



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 153

**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

159^a seduta: martedì 8 maggio 2012

Presidenza del presidente Ignazio MARINO

I N D I C E**Audizione di rappresentanti del Comitato nazionale StopOPG**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6 e passim	<i>BENEVELLI</i>	Pag. 9
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	11	<i>CECCONI</i>	4, 5
PORETTI (<i>PD</i>)	12	<i>DIGILIO</i>	6
		<i>GONNELLA</i>	8
		<i>MOCCIA</i>	10

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-SU Sindaci-Popolari d'Italia Domani- Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; LegaNord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdotaïne, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I..

Intervengono, in rappresentanza del Comitato StopOPG, i dottori Stefano Cecconi, Luigi Benevelli, Patrizio Gonnella, Francesca Moccia e Girolamo Digilio.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 24 aprile 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

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

Audizione di rappresentanti del Comitato nazionale StopOPG

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione di rappresentanti del comitato StopOPG, nell'ambito dell'inchiesta sulla salute mentale.

Desidero anzitutto dare il benvenuto alla delegazione di StopOPG, composta dai dottori Stefano Cecconi, Girolamo Digilio, Patrizio Gonnella, Luigi Benevelli e Francesca Moccia, che ci raggiungerà tra breve.

L'odierna audizione, deliberata all'unanimità in sede di Ufficio di Presidenza, è volta ad acquisire considerazioni e spunti di riflessione in merito alla riforma, recentemente approvata, in tema di ospedali psichiatrici giudiziari, anche con riguardo agli aspetti attuativi.

Comunico che nella giornata di giovedì della prossima settimana, al fine di integrare gli approfondimenti in ordine agli aspetti attuativi della riforma, avrà luogo l'audizione del Ministro della salute. Il Ministro ha chiesto di essere audito giovedì mattina ed io ho acconsentito, dal momento che, nei rapporti istituzionali con il Ministero, mi è sembrato corretto cercare di selezionare una data compatibile con i suoi impegni di Governo. Il Ministro riferirà circa lo stato di avanzamento della procedura per l'adozione del decreto di esecuzione. La presenza del Ministro potrà però anche essere finalizzata allo svolgimento di quesiti particolari da parte dei senatori in relazione all'amministrazione del Ministero della salute.

Al fine di concedere il massimo spazio agli audendi e alle eventuali successive domande dei commissari, cedo subito la parola al dottor Cecconi.

CECCONI. Signor Presidente, ringrazio anzitutto la Commissione per aver accettato di ascoltarci nella giornata odierna. StopOPG è una coalizione molto vasta, formata da diverse associazioni impegnate nel sociale, il cui elenco è contenuto nel materiale che depositeremo agli atti.

Avevamo chiesto di essere auditi già nel dicembre 2011, prima – quindi – dell’approvazione della legge 17 febbraio 2012, n. 9, in materia di sovraffollamento delle carceri. In quell’occasione abbiamo presentato la campagna «Un volto un nome», dedicata alle persone internate e volta a dare loro identità. La campagna si svolge essenzialmente a livello regionale e territoriale, in quanto il problema che riscontriamo come prioritario, in ragione dell’effettiva possibilità di superare l’esperienza degli ospedali psichiatrici giudiziari, è proprio quello del funzionamento dei servizi di salute mentale nel territorio. Una parte del nostro lavoro si svolge tramite questa campagna, attraverso comitati regionali presenti in tutte le Regioni d’Italia. L’obiettivo è infatti quello di pressare le amministrazioni regionali, le ASL e i DSM, dal momento che i temi per noi centrali sono la presa in carico degli internati e l’offerta di un percorso di assistenza, riabilitazione e terapia alternativo all’esperienza drammatica e negativa, anche dal punto di vista terapeutico, della sicurezza e della custodia disposte all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari o altre strutture.

Avevamo chiesto di essere auditi per presentare questa campagna, che mi pare molto importante, e che continuerà anche dopo l’approvazione della legge n. 9 che, all’articolo 3-ter, dispone un termine di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari che è – ahinoi – assai ravvicinato. Infatti, tra meno di dieci mesi dovrebbero essere chiusi i vecchi ospedali psichiatrici giudiziari.

