché si tratterebbe di un rapporto con un pregiudicato che sfugge alla legge e che non dovrebbe trovarsi in Italia.

In sostanza, noi spendiamo dei soldi per offrire una terapia di circa due anni a delle persone, dopodiché di queste persone, automaticamente, facciamo dei nemici della società perché si sentono tradite, si sentono pugnalate alle spalle e pensano che sia stata tutta ipocrisia, dal momento che gli avevamo detto che volevamo il loro bene. Una volta dimesse e arrivate fuori, allora, queste persone non rientrano nella loro nazione, ma si inabissano nella società e per sopravvivere diventano manovalanza della delinquenza organizzata e della mafia. Tornano ad essere tossicodipendenti perché l'ansia e la tensione nervosa li conducono a questo.

Questa, dunque, è la strategia. Praticamente lo Stato italiano, con le sue leggi e con le sue terapie di recupero, mette in circolo dei *virus* che attaccano ancora di più la società. Bel risultato!

MAMMANA. Presidente, ringrazio la Commissione per questa audizione. Vorrei sottolineare il primo dato che ci viene riportato dall'Osservatorio nazionale sulle droghe e dalla relazione del Parlamento del 2010. In Italia vengono stimati circa 3 milioni di consumatori. Le persone dipendenti, e che avrebbero bisogno di trattamento, sono circa 330.000. Le persone in carico sono circa 170.000. Do questi tre numeri per darvi un'idea dell'entità del fenomeno, che incide sull'economia e sui costi sociali del Paese, e della risposta minima che il fenomeno riceve in termini di presa in carico da parte dei servizi competenti e specialistici.

Questo dato deve farci riflettere perché su di esso si fonda l'organizzazione criminale delle narcomafie e di coloro che utilizzano le droghe per fini criminali. Nei nostri servizi troviamo un'utenza che ormai è molto diversa da quella che abbiamo visto all'inizio di questo fenomeno. Ho fondato il servizio che attualmente dirigo e ricordo che alla fine degli anni Settanta noi avevamo un'utenza composta principalmente da eroinomani. Oggi i dati epidemiologici riferiti al nostro servizio, che posso lasciare agli atti della Commissione, rilevano per il 2011 che l'utenza che si serve di noi è composta da almeno cinque fasce: la prima è l'utenza dei tossicodipendenti che sono in carico ambulatorialmente al servizio e presso

le comunità terapeutiche; la seconda, ormai molto rilevante, è quella di coloro che sono in carcere, ma sono seguiti dal servizio; la terza è costituita da coloro che fanno uso di droghe legali e, quindi, di alcol; la quarta è quella, oggi nascente, che ha comportamenti dipendenti dal gioco; la quinta è composta da coloro che vengono inviati al servizio per accertamenti sulle patenti, secondo gli articoli 186 e 187 del codice della strada. Abbiamo infine un'utenza di pazienti appoggiati e in transito da varie realtà, tra cui i centri di accoglienza degli immigrati.

Questa utenza polimorfa trova dei servizi assolutamente incapaci di rispondere alla domanda perché strutturati sul modello della tossicomania da eroina e mai riattualizzati. Parlo qui da direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche di Foggia, ma anche da presidente dell'Associazione italiana per la cura delle dipendenze patologiche. Noi chiediamo una riforma radicale dei servizi perché senza di essa non si può rispondere a questo tipo di utenza.

Il secondo dato significativo che intendo riportare è quello relativo alle fasce di età. Proprio per l'incapacità dei servizi di cogliere il fenomeno nascente, con 3 milioni di consumatori stimati, 176.000 pazienti in carico e altri 180.000 che avrebbero bisogno di essere presi in carico, l'utenza dei

centri pubblici è ormai decrepita. Pensate che la fascia di età prevalente nel mio dipartimento è quella sopra i 39 anni, laddove la fascia più vicina alla realtà è quella dai 20 ai 24 anni ed è al di sotto del 10 per cento di quell'utenza che noi seguiamo. Quindi tutta l'attività sui minori, l'attività di prevenzione e la prevenzione precoce nelle fasce giovanili sono completamente assenti dal territorio.

Questo dato è ulteriormente peggiorato dopo che la legge sui servizi sociali e sui piani sociali di zona ha annullato il Fondo nazionale per la lotta alla droga e il Fondo regionale per la lotta alla droga. Da allora non si fa alcuna azione di prevenzione e di contrasto al nascere del fenomeno. Noi ci troviamo ad avere a che fare con il fenomeno soltanto quando, attorno ai 25 anni, queste persone cominciano ad arrivare da noi. Ricordo che i tempi di latenza, tra il nascere del problema e il momento in cui queste persone si rivolgono ai servizi specialistici, sono tra i sette e gli otto anni. Capite che in tutto questo navigano bene coloro che ci guadagnano. Tra gli alcolisti del nostro servizio i dati sono più o meno analoghi e così anche nel caso del gioco compulsivo.

