



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 113

**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

118^a seduta: mercoledì 18 maggio 2011

Presidenza del vice presidente MASCITELLI

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

| | | | |
|--------------------------|----------------|-----------------------------|---------|
| PRESIDENTE | Pag. 3, 12, 17 | <i>ATTENASIO</i> | Pag. 16 |
| BIONDELLI (PD) | 12 | <i>BONDIOLI</i> | 6, 15 |
| PORETTI (PD) | 10, 16 | <i>INTERLANDI</i> | 8 |
| SOLIANI (PD) | 11 | <i>LUPO</i> | 3, 13 |
| | | <i>ORTANO</i> | 16 |
| | | <i>SORRENTINO</i> | 9 |

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

Intervengono il dottor Emilio Lupo, il dottor Luigi Attenasio, il dottor Cesare Bondioli, il dottor Luciano Sorrentino, il dottor Giuseppe Ortano e il dottor Gaetano Interlandi, esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica.

I lavori hanno inizio alle ore 13,45.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 17 maggio 2011 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

Audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale. È oggi in programma la libera audizione di esponenti della Società italiana di Psichiatria democratica.

Per delega del presidente Marino, impegnato in una missione istituzionale, dichiaro aperti i lavori odierni della Commissione d'inchiesta. Sono presenti il dottor Emilio Lupo, il dottor Luigi Attenasio, il dottor Cesare Bondioli, il dottor Luciano Sorrentino, il dottor Giuseppe Ortano e il dottor Gaetano Interlandi. Saluto i nostri ospiti e li ringrazio per l'apporto che hanno inteso dare all'attività della Commissione.

L'audizione è volta, in particolare, all'acquisizione del punto di vista della Società italiana di Psichiatria democratica, in merito alla situazione degli OPG, sia per quanto concerne l'attuazione del DPCM del 1° aprile 2008 sia per ciò che attiene alle possibili modificazioni legislative della materia. Chiedo agli audendi di svolgere una breve relazione introduttiva sugli aspetti di propria competenza, così da lasciare spazio alle domande che i relatori dell'inchiesta, il senatore Saccommano e il senatore Bosone, nonché gli altri commissari presenti vorranno porre.

LUPO. Presidente, illustri senatori, voglio innanzitutto ringraziare, da parte della nostra delegazione e di Psichiatria democratica, il senatore Marino, il vice presidente Mascitelli, e tutti i componenti della Commissione per la sensibilità e l'attenzione mostrata nei nostri confronti e – ci augu-

riamo – per le proposte che andremo a presentare quest’oggi sul delicatissimo ma anche articolato tema degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Sarò breve e, spero, anche chiaro. Al di là di ogni formalismo, siamo stati ben lieti di aver appreso dalla stampa, a più riprese, attraverso le dichiarazioni di senatori appartenenti a questa Commissione e a diversi Gruppi politici, lo spirito di grande coesione che informa la Commissione. È questa la preconditione indispensabile per portare avanti il non facile lavoro che è volto a tutelare, al massimo livello possibile, uno dei diritti fondamentali sanciti dalla nostra Costituzione, quale quello alla salute.

Psichiatria democratica – al di là delle nostre persone – è impegnata da sempre a coniugare il sapere scientifico con le pratiche, a verificare, nei fatti, le proprie proposte con i bisogni reali dei cittadini, a garantire la dignità di ciascuno e di tutti contro ogni forma di esclusione e di stigma, al fine di promuovere l’inclusione sociale ed un reale protagonismo di tutti gli attori in campo. La tenacia fin qui mostrata, anche attraverso le ispezioni e l’ampia documentazione visiva che ne è scaturita, indicano in maniera netta e forte la direzione che la Commissione ha inteso prendere. Su questa scia contiamo di dare un contributo organico per superare definitivamente – presto e bene – gli OPG. Ciò ci conforta grandemente e fa sentire meno sola Psichiatria democratica e tutte quelle realtà associative che per troppi anni sono rimaste inascoltate e pur tuttavia non hanno indietreggiato di un millimetro a difesa di persone cui sono sottratti i diritti fondamentali.

L’esperienza corposa che come operatori in molte parti del Paese abbiamo fatto negli anni della chiusura degli ospedali psichiatrici e della creazione dei servizi territoriali alternativi, nel promuovere cioè processi di deistituzionalizzazione, ci fa dire che a fianco delle forti denunce per le condizioni disumane nelle quali vivono le persone costrette negli OPG è indispensabile avviare *ad horas* un progetto-percorso che sia credibile. Perché lo sguardo dentro gli OPG è uno sguardo lungo, che ci consente di coniugare la progettualità con una operatività che, se costruita con tutte le forze della partita, sarà in grado di fornire risposte individualizzate ed adeguate, e perciò rispondenti agli effettivi bisogni.

Anche Psichiatria democratica pensa come voi che, ad oltre tre anni dall’approvazione del DPCM e delle linee guida per il superamento degli OPG, il tempo sia più che maturo per passare ad una fase di concretezza, dove bisognerà che realtà istituzionali (il Parlamento, la magistratura, le Regioni, i Comuni, le aziende sanitarie) si relazionino tra loro e con il mondo degli OPG, degli internati, dei familiari, dell’associazionismo, del volontariato accreditato, dell’informazione. Pertanto sottoponiamo al confronto ed al dibattito la seguente proposta.

In primo luogo, il Presidente della Conferenza Stato-Regioni deve costituire il punto di coesione e raccordo di tutte le strutture interessate alla dismissione, anche al fine di evitare ritardi nei piani attuativi, affinché nessuno «resti indietro» nelle Regioni dove insistono gli OPG, come in quelle realtà dove gli attuali cittadini ristretti dovranno trovare ospitalità.