Cerco di illustrare il senso del nostro intervento. Siamo assolutamente favorevoli all’individuazione di una data certa, oltre la quale non siano più presenti persone all’interno di strutture assolutamente inaccettabili per la nostra società. Allo stesso tempo, tuttavia, siamo preoccupati perché l’applicazione della legge sta avvenendo concentrando l’attenzione dei decisori (Ministero della salute, amministrazioni regionali e Conferenza delle Regioni) sulle strutture individuate in sostituzione degli attuali vecchi sei ospedali psichiatrici giudiziari. Si tratta di strutture che dovrebbero accogliere le persone verso le quali la magistratura dispone misure di sicurezza in luogo dei vecchi ospedali psichiatrici giudiziari. Attualmente la discussione si sta concentrando su questo argomento, essendo in atto l’esame di una bozza di decreto in questa materia (in attuazione del mandato contenuto nel comma 2, dell’articolo 3-ter della legge n. 9).

Tuttavia, ci preoccupa molto l’assenza di un’altrettanto forte attenzione all’organizzazione concreta dei percorsi di presa in carico e di assistenza alternativa al luogo di internamento (sia esso il vecchio ospedale psichiatrico giudiziario, o la nuova struttura così come è delineata dalla legge), rivolti sia alle persone per cui, potenzialmente o tecnicamente, è cessata la condizione di pericolosità sociale, sia alle persone che sono richiamate esplicitamente dalla stessa legge come da dimettere senza indugio. Insisto: le norme esistenti dispongono che i percorsi di assistenza al-

ternativi agli ospedali psichiatrici giudiziari siano attuati anche per gli altri internati, anche per effetto delle sentenze della Corte costituzionale che hanno trattato la materia. Non c'è – quindi – una distinzione così chiara ed inequivocabile: chiunque sia nelle condizioni di essere sottoposto ad un regime assistenziale alternativo alla misura di sicurezza dentro un ospedale psichiatrico giudiziario o strutture similari, può essere destinatario di una presa in carico da parte del DSM, della comunità, eccetera.

La legge n. 9, articolo 3-ter, comma 4, prevede poi i cosiddetti soggetti dimissibili, i quali – anche in questo caso – vengono dimessi se la magistratura ne dispone le dimissioni. Alla luce della letteratura e della documentazione di cui disponiamo, le dimissioni della magistratura sono disposte «a condizione che» e non a prescindere. La condizione è la presenza di un DSM e – poi – di un percorso di assistenza individuale che permettano l'effettiva presa in carico nel territorio. A nostro avviso, questa parte della legge è pregiata e molto importante, in quanto sostiene in tutti i modi i percorsi alternativi agli ospedali psichiatrici giudiziari, sia per i soggetti socialmente non più pericolosi, sia per tutti gli altri internati. Per tali percorsi la legge dispone addirittura un finanziamento specifico, diverso da quello destinato alle strutture: si tratta di un finanziamento in spesa corrente, destinato proprio alle possibili assunzioni per la presa in carico dell'internato. Questa parte della legge è però totalmente ignorata in questa fase e ci tengo che la Commissione lo sappia, in ragione delle azioni che eventualmente vorrà assumere.

PRESIDENTE. È esattamente come lei dice, dottor Cecconi. È previsto uno stanziamento di 55 milioni di euro come spesa corrente annuale, a partire dall'anno 2013. Per il 2012 la somma è invece lievemente inferiore.

CECCONI. È una precisazione assolutamente utile. Questa parte, che noi giudichiamo molto importante, può favorire ed illuminare in altro modo perfino le istituende nuove strutture, che così non diventeranno più quello che noi temiamo possano diventare, cioè dei mini-OPG (*absit iniuria verbis*), con l'aggravante che, aperti in tutte le Regioni, potrebbero diventare addirittura un luogo di ricovero e di custodia anche per altre situazioni *borderline* (quelle transanti dal carcere e così via). Ecco perché abbiamo avanzato alla Commissione, così come ad altre istituzioni (la Conferenza delle Regioni e i Ministeri della salute e della giustizia), una precisa proposta, che abbiamo già inviato e che lasceremo agli atti: intervenire con forza sia rispetto allo stanziamento e al riparto tra le Regioni di questi finanziamenti, per consentire la presa in carico e i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali alternativi all'OPG, sia rispetto ad una questione molto delicata (valutando anche qual è lo strumento tecnico possibile), cioè come sia possibile rendere cogente la disposizione del comma 4 dell'articolo 3-ter, che stabilisce che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico dal DSM. Quest'ultima è una dichiarazione molto importante,