Complessivamente noi non abbiamo capacità di aggancio per le fasce giovanili, né questo lo fanno i Comuni, che avrebbero dei fondi a ciò

riservati dai piani sociali di zona nei fondi regionali, che però non utilizzano. La mia Regione, ad esempio, non utilizza questi fondi da almeno quattro anni e penso che il dato sia analogo per la Sicilia.

LO BUE. Il comprensorio di Palermo è in ritardo di tre anni.

MAMMANA. Un altro dato che voglio segnalare è relativo ai trattamenti. I trattamenti ambulatoriali purtroppo sono prevalentemente di tipo farmacologico. Essi corrispondono a circa il 53 per cento, mentre il 47 per cento corrisponde ad interventi di tipo psicosociale e riabilitativo. Al loro interno sono prevalenti gli interventi con i cosiddetti farmaci sostitutivi e soprattutto quelli con i farmaci sostitutivi a lungo termine. All'interno di questo uso si è ormai radicalizzato nell'intero Paese un fenomeno di abuso favorito dalla legge sull'affido ai singoli pazienti o ai loro familiari dei farmaci sostitutivi. La cronaca ci ha riportato in più casi gli esiti di questi affidi a pazienti inaffidabili, come sono spesso i tossicodipendenti, con la morte di bambini che casualmente avevano ingerito questi farmaci. Questo però è il dato minore. La realtà è che ormai c'è un'area di mercato grigio abbondante di queste sostanze. Nelle realtà del Sud è diventato

difficilissimo per i medici che operano nei servizi svolgere il proprio lavoro quotidianamente perché le minacce, le intimidazioni e le richieste di prescrizioni inappropriate sono quotidiane. La protezione dei servizi è assolutamente nulla e le forze dell'ordine, che soprattutto nel Sud sono soverchiate da domande di sicurezza di vario genere, non riescono ad esserci vicino quando dovrebbero e potrebbero.

Purtroppo questi dati richiederebbero una modifica radicale della legge sull'affido ed una limitazione *ex lege* della stessa possibilità. Ormai la nostra utenza rispetto ai trattamenti vede, per esempio, l'inserimento in comunità terapeutica prevalentemente dei Sert, poi dei servizi di alcologia e, in ultimo, dell'area dei giocatori compulsivi. Il problema dei giocatori compulsivi è estremamente serio perché per inviarli in comunità occorre inventarsi delle diagnosi. Molte volte questi pazienti sono anche consumatori di alcol e, quindi, si utilizzano questi strumenti per cercare di venire loro incontro. È pertanto assolutamente urgente ed importante la definizione di un quadro legislativo nuovo.

Ritengo in conclusione che il quadro normativo non sia insufficiente, ma va solo integrato e rivisto. La questione centrale è la riforma dei servizi, che deve rispondere alle nuove fasce di utenza che ormai questi servizi

curano. Vi è inoltre bisogno di rivedere la legge sui piani sociali di zona, creando vincoli per i quali i fondi destinati alle tossicodipendenze possano essere determinati e decisi solo dai servizi per le tossicodipendenze, saltando i vincoli, le burocrazie e le clientele comunali.

Occorre, ancora, che la questione del carcere venga affrontata con serietà, come diceva padre Lo Bue, perché ormai il 40 per cento della nostra utenza è in carcere. I nostri organici sono inadeguati a seguire queste persone in carcere e soprattutto, se decidessimo di mandarle tutte nelle comunità terapeutiche, ammesso che ci vadano, non avremmo i soldi per pagare queste ultime.

Vi segnalo, infine, come urgente l'intervento sulla questione dell'affidamento perché si sta creando un'area attraverso la quale la piccola criminalità urbana si è organizzata e minaccia gli operatori dei servizi. Sembra di stare in Colombia, perché la situazione non è diversa da quella di questi Paesi che spesso consideriamo poco civili o addirittura collusi con i trafficanti di droga.

Quanto alle tariffe delle comunità terapeutiche, queste ultime sono arrivate in ritardo e, soprattutto, quello che è drammatico è che non c'è adeguamento all'accordo tra Stato e Regioni. Questo accordo, che risale al

1999 e che purtroppo non è mai stato messo in atto, è modernissimo e consentirebbe di rispondere alle domande delle nostre utenze. La non applicazione nella nostra Regione, ad esempio, produce degli effetti drammatici, perché tutti si occupano di tutto e nessuno si occupa di niente. In questo modo aumenta la cronicità e aumentano i costi sociali, ma senza esiti positivi.