In secondo luogo, la Commissione deve richiedere al Governo di fissare, attraverso una disposizione legislativa, la data entro la quale il processo di dismissione dovrà essere completato in tutte e sei le strutture presenti sul territorio nazionale. A nostro avviso, il provvedimento dovrà altresì contemplare il sanzionamento con penalità economiche nei confronti degli enti inadempienti con l'individuazione, se necessario, di commissari *ad acta* (richiesta antica questa, che registriamo con piacere essere stata avanzata anche da alcuni senatori presentatori di una interrogazione) là dove si riscontrassero ritardi nell'attuazione dei programmi.

Ancora, le Regioni devono determinare, a supporto e garanzia dei programmi di dismissione, risorse economiche certe ed adeguate che stabilizzando in bilancio anche le risorse indicate dal Ministro della salute e quelle provenienti dal Ministero della giustizia (quali quelle della Cassa ammende). Stigmatizziamo che in diversi casi le Regioni – così come recentemente denunciato in TV dal senatore Marino – non hanno nemmeno fatto richiesta di questi finanziamenti. In tal modo si potranno garantire, secondo Psichiatria democratica, progetti individualizzati per ciascuna persona interessata, insieme al coinvolgimento attivo di famiglie, istituzioni e strutture di accoglienza fino agli operatori sociali, che dovranno essere sempre ben formati ed in grado di assolvere ai compiti che verranno loro assegnati. Dal punto di vista logistico, dove non sia possibile un rientro in famiglia, pensiamo a piccole strutture di accoglienza, regionalizzate, dove ospitare i dimessi (ribadendo sia l'individualità che la dinamicità dei progetti).

Altra scelta che riteniamo indispensabile è quella di mantenere il coordinamento e la supervisione costante dei progetti attuativi appannaggio del Servizio sanitario nazionale, attraverso le sue articolazioni funzionali.

Da più parti è poi stato rilevato come la mancanza di nuclei operativi nei singoli OPG costituisca elemento di ulteriore confusione e, quindi, di peggioramento degli *standard* assistenziali ed alberghieri amplificando, di contro, la deresponsabilizzazione di ciascuno ed impedendo nei fatti la presa in carico e la conseguente messa in opera di programmi di inclusione personalizzati. L'attuale utilizzo di personale medico, come di psicologi ed infermieri, convenzionato o utilizzato in regime di «lavoro straordinario» (e che perciò espleta il proprio lavoro come seconda o terza occupazione) è anch'esso segnale di deresponsabilizzazione o, comunque, di una tendenza a mantenere attivo un sistema di conservazione dell'esistente piuttosto che favorire una territorializzazione così come la legge prevede.

Pensiamo quindi di raccogliere la vostra approvazione e il vostro sostegno anche alla proposta operativa di Psichiatria democratica di costituire uffici ed *équipe* di dismissione (*task force*) a tempo per ciascuna struttura e in tutti i dipartimenti di salute mentale, quali reali strumenti operativi e di collegamento tra le realtà interne e quelle esterne. Riteniamo, in altre parole, che sarà difficile trovare le case, formare i gruppi ed avere rapporti con le famiglie senza questa osmosi tra dentro e fuori.

La conoscenza maturata nella realtà dei processi di dismissione di grandi ospedali psichiatrici negli anni Novanta ci fa dire che la costituzione di uffici ed *équipe* consentirà di verificare la concreta articolazione del progetto individuale per ciascun utente.

Siamo convinti che questi passi concreti nella direzione della chiusura degli OPG (di tutti, nessuno escluso, perché per noi non esistono OPG buoni, come ieri non esistevano manicomi buoni) contribuiranno a favorire anche nella magistratura una più diffusa riflessione su un'applicazione evolutiva delle misure di sicurezza, di cui esistono già i presupposti giuridici (sapete meglio di noi che ci sono molte sentenze che parlano di misure alternative e che, quindi, non vi è questo automatismo tra la richiesta della pena e l'internamento in OPG). In tal modo potremo ottenere – come recentemente auspicato dal presidente Marino e da altri senatori – la completa eliminazione di quelle procedure che oggi, per talune infrazioni non gravi, hanno finito per «ergastolizzare» (scusate il termine cacofonico che contribuisce però alla chiarezza del nostro pensiero), attraverso la reiterazione dell'istituto delle proroghe, moltissimi cittadini negli OPG, indicando per queste persone un destino diverso da quello attuale della presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari. Solo attraverso una sinergia tra le azioni dei dipartimenti di salute mentale e la magistratura si potrà sviluppare la prevenzione rispetto all'invio in OPG, condizione indispensabile, insieme ai programmi di dismissione, per arrivare alla definitiva chiusura di queste strutture. Sarà indispensabile, insomma, chiudere quel rubinetto che attualmente alimenta gli OPG.

In conclusione ed in ragione anche dei vostri ripetuti e vigorosi interventi sul campo – per i quali tutto il Paese vi ha mostrato gratitudine perché avete svelato, attraverso i filmati diffusi in rete, condizioni disumane terribili, provocando notevole indignazione e rabbia nell'opinione pubblica – vi chiediamo di voler conseguentemente dare, sin da subito, con i poteri propri della Commissione, un segnale forte ed inequivocabile in quelle realtà più compromesse.

Resta inteso che quanti si richiamano a Psichiatria democratica ritengono – anche in questa occasione – che non vi è cambiamento reale se non ci si sporca le mani; siamo perciò pronti a mettere a disposizione la nostra competenza, la nostra esperienza e la nostra organizzazione per conseguire l'obiettivo comune di restituire dignità e giustizia a chi per troppo tempo ne è stato privato.

BONDIOLI. Signor Presidente, desidero