ma non è cogente per il magistrato (questa è una nostra forte preoccupazione). Bisognerebbe trovare una formula che permettesse di trasformare questa importante indicazione (che l'emendamento e poi l'articolo hanno tradotto in legge) in una disposizione certa, proprio per la ragione di cui parlavo prima. Il magistrato potrebbe infatti sostenere che un determinato individuo non è socialmente pericoloso solo se è preso in carico, ma non se è lasciato libero.

La seconda proposta è quella relativa al riparto immediato; ciò naturalmente riguarda la Conferenza Stato-Regioni, il Ministero dell'economia, il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni. Mi riferisco ai 38 milioni per il 2012 e ai 55 milioni per il 2013 da trasferire direttamente ai DSM. Sono risorse molto importanti e non banali, proprio per offrire un'alternativa ad un'attività che altrimenti verrebbe totalmente condotta dentro le strutture. Lo stesso vale per le strutture, che non devono essere necessariamente di nuova istituzione nel senso fisico, ma che potrebbero essere organizzate all'interno di esperienze di accoglienza residenziale che esistono e che sono di qualità.

Segnaliamo una preoccupazione aggiuntiva, anche se non centrale: le bozze di decreto che abbiamo visto fino a questo momento sulle strutture ci preoccupano molto, sia per la parte che immagina di poter affidare anche al privato imprenditoriale la funzione di realizzare e gestire strutture custodiali e di cura così delicate, sia per la parte che riguarda le dimensioni e le caratteristiche di queste strutture, che potrebbero davvero rappresentare – ed insisto nel dire che ciò sarebbe una contraddizione rispetto al lavoro importante che questa Commissione riteniamo abbia svolto – la riproposizione in altre forme di un modello di assistenza e di cura (quella custodiale e di ricovero) che è assolutamente dimostrato, dall'esperienza della legge Basaglia in poi, essere negativo ed inefficace per garantire risposte a cittadini con problemi di salute mentale. Ecco perché abbiamo avanzato questa proposta molto concreta alla Commissione.

Infine, anche se naturalmente non ne discuteremo in modo diffuso oggi, resta aperta la questione relativa all'origine di questa vicenda, cioè all'assetto normativo che sostiene l'istituto giuridico degli OPG. Noi auspichiamo come comitato – ne abbiamo già discusso – un superamento delle norme del codice penale che associano la pericolosità sociale all'incapacità di intendere e di volere, perché creano un mostro, un altro cittadino, un canale parallelo per la giustizia e per la salute. Possiamo anche capire che vi siano grandi difficoltà a modificare immediatamente questa parte della normativa e del codice penale. Però c'è una grande questione che potrebbe essere affrontata, al di là dell'ufficialità: fare almeno coincidere il tempo della misura di sicurezza con il tempo massimo della pena.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Girolamo Digilio.

DIGILIO. Signor Presidente, rappresento l'UNASAM (Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale). Non ho molto da aggiungere a quello che ha detto in maniera esauriente e chiara il dottor Stefano Cec-

coni, quindi mi limiterò ad insistere su alcuni punti che noi riteniamo particolarmente importanti. Vorrei anzitutto rinnovare l'apprezzamento della nostra Unione per l'operato di codesta Commissione. Però, in questa occasione, dobbiamo e vogliamo esprimere la nostra grande preoccupazione per l'emergere nelle Regioni di programmi riduttivi rispetto a quello che pure noi aspiravamo che fosse fatto. Si tratta cioè di programmi che si limitano al semplice trasferimento delle persone attualmente rinchiusi negli OPG in strutture chiuse, spesso a gestione privata, nelle quali non viene affrontato il problema che noi abbiamo messo in evidenza e che il dottor Cecconi ha illustrato molto chiaramente. Noi perseguiamo l'obiettivo della fuoriuscita di queste persone dal percorso di istituzionalizzazione ed anche dal circuito sanitario e della loro inclusione sociale e lavorativa, perché questo può essere fatto.