SACCOMANNO (*PdL*). Presidente, non so se devo porre la domanda a noi stessi o agli auditi, perché il problema è sempre il medesimo. Mi diverte sentir dire che il Servizio sanitario nazionale non prende in carico delle situazioni, perché qui noi dobbiamo decidere se prendere in carico il Servizio sanitario nazionale. Questa è la verità, il resto viene drammaticamente dopo.

Noi abbiamo voluto, tutti insieme, che si intervenisse su queste vicende perché sono convinto che abbiamo un quadro estremamente parziale. Quando abbiamo visitato dei Sert o abbiamo visitato delle zone dove il quadro è ideale o, nelle altre, lo abbiamo trascurato. In alcune situazioni, infatti, anche sulle carceri, l'abbiamo sempre visto sfumato. Siamo andati insieme a fare delle ispezioni, Presidente. Abbiamo visto

come i servizi prestano assistenza in carcere ma non abbiamo mai avuto, padre Lo Bue, un confronto importante, così duro e chiaro, come quello avuto con lei oggi e del quale avevamo bisogno.

La prima considerazione che mi sento di fare è che, stando alle intenzioni comuni mie, del senatore Bosone e di tutta la Commissione, probabilmente noi siamo più preparati a chiudere un esame generale sulla psichiatria con un documento che tra pochi giorni potrebbe essere pronto.

In una relazione, che partì proprio da questa sala dove ci troviamo oggi (perché in questa sala decidemmo di avviare questa indagine) inserimmo le dipendenze patologiche come dato rilevante della medicina territoriale. Io ritengo che questo sia stato un passo importante, e lo abbiamo ritenuto tutti.

Vi pongo allora una domanda, alla quale voi senz'altro risponderete. In base alle vostre competenze (indubbiamente maggiori delle mie, che in questo settore sono ferme al 1999 o al 2000), ritenete che noi dobbiamo ascoltare qualche altro soggetto che abbia delle peculiarità e che possa testimoniare in modo diverso ciò che voi non avete potuto dire, dal momento che le vostre esperienze sono quelle di un responsabile dei servizi e di un responsabile di comunità terapeutica che incontrano un certo tipo di difficoltà? Voi avete questa esperienza importante, ma ritenete che i

relatori e la Commissione debbano chiamare in audizione qualcun altro? E se lo ritenete, allora dateci un suggerimento. Noi non siamo prevenuti nel dire che vogliamo ascoltare una persona piuttosto che un'altra; se ritenete che ci sia qualcuno la cui audizione ci può dare un quadro più completo vi pregherei di dircelo.

Su tale questione, le mie domande sono forse indirizzate maggiormente alla Presidenza. Noi dobbiamo infatti acquisire la relazione annuale sulle tossicodipendenze fatta al Parlamento, eventualmente sottoponendola per una analisi ai nostri consulenti che da questa possono estrapolare dati e riferimenti utili al nostro lavoro. Possiamo inoltre acquisire i dati che riferiva il professor Mammana, che egli potrebbe lasciarci.

A mio avviso, questo è un primo passaggio importante. Dal completamento di questa indagine si potrebbe partire verso una ipotesi di riforma dei servizi, che non mi sembra appartenga a questa legislatura ma che, indubbiamente, una Commissione dovrà prevedere come risultato del suo lavoro.

Presidente, noi dobbiamo parlare con i rappresentanti del DAP e con l'assessore alla sanità della Regione Sicilia; non perché dobbiamo

interrogarli ma perché, in base a quanto abbiamo ascoltato, io voglio comprendere alcuni aspetti. Abbiamo già visto i meccanismi in base ai quali questo accordo regionale manca per gli OPG e per gli ospedali psichiatrici. Proviamo a indagare anche su quest'altra vicenda e a comprendere chi, tra Regioni e Ministero, debba pagare.

Vi è un altro tipo di sollecitazione che io ritengo di dover fare, senza aspettare nemmeno la conclusione dell'inchiesta. Alla luce di quanto ci è stato detto oggi, vi sono alcune cose che noi possiamo fare, come scrivere al Ministero che, nel momento in cui trasferisce e affida i soggetti alle comunità, ha l'obbligo di indicarne le caratteristiche e trasmettere le foto. Dobbiamo interrogare il Ministero, come abbiamo fatto con i minori quando vengono affidati a determinati istituti. E' necessario che venga indicato per iscritto chi paga, perché non è possibile che il tossicodipendente venga inviato e preso in carico dall'istituto senza che nessuno si preoccupi.

Su tali questioni questa Commissione non deve aspettare. Noi abbiamo scritto tante lettere, su tanti problemi. E' opportuno che lo facciamo anche in questo caso, per guadagnare tempo. Poi scriveremo tale dato anche nelle nostre conclusioni.

Sull'affidamento non penso che si possa aspettare la prossima legislatura. Voglio ricordare che noi abbiamo richiesto l'avvio di questa indagine perché a Parma si era verificato un episodio legato a del metadone custodito in una casa, vi era stato un affidamento e altri aspetti. Da lì partì la mia richiesta di andare a indagare su tali vicende. Anche su questo punto dobbiamo sollecitare nuovamente un colloquio con il Ministero perché, in attesa di una legge, si preveda una direttiva che possa in qualche modo tamponare, ponendo dei limiti, il problema.

Sulla questione degli avvocati, bisogna individuare un meccanismo che non trasformi questi ultimi in una complicazione (ad esempio, nel ritardo di un affidamento) per chi si trova in questo determinato disagio. Infatti, se il ritardo o la mancanza di un avvocato sono, per quel disagio, un aspetto che reca un danno siamo noi a dover aprire un dialogo con il Ministero. Lo dico perché temo che, concludendosi la legislatura, non rimanga traccia operativa del nostro lavoro e che noi si consegnino un libro alla storia, contenti di aver realizzato qualcosa per gli OPG ma lasciando questo *mare magnum* di situazioni in un modo drammatico.

Presidente, mi permetto di avanzare tali richieste più a lei che agli auditi. A loro chiedo soltanto se possono dirci quali altri soggetti

interrogare e se, nella loro esperienza e in base a quanto abbiamo detto, ritengono di poterci fornire dei dati o dei suggerimenti ulteriori affinché questa relazione del Parlamento e delle Commissioni d'inchiesta risulti più concreta. Potete anche scrivere tutto questo in una memoria, posto che forse nel breve tempo a disposizione non avete potuto rappresentare una storia lunghissima. Certo, poi si potrà fare una sintesi, ma a noi gli spunti servono.

Tra l'altro, professor Mammana, mi rallegro che quella posizione la occupa lei e non io, perché veramente mi troverei in difficoltà rispetto a quei tipi di trattamento agli extracomunitari. Possiamo ragionare di tante questioni, ma se dovessi gestire un mondo di disagio, abbandonato in questo modo e licenziato con queste complicazioni, mi arresterebbero immediatamente.

Presidente, in conclusione ripeto che queste sono raccomandazioni più indirizzate a ciò che lei può fare in questo momento, che a quello che possono fare i nostri ospiti.

PRESIDENTE. Se tutti conveniamo, potremmo avviare queste richieste con un invio al capo del DAP del resoconto della seduta di oggi, chiedendo

anzitutto di rispondere a tutte le criticità per iscritto e poi convocarlo assieme al Ministero.

Per quanto riguarda l'assessorato, avanderò un'idea in Ufficio di Presidenza.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, approfittando delle professionalità che abbiamo di fronte, vorrei porre delle semplici domande.

Voi sapete che nel mondo si scontrano due tendenze sulla rieducazione di queste persone: i metodi duri, che in alcune Nazioni hanno ottenuto anche dei buoni risultati, e la tendenza colloquiale, che noi abbiamo scelto. Vorrei sapere, anche brevemente, cosa preferite e quale di queste due tendenze dà risultati migliori, sempre nella salvaguardia della dignità della persona.

Ho ricoperto in passato la carica di sindaco e posso dire che la maggior parte delle situazioni restano spesso dentro le famiglie. Si tratta di situazioni drammatiche. Alcune famiglie hanno la possibilità economica di accedere a determinate comunità totalmente private, ma altre non hanno questa possibilità e si affidano spesso e volentieri al caso, con il degrado più assoluto della situazione. Conosco tante e tante di queste situazioni.

Nel settore che stiamo trattando, nonostante quello che dice l'assessore della Sicilia, si aggiungono il malaffare e affarismi vari di determinati privati che fiutano - come hanno fatto nella riabilitazione normale - grossi interessi, approfittando dell'emotività che certe situazioni determinano nei familiari.

È certamente necessario rivedere la legge in senso generale con la predisposizione di un Testo unico. Vi chiedo quindi di farci avere una memoria in cui individuate i punti essenziali di tale riforma. Credo che al riguardo potremo poi favorire lo svolgimento di un dibattito in Aula perché sono le classiche situazioni di cui nessuno vuole parlare, ma di cui bisogna invece prendere assolutamente atto.