Vorrei essere anche un po' più radicale, perché dobbiamo sfatare alcuni miti ed alcuni pregiudizi: ciò può essere fatto per quasi tutte queste persone; non esistono persone irrecuperabilmente perdute, ma in tutte c'è una possibilità di recupero, così come c'è una possibilità di ulteriore aggravamento, a seconda dell'*iter* nel quale sono immesse, se si tratta cioè di un *iter* di presa in carico o di abbandono. Questa necessità pone però un problema, relativo al funzionamento dei DSM. Se questi ultimi non funzionano, noi non possiamo fare nulla; il funzionamento dei DSM è in primo luogo il funzionamento dei servizi di comunità, cioè dei centri di salute mentale e delle strutture per la riabilitazione, i quali molto spesso oggi non funzionano. La questione degli OPG e della loro chiusura è parte integrante della questione del funzionamento dei DSM; soltanto affrontando questo problema potremo veramente andare alla radice della questione. Le «carriere» psichiatriche infatti, che di gradino in gradino (perché così è) conducono all'orrore degli OPG, che questa Commissione ha messo in evidenza, e di alcuni SPDC, dove si compiono delle pratiche incredibili (vedi l'SPDC di Vallo della Lucania ed altri), sono la diretta conseguenza del depauperamento dei servizi e della mancata presa in cura da parte loro dei pazienti.

Noi non vogliamo alzare la posta, come qualcuno potrebbe dire; però dobbiamo affrontare il problema alle radici. La mancanza e l'insufficienza dei centri di salute mentale è la vera fabbrica di queste situazioni di degrado umano, che finiscono come abbiamo visto: se ne liberiamo uno, ma non andiamo alla radice del problema, ne avremo poi altri dieci da mettere dentro quelle strutture che si stanno approntando. Non ci sono scorciatoie, questo problema va visto nel contesto della ricostruzione dei DSM, che sono stati decimati con lo smantellamento dei servizi perseguito in questi ultimi dieci anni. A Roma e nel Lazio, ad esempio, siamo al 40 per cento dell'organico; ovviamente non è solo una questione di organico, ma è anche questione di formazione. Il problema va preso di petto; questa è la direzione che noi indichiamo.

Non so se questa Commissione abbia già intrapreso un'indagine sui servizi di territorio (mi sembra di sì), per vedere come funzionano. Non è necessario fare altre leggi; non abbiamo bisogno di leggi o di progetti

di legge più o meno ameni o bizzarri, inventati lì per lì da persone che spesso non conoscono a fondo questo problema. Abbiamo bisogno di fare un piano pluriennale. Non vogliamo tutto e subito: serve un piano razionale pluriennale di ricostruzione dei DSM per arrivare ad una presa in carico. Ciò è necessario affinché non si verifichino più i processi di abbandono da parte dei DSM, ma anche delle famiglie, che spesso non dispongono dell'appoggio e delle informazioni necessarie.

Siamo a disposizione della Commissione per fornire indicazioni su come funzionano le cose sul campo, nonché i dati di cui disponiamo, i quali dimostrano che, là dove la presa in carico è efficace, la gran parte dei pazienti – stiamo parlando di circa il 90 per cento del totale – può essere recuperata ed inclusa nella società civile e del lavoro, così gravando meno sulla collettività. Parliamo di pazienti che sono stati trattati male finora e non già di soggetti presi in carico correttamente fin dall'esordio della malattia. Oltre a contribuire alla salute dei pazienti, riusciremmo in tal modo anche a conseguire una grande economia.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Digilio.

Do ora la parola al dottor Gonnella, presidente dell'associazione Antigone.

GONNELLA. Buongiorno a tutti. Come detto dal Presidente, presiedo l'associazione Antigone, che ha uno sguardo più diretto sul sistema penitenziario. Da ormai 13 anni siamo autorizzati dal Ministero della giustizia a visitare tutti gli istituti di pena e anche gli ospedali psichiatrici giudiziari. Cercherò, quindi, di fornirvi uno sguardo di insieme sulla situazione attuale dei penitenziari, nonché su quelle che potranno essere le 20 strutture nel prossimo futuro.