Vorrei dirvi tante cose, ma mi soffermo solo su una. La famosa integrazione istituzionale e di cura in Italia non esiste più. Il Comune dice che non è compito suo. Invece noi crediamo che la persona vada recuperata ed è chiaro che l'integrazione istituzionale deve essere obbligata; nella legge si devono scrivere gli specifici compiti e ruoli, anche dal punto di vista finanziario, con quote che bisogna assolutamente dare.

Credo che in tal modo avremo svolto un grande ruolo, oltre ad aver informato il Parlamento di questa situazione tragica. Ciò è stato già fatto

con gli ospedali psichiatrici; c'è stato un atto di denuncia, ma credo che per la riparazione dovremo aspettare anni e anni.

GALIOTO (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI). Signor Presidente, ringrazio padre Lo Bue e il professor Mammana per essere oggi in questa sede. Tra l'altro, con padre Lo Bue ci uniscono comuni origini. Conosco bene - anche se non come lui, che le vive da sempre - queste problematiche. Siamo in tanti, colleghi, ad essere meridionali (e so che anche il presidente Marino ha vissuto diversi anni a Palermo) e sappiamo cosa c'è a monte del singolo caso che poi arriva in una comunità per essere assistito e curato. Il quadro che oggi ci è stato fatto appare molto preciso e puntuale, ma anche molto angosciante per chi ascolta, e ci porta sicuramente ad un'assunzione maggiore di responsabilità.

È stato detto che ci sono problematiche di carattere normativo e di carattere economico; come diceva il collega Astore, esse riguardano vari soggetti e varie figure. Non ho una specifica domanda da fare perché le domande che avrei voluto porre, sono state già fatte dai colleghi. Ritengo che abbiamo la necessità di avere un quadro più specifico della situazione ed anche un orientamento più determinato, che solo voi ci potete dare.

Come il Presidente ha accennato poco fa, ciò sarà poi oggetto di una discussione in Ufficio di Presidenza per comprendere come agire. Sarà sicuramente necessario coinvolgere l'Aula, sapendo comunque che non è cosa risolutiva e che ci sono dei tempi che non dipendono da noi.

La prima cosa che possiamo fare è cercare di avere subito un confronto con le varie figure che operano in questa realtà. Si parlava del Ministero, della responsabilità del DAP, dell'assessore della Sicilia piuttosto che quello della Puglia o della Basilicata; credo che questo debba essere il percorso che dobbiamo seguire nello specifico e nel breve periodo che ci rimane davanti prima della fine della legislatura, con la consapevolezza e la responsabilità che è un problema grave che colpisce tutti, anche chi indirettamente non ne è toccato, perché tutti siamo a conoscenza di ragazzi, di amici, di figli di amici che hanno e possono avere questo problema.

Ritengo necessaria un'indicazione più specifica da parte dei nostri auditi. Mi rendo conto che nel breve spazio di tempo di un'audizione non si può dire neanche la minima parte di quella che è la realtà e di quello che si vorrebbe dire per trasmettere esperienze professionali e personali. Si rende necessaria quindi un'ulteriore indicazione per un percorso che noi saremo

chiamati ad iniziare; dipenderà poi dalla nostra sensibilità e dalla nostra capacità coinvolgere altri soggetti per portare avanti tale percorso in questo periodo.

BIONDELLI (*PD*). Signor Presidente, non ci sono domande, ma solamente un po' di sconforto. Ringrazio gli auditi per la relazione. Don Salvatore ha sottolineato che la criticità maggiore è quella sui detenuti extracomunitari di cui conosco la situazione nel mio territorio. So che arrivano nelle comunità in cui vivono e quando poi devono tornare nel loro Paese diventano latitanti e ritornano sicuramente a delinquere. Nel mio territorio mi dicono sempre che difendo di più gli extracomunitari che gli italiani, ma non è così perché difendo anche gli italiani. Mi sembra però che si tratti delle persone davvero più fragili nel nostro Paese. Anche a livello politico, come centrosinistra, in cinque anni non siamo riusciti a fare molto per costoro. Mi aspettavo di più.

Ritengo quindi che valga la pena, consigliati dagli auditi, di ascoltare, come diceva il Presidente, il capo del DAP; poi, in Ufficio di Presidenza decideremo chi altro dobbiamo sentire su questo problema, che è oramai enorme ed è diventato ingestibile in tutte e due le Regioni.

LO BUE. Presidente, più che una replica, farò una precisazione. Per quanto riguarda la richiesta del senatore Saccomanno, sarebbe opportuno ed urgente convocare qualcuno degli esponenti delle comunità terapeutiche del Lazio, che stanno chiudendo tutte, per motivazioni di natura economica.

Noi siamo qui a Roma e si potrebbe cominciare a fare una operazione simile, che è quanto mai opportuna. Con quello che sta succedendo in questo momento, capisco che sia difficile occuparsi di questioni che sembrano più marginali (ma che in fondo non lo sono), tuttavia se io fossi un senatore o un deputato chiederei a tutto il Parlamento di abrogare la legge che stabilisce che gli extracomunitari possono entrare in comunità terapeutica.

Questo pseudobuonismo, infatti, crea *virus* che attaccano ancora di più lo Stato, come diceva la senatrice Biondelli. Infatti è ipocrita far finta di curare queste persone sapendo quale fine saranno poi costrette a fare. Proponiamo quindi di abrogare questa legge (magari facendoci anche sputare in faccia), perché così stiamo facendo solo un danno a queste persone. Le stiamo facendo incancrenire ancor di più e diventare piene di acredine e di astio, con istinti di vendetta nei confronti dello Stato da cui si

sentono ingannate e tradite. E stiamo anche spendendo e sprecando inutilmente dei soldi in questo momento di crisi.

Dal momento che è inutile fare dei discorsi che possono anche essere accattivanti ma che non sono produttivi: quale potrebbe essere l'alternativa? Vi sarebbe una soluzione semplicissima. Dal momento che spesso siamo di fronte a persone diventate delinquenti a causa della droga (e che, anche se sono carnefici nei confronti di altri, in origine sono state vittime, non dimentichiamolo), si potrebbe fare ciò che si fa nei confronti dei pentiti che diventano collaboratori di giustizia. Queste persone non hanno fatto in comunità soltanto un percorso terapeutico, ma hanno fatto un percorso di educazione alla legalità. Io ho avuto un caso, che sono costretto a riferirvi e sul quale vi chiedo un minuto di attenzione.

Rashid, un ragazzo di 16 anni, arriva in Italia perché richiamato dalla madre, che viveva da alcuni anni nel nostro Paese, vicino a Padova, dove conviveva con un trapanese. Dopo alcuni anni la donna riesce a convincere il convivente a far venire il figlio da Casablanca. Il ragazzo all'epoca aveva 15 anni. Dopo un mese dall'arrivo di Rashid in Italia, la madre muore per *ictus* cerebrale. Il convivente trapanese prende il libretto di risparmio della madre (che lavorava mentre lui era disoccupato) e decide di portare il

ragazzo con sé a Trapani. Esauriti però i soldi del libretto, lo butta fuori casa. Il fratello del convivente della madre di Rashid decide che il ragazzino gli fa pena e lo accoglie in casa sua. Questa persona, che era il più grande spacciatore di Trapani, spinge sua figlia a praticare al ragazzo la prima iniezione di eroina e lo mette subito a spacciare e a rubare. Rashid riesce a contattarci e noi lo facciamo entrare in comunità, superando grandi problemi. Il sindaco di Erice diviene il suo tutore e io il suo protutore. Per farla breve, il ragazzo compie un percorso eccezionale, perché è molto intelligente e molto buono. In circa sette mesi aveva avuto il fegato rovinato e abbiamo dovuto somministrargli anche l'interferone. Diventa, però, una persona davvero sensibile, anche ai problemi della legalità, e chiede lui stesso di sporgere denuncia nei confronti dei componenti della banda che l'aveva ridotto in tali condizioni; ha fatto anche il riconoscimento in tribunale, guardandoli in faccia. L'ambasciatore del Marocco è venuto in comunità, con il questore di Trapani, a portare il permesso di soggiorno per motivi premiali di giustizia e il sindaco di Erice ha concesso a Rashid la cittadinanza onoraria un mese e mezzo fa. Molte trasmissioni, anche in lingua araba, si sono occupate di lui, dal momento che alla questione sono state interessate anche l'ambasciata e il consolato del Marocco.

Perché questo caso deve essere una eccezione, se lo stesso percorso (anche se forse meno eclatante) lo hanno fatto anche tanti altri extracomunitari, che invece si sono dovuto rifugiare nella clandestinità? In Italia i casi potrebbero essere poche centinaia, se non poche decine. Quando la comunità terapeutica e il servizio pubblico, il Sert, ci danno una certificazione che la persona è cambiata realmente e che ha la possibilità di lavorare, perché noi dobbiamo sprecare i soldi che abbiamo impiegato e non utilizzarli? Noi utilizziamo Rashid, ed altri ragazzi che siamo riusciti a far restare in Italia, nei terreni confiscati alla mafia a Castelvetro e come *tutor* per le migliaia di studenti che vengono da tutta Italia. Sono loro che spiegano cosa facciamo lì e che quei terreni appartenevano alla mafia, che aveva realizzato quelle ricchezze spremendo il sangue dei tossicodipendenti e che, per questo, è giusto che loro vivano e lavorino lì. Perché dobbiamo buttare via queste potenziali risorse? In cambio di cosa? È un grande sacrificio per l'Italia allargare leggermente le maglie e accettare che qualche centinaio di persone ogni anno possano rimanere in Italia se hanno compiuto questo percorso di legalità? Meglio loro dei pentiti di mafia, comunque, dei quali io non so quanto ci sia da fidarsi, ma che sono molto più furbi. Questi soggetti, invece, non hanno nessuno e, quindi,