Come noto, il nostro sistema penitenziario versa in una condizione di evidente collasso, che è ormai sotto gli occhi di tutti e alla quale è stata rivolta un'attenzione anche politica. Le condizioni di vita interna, le condizioni igienico-sanitarie e l'assenza di tutela della salute (dovuta ad un'oggettiva mancanza di risorse e a carenze strutturali) sono elementi che stanno fortemente aumentando il numero delle persone con gravi problemi psichiatrici all'interno degli istituti penitenziari. Ciò sta determinando la creazione sempre più frequente di sezioni di osservazione per persone con problemi psichiatrici, che versano, all'interno del carcere, in condizioni ancora più dure e peggiori rispetto a quelle dei detenuti presenti nelle case circondariali (cioè nelle grandi carceri delle città metropolitane).

Questa situazione ci deve far interrogare su quelli che saranno i futuri ospedali psichiatrici giudiziari e sugli invii provvisori. Vorrei che su questo tema fosse posta attenzione fin d'ora, anche da parte della Commissione, in quanto da ciò dipenderanno il futuro e il funzionamento della riforma. Mi riferisco agli invii di persone che, entrate da detenute nel sistema carcerario, accedono poi al sistema degli ospedali psichiatrici giudiziari in ragione di problemi psichiatrici subentrati durante la detenzione.

Questo è un problema, in quanto, oltre a far crescere il numero delle presenze negli ospedali psichiatrici giudiziari, determina un terreno di confine che viene sottratto al legislatore e al giudice, diventando appannaggio della valutazione amministrativa (mentre richiederebbe, al contrario, una maggiore tutela giurisdizionale).

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Gonnella.

Cedo ora la parola al dottor Benevelli.

BENEVELLI. Mi permetto di fare due brevi osservazioni, visto che il dottor Cecconi ha toccato gli aspetti più importanti e di ordine generale.

Intervengo per segnalare una situazione che si sta verificando, relativa al fatto che il numero dei pazienti rei folli in misura di sicurezza varia da Regione a Regione: in alcune Regioni le persone che versano in queste condizioni sono centinaia, mentre in altre ammontano a pochissime unità. È chiaro che il problema si declina in modo diverso, a seconda che le persone in questione siano 230 o 280, oppure 5 o 10.

Dico questo perché vorremmo che nell'elaborazione della bozza di decreto sugli *standard* delle nuove strutture fosse posta la necessaria attenzione al problema della dimensione delle strutture. Infatti, se bisogna accogliere 300 persone si fa un ospedale psichiatrico giudiziario; quindi, al di là del modo in cui la cosa viene modulata, alla fine diventa un ospedale e si va in contraddizione drammatica con un'importante acquisizione della legge n. 9: la deospedalizzazione dei trattamenti. Occorre poi discutere delle comunità, però – ripeto – questo è un dato che va assolutamente sottolineato e garantito. Se così non fosse, rischieremmo di fare un'operazione che può essere largamente mistificata, con tutte le dinamiche che voi sapete essere in atto.

In un recente convegno tenutosi presso la Casa della Carità a Milano, un magistrato ha detto che questo è un problema degli psichiatri e non loro. In realtà, le cose non stanno proprio così, anche se è vero che se è un problema degli psichiatri il ricostituirsi di dimensioni di tipo ospedaliero, necessariamente di tipo manicomiale, alla fine potrebbe configurare condizioni di trattamenti sanitari obbligatori prolungati per mesi e anni. Ci troviamo in una situazione in cui tutti gli aspetti, che voi conoscete anche meglio di noi, possono soffrire di *vulnus* molto gravi. Tengo a fare questa segnalazione, soprattutto perché c'è un problema di monitoraggio su quanto dovrà accadere nei prossimi anni, attesa l'esigenza di porre molta attenzione sugli aspetti qualitativi di fondo.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Benevelli.

Do ora la parola alla dottoressa Moccia.

MOCCIA. Vi ringrazio anzitutto per l'audizione che ci viene concessa e che aspettavamo da tempo. Condivido quanto i miei colleghi hanno detto. Mi permetto una breve battuta, anche per rafforzare le ragioni per cui Cittadinanzattiva è parte del Comitato nazionale StopOPG e crede in questa battaglia. Cittadinanzattiva ha lavorato e continuerà a lavorare su questo tema, insieme a tutti gli altri soggetti coinvolti. Da anni – da quando presentiamo il rapporto PiT salute – le famiglie e le persone si rivolgono ai nostri servizi territoriali per segnalare difficoltà legate, in particolare, alla carenza dei servizi e al disorientamento nelle informazioni. Come già è stato detto, c'è molto da fare in tema di prevenzione e, quindi, di servizio sul territorio; soprattutto, c'è molto da fare per prevenire quelle «carriere» a cui ha fatto poc'anzi riferimento il dottor Digilio. Ripeto: è molto importante puntare su questo aspetto.

Infatti, ci siamo accorti dell'esistenza di un'enorme disomogeneità tra le Regioni e le risposte dovranno quindi essere diverse a seconda dei territori. Chiediamo di tenere sotto controllo le risposte delle Regioni, anche nell'applicazione di quello che siamo riusciti a produrre (sotto forma di legge, ma non solo) per attenzionare il tema in questo periodo. Quindi mettiamo a disposizione quello che i comitati regionali StopOPG stanno facendo. Di fatto, si tratta di un vero e proprio osservatorio costituito da StopOPG, Regione per Regione, su quello che si è fatto e che si farà nei prossimi mesi e nei prossimi anni. Questo è un valore ed è una risorsa in questo momento per il Paese, per far sì che quel processo virtuoso, per il quale questa Commissione è stata preziosissima, possa andare avanti e produrre dei risultati. Si tratta quindi di aprire un osservatorio su quello che le Regioni effettivamente faranno e su quello che realmente spenderanno. Abbiamo incontrato Vasco Errani qualche mese fa ed abbiamo potuto constatare quale difficoltà c'è e ci sarà nelle Regioni per realizzare ciò che la legge prevede; siamo pienamente consapevoli di questo aspetto. Metteremo pertanto a disposizione questo osservatorio e continueremo a tutelare le famiglie.

Tutela per noi vuol dire non solo assistenza, informazione ed orientamento, ma vuol dire altresì tutela legale, perché pensiamo che anche questa sia una strada necessaria. Produrre delle sentenze e produrre giurisprudenza su questa materia, in alleanza con le associazioni dei familiari dei pazienti, può rappresentare un ulteriore elemento prezioso per favorire questo processo.

PRESIDENTE. Vorrei spendere qualche minuto per fare alcune precisazioni, che ritengo utili in questo confronto. Abbiamo ascoltato delle sollecitazioni affinché i denari già indicati nella legge e messi a disposizione dal Governo come spesa corrente vengano effettivamente utilizzati sin da subito. Questa è una sollecitazione giustissima. Voi però comprenderete che la Commissione d'inchiesta non ha un potere esecutivo; quello che stiamo facendo – lo stanno facendo tutte le senatrici e tutti i senatori della Commissione d'inchiesta, in occasione di ogni incontro istituzionale e pubblico – è sollecitare l'attività delle Regioni e dei loro servizi sanitari

regionali, affinché questi denari, che sono già spendibili, vengano utilizzati.

Ho colto una preoccupazione per quanto riguarda le caratteristiche delle strutture e la possibilità che vengano affidate al privato imprenditoriale. Questa è stata una preoccupazione anche della nostra Commissione, che ha valutato nuovamente i testi, in una sorta di collaborazione leale tra istituzioni, con il Ministero della salute e con il Ministero della giustizia. Inizialmente in effetti c'erano elementi che giustificavano questo tipo di preoccupazione; tuttavia quel tipo di linguaggio è stato al momento eliminato dalla bozza, che proprio in questi giorni – mentre noi parliamo – dovrebbe essere all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni, in una forma emendata che non contiene nessun riferimento al privato imprenditoriale ed affida tutta l'autorità gestionale ed organizzativa alle ASL.