si affidano più facilmente a noi. Essi diventano veramente parte della famiglia, escono dalla comunità e mantengono un rapporto continuativo con noi. Sono sempre sotto controllo. E, allora, perché non fare questo? Diversamente, la nostra proposta è di abrogare la normativa che stabilisce che gli extracomunitari possono essere curati in comunità, perché è una normativa ipocrita.

Per rispondere alla domanda del senatore Astore sui metodi coercitivi e sui metodi colloquiali, come li definiva, non si tratta di metodi colloquiali. Le comunità della cosiddetta pacca sulla spalla, le cosiddette comunità di vita, non esistono quasi più. Le comunità terapeutiche sono comunità che si basano soprattutto su terapie individuali e di gruppo e anche su ergoterapia, strutturata in maniera molto seria. Quanto al periodo in cui vi fu il ricovero coatto, noi sappiamo che questo serve a poco o a niente, se non c'è la preparazione. Una delle operazioni che bisognerebbe fare in carcere (e che noi comunità terapeutiche potremmo fare se ci dessero i fondi per farlo) è la preparazione e l'educazione alla libertà. Non si possono fare solo uno o due colloqui in carcere. Noi abbiamo bisogno di avere un rapporto esplicativo e di preparare ed educare alla libertà mentre

queste persone sono in carcere. Questo è fondamentale, ai fini di un risultato positivo futuro.

Si parlava di centri e di realtà che sono cambiate. A Palermo, in via Libertà, di fronte a Villa Pajno, abbiamo da 18 anni un centro a bassa soglia, come quelli inizialmente basati sulla riduzione del danno (per me la riduzione del danno non è stata mai un obiettivo, casomai un punto di partenza). Noi ogni anno da lì prendiamo dalle 25 alle 30 persone che mandiamo nelle varie comunità terapeutiche, gente che viene anche semplicemente per avere un pasto, un indumento e uno strumento di profilassi. Abbiamo un medico e un infermiere. Facciamo fare centinaia di docce e non - come dice l'assessore alla sanità - perché siamo di animo buono, ma perché il medico non visita i soggetti se sono sporchi e puzzano. Se una persona si rompe una gamba e va in ospedale non gli si dà da mangiare? E allora perché si fa questa ipocrita distinzione tra settore sanitario e settore assistenziale? Noi facevamo dei turni di notte; ora non li facciamo più perché è stato ritenuto che la notte fosse assistenzialismo. Ma noi la notte monitoravamo le persone che incontravamo, che erano quelle strafatte. L'operatore non dormiva, ma le controllava e se vedeva che queste stavano male gli iniettava il Narcan; e se non rispondevano al Narcan,

chiamava il 118 e la rianimazione. E tutto ciò è documentato. Avevamo minimo tre persone al mese ricoverate in rianimazione, oltre a quelli già bloccati con il Narcan e, quindi, ripresi per i capelli. Da quando invece dobbiamo chiudere la notte sono già morte nove persone dei nostri utenti, mentre in 14 anni e mezzo non era mai morto nessuno e parlo di gente che si droga ogni giorno. Non si può parlare di assistenzialismo nei confronti di chi corre il rischio di morire ogni giorno. Scusate la foga.

PRESIDENTE. È assolutamente comprensibile, padre Lo Bue.

LO BUE. Un ragazzo di 22 anni l'anno scorso ad agosto è stato trovato morto dietro la nostra porta. Erano due ragazzi; uno era ancora vivo ma quello di 22 anni era morto. Sapevano che da 14 anni e mezzo eravamo sempre aperti e sono venuti da noi perché stavano male, in *overdose*, e sono finiti così.

MAMMANA. Vorrei partire dalle considerazioni di padre Lo Bue, che condivido totalmente. La riforma dei servizi significa questo; non si può pensare più ad ambulatori che somministrano soltanto farmaci di fronte ad

una popolazione così drammaticamente coinvolta a vari livelli in vicende esistenziali molto pesanti.