Infine, per quanto riguarda le dimensioni delle strutture non c'è un'indicazione precisa. Evidentemente c'è del lavoro che deve ancora essere svolto dalle Regioni in sede di Conferenza Stato-Regioni. Al momento comunque c'è un'indicazione del rapporto numerico tra personale e degenti all'interno delle strutture. C'è quindi una misura indiretta, da cui si comprende bene che il numero dei pazienti non dovrebbe superare i 20 individui. Non devo spiegare certamente a voi, che vi occupate di questo tema da moltissimi anni, che una misura rigida non potrà in nessuna struttura sanitaria essere implementata con il rigore, come se fossero le poltrone nella cabina di un aereo; si tratta comunque di un indirizzo rispetto alla dimensione.

C'è ancora un altro aspetto che vorrei precisare. Noi dobbiamo comunque tenere presente che l'obiettivo principale – così come è stato ben sottolineato nei vostri interventi – è quello di dimettere tutte le persone che sono dimissibili. Quindi noi auspichiamo – sulla base del lavoro della Commissione e del confronto con i numeri del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – che il numero dei pazienti di cui stiamo parlando (rispetto a trattamenti, a terapie e a riabilitazioni residenziali) non superi i 500-700 individui all'interno di tutto il contesto nazionale. Questo è il punto in cui ci troviamo ora. Nei confini della nostra *mission*, noi continueremo a svolgere i compiti di sorveglianza e di verifica che ci sono affidati. Ma è evidente che in questo momento tutte le istituzioni devono fare la loro parte; in questa fase è cruciale il lavoro che svolgerà la Conferenza Stato-Regioni nell'approvare o nell'emendare il decreto ministeriale giunto alla sua osservazione.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, anch'io credo che questa Commissione debba fare altro, cioè occuparsi delle inchieste e non della amministrazione attiva. Tuttavia, giacché abbiamo iniziato tale attività, credo che dobbiamo portarla a termine in maniera da risolvere il problema. Reputo che davanti noi, davanti al Ministero e davanti alle Regioni si apra una sfida incredibile. Il problema è infatti difficilissimo, aggravato da quanto diceva uno degli auditi, cioè dalla solitudine di chi opera in queste strutture, dalla solitudine degli ammalati e dall'incremento di certi

disagi di ordine psicologico in questa nostra società (credo che sia proprio la società stessa che produce disagio) e non solo nelle carceri. Voi curate egregiamente questa emarginazione; forse questo è il campo sanitario in cui maggiore è l'associazionismo che collabora, perché le famiglie sentono questo problema. Io, quando ho gestito determinate situazioni, non mi sono sentito solo, ma supportato da un grande associazionismo genitoriale, che è attivo in quasi tutte le Regioni.

Dunque dobbiamo partire bene; questo è quello che dobbiamo assolutamente fare, signor Presidente. Partire bene significa dire no a certi metodi che sono sulla carta in Italia, cioè la distribuzione a pioggia dei soldi (perché così avverrà). Voglio sottoporvi invece questa idea: che ne direste di una rete nazionale? Mi riferisco all'opportunità di collegare queste nuove strutture tramite una rete, come ad esempio bisognerebbe fare per gli *hospice*, tanto per prendere ad esempio una struttura che abbiamo realizzato. Le Regioni in questo campo hanno reclamato la loro competenza e nessuno può dire di no, perché la competenza è esclusivamente regionale. Si potrebbe però pensare di passare dagli OPG (che devono essere assolutamente chiusi) a strutture di tipo sanitario legate in rete sul territorio. Saltiamo pure qualche Regione e facciamo una programmazione temporale, ma non illudiamoci che domani mattina potremo approntare tali strutture nei diversi dipartimenti regionali di salute mentale. Credo che con una rete nazionale potremmo superare il regionalismo esasperato esistente in questo campo ed offrire una struttura di servizio alla comunità nazionale. I numeri saranno poi destinati a cambiare; il Molise oggi ne ha due e domani potrà averne quattro, l'Abruzzo oggi ne ha dieci e domani potrà averne venti. Con la costituzione di una rete nazionale la gestione resta alle Regioni, ma c'è una sorta di reticolo (come dovremmo fare per le eccellenze, per essere chiari), c'è l'ingresso dell'ammalato, del disagiato o del condannato in una rete di ordine nazionale, in cui esiste veramente una solidarietà che può esprimersi. Pensiamoci e vediamo se è possibile realizzare questa ipotesi, che sottoporremo anche al Ministro.

PORETTI (PD). Non ho domande da fare e credo che le precisazioni del presidente Marino servano a voi, come a noi, per cercare di capire meglio come dare attuazione al provvedimento approvato in Senato.

Sin dall'inizio, le vostre preoccupazioni sono state anche le nostre e le mie, in particolare. Una volta approvate, le norme vanno poi seguite con estrema attenzione; ciò è vero sempre, ma soprattutto in questa materia e relativamente all'argomento che stiamo trattando.

Nel ringraziarvi per la vostra disponibilità a condividere con noi il lavoro che state facendo a livello locale, vorrei lanciare un appello, che è rivolto soprattutto a noi, membri della Commissione e al suo Presidente. Occorre ritornare all'inchiesta madre, da cui abbiamo preso le mosse per giungere – poi – all'inchiesta più piccola al suo interno, quale quella relativa agli ospedali psichiatrici giudiziari. Come ha detto il Presidente dell'UNASAM, l'inchiesta madre si occupava di andare alla radice del problema. Infatti, ci sarà sempre un problema di codice penale che produrrà

degli internati, così come ci saranno sempre coloro che avranno dei disturbi psichiatrici in carcere e che potranno essere inviati. Quindi, finché non si metterà mano a questo si potranno sempre produrre degli internati e ci sarà bisogno di ospedali psichiatrici giudiziari.

Ricordo che l'inchiesta madre era volta a capire perché si producono così tanti internati, visto che molti di essi non avrebbero in realtà ragione di essere: infatti, se ci fosse stata un'assistenza territoriale adeguata, molti degli internati degli ospedali psichiatrici giudiziari non lo sarebbero.

Mi appello, quindi, più a noi stessi che a voi, affinché la questione venga seguita con tutta l'attenzione del caso, eventualmente facendoci aiutare da coloro che seguono il tema degli ospedali psichiatrici giudiziari. Ripeto, sarebbe il caso che la Commissione tornasse all'inchiesta madre e, quindi, alla verifica dell'assistenza psichiatrica sul territorio. In caso contrario, possiamo fare quello che vogliamo, ma il rischio è di liberarne uno e vederne entrare dentro altri dieci.

Mi dispiace non siano oggi presenti i relatori. Ad ogni modo, ribadisco che va ripresa l'inchiesta madre, effettuando dei sopralluoghi e raccogliendo le segnalazioni o le notizie che vorrete fornirci. In caso contrario, il rischio è quello di entrare in un circolo vizioso.

PRESIDENTE. Stimolato dalla riflessione testé fatta dalla senatrice Poretti, vorrei fare un commento.

Non ho una formazione specifica nel settore della psichiatria, ma mi rendo conto che alcune delle vostre preoccupazioni e di quelle espresse dal senatore Astore, dalla senatrice Poretti e da altri membri della Commissione in altre circostanze, stanno ad indicare che la questione della salute mentale nel nostro Paese è davvero molto ampia. Essa è così ampia – me ne sono reso conto non da specialista, ma grazie ai confronti con gli specialisti – che molto spesso una questione che a me non sembrava determinante (o su cui non avevo riflettuto abbastanza), come quella della specifica formazione non solo scientifica ma anche umana degli operatori, ha un riflesso diretto e statisticamente rilevante sul numero di contenzioni che vengono eseguite. Infatti, gli operatori stessi ci spiegano che l'operatore anche scientificamente molto preparato, ma umanamente più fragile, ha un naturale timore nell'affrontare un paziente con una psicosi acuta e, quindi, ha la tendenza ad utilizzare più frequentemente strumenti di contenzione. L'idea è che anche la formazione del personale, di cui non abbiamo mai parlato, sia un'altra delle tessere da inserire in questo mosaico così complesso.

Abbiamo sempre cercato di essere presenti con il nostro lavoro, compatibilmente con gli altri filoni d'inchiesta (la Commissione ha infatti altre attività che deve diligentemente portare a termine). È chiaro che siamo orgogliosi di poter continuare ad essere, per l'intera durata della legislatura, un punto di riferimento per le associazioni e, ogni volta che sarà necessario e ci sarà richiesto, cercheremo di dare risposte le più puntuali possibili.

Ringrazio quindi gli intervenuti per l'importante contributo che ci hanno offerto.

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

I lavori terminano alle ore 14,50.