Vorrei suggerirvi due convocazioni. La prima è quella di qualche responsabile di settore del Ministero della salute perché venga fatta una direttiva seria sull'affido, sia per quello che riguarda i vincoli per l'affido sia per quello che riguarda la protezione del personale sanitario nelle aree a rischio di criminalità. L'affido diventa infatti uno strumento di spaccio perché i sanitari sono minacciati; non sono militari e cedono, non ce la fanno, molti di loro vanno in *burnout* e in crisi di panico. Io sono costretto a tentare di sostituire senza possibilità il personale sanitario o a tenermi quello che ho, che cede ogni giorno di più. Ci vogliono quindi misure di protezione di polizia. Il personale sanitario deve essere protetto. Esistono delle norme che lo stesso Ministero della salute ha previsto, delle linee guida; che allora le mettano in atto e diano indicazioni vincolanti. Al riguardo, nel mio caso vi chiedo di convocare anche l'assessore alla sanità della Regione Puglia perché possa dare corso a queste misure.

Mi riallaccio poi alla questione che poneva padre Lo Bue, chiedendo di non mandare più gli immigrati in comunità. Io dico di non mandare più nessuno in comunità perché non ci sono piani sociali di zona che prevedano

fondi per l'inclusione sociale. Queste persone rimangono soggetti deboli; sono per metà persone malate, che hanno un *gap* invisibile che non è come quello degli handicappati fisici, ma è un *gap* emotivo ed affettivo che li rende per tutta la vita fragili e deboli. Anch'io voglio riportare le mie esperienze. Nella prima edizione della legge Iervolino-Vassalli ottenemmo un fondo per circa 30 borse di accompagnamento all'inclusione sociale; di quelle 30 persone, 25 sono attualmente sposate, hanno figli, lavorano e non hanno più problemi di questo tipo. Le altre cinque persone sono ricadute. Oggi non abbiamo più nulla.

L'altra persona che vi chiedo di convocare è l'assessore alle politiche sociali della Regione Puglia sottoponendogli un quesito specifico: nei piani di inclusione sociale dove sono finiti i soldi per le dipendenze? È necessaria la nomina di commissari. Sto parlando di Elena Gentile. Io non ce l'ho con nessuno, ma il problema è purtroppo drammatico per noi che ci troviamo di fronte a queste situazioni. Quando uno zingaro mi dice che vende la droga perché non ha altro modo di vivere, penso che potrebbe essere uno di quei 25 soggetti entrati in un piano di inclusione; io purtroppo alla fine devo usare i mezzi della legge, ma quella persona non farà certamente del bene alla società.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Astore, relativa ai metodi coercitivi o colloquiali, ormai è chiaro che i nostri sono pazienti: persone per metà matte e per metà antisociali.

LO BUE. Ormai sono quasi tutte persone a doppia diagnosi.

ASTORE (MISTO-ParDem). In Giappone, nell'isola di Java, a Jakarta, si usano dei sistemi incredibili sotto l'aspetto della severità e delle misure carcerarie e pare che ottengano i risultati migliori. Era una mia curiosità rivolta a voi come operatori diretti.

MAMMANA. Occorrerebbero degli studi più approfonditi e comparati e poi bisognerebbe raffrontare i tassi di mortalità perché ci sono tutta una serie di indicatori da verificare. Le vorrei dire comunque che io non sono certamente per i metodi dolci. Non parlo di durezza, ma di chiarezza. Ad esempio, quando ad una persona come le nostre affidiamo per una settimana quel determinato farmaco e quella sgarra, il farmaco gli deve essere tolto e non deve avere la possibilità di venire a minacciare o a bruciare l'auto del medico che gli dice di no. Bisogna che lo Stato difenda i

suoi funzionari. È questo che noi chiediamo. Le istituzioni pubbliche devono difendere il proprio apparato.

Per quanto riguarda i metodi colloquiali, dico sempre di me stesso e dei miei colleghi che noi siamo per metà scriffi e per metà terapeuti, perché in questo lavoro il rapporto clinico, come avviene con tante altre patologie, è molto difficile. Avviene quando i pazienti cominciano a diventare tali e fidarsi di noi. Prima di quello c'è bisogno della durezza o della chiarezza.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Giuseppe Mammana e padre Salvatore Lo Bue. Devo dire che entrambi gli interventi sono stati illuminanti e con l'aiuto dei commissari e soprattutto con la riflessione che faremo in Ufficio di Presidenza decideremo come procedere. Terremo rigorosamente conto dei vostri suggerimenti e della vostra testimonianza che per noi è molto importante.

Credo inoltre, come suggerito dal senatore Saccomanno, che per noi sarebbe estremamente utile, anche in vista della nostra riflessione in Ufficio di Presidenza, una vostra memoria scritta, in cui precisiate anche degli aspetti che non avete avuto modo di delineare durante l'audizione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,15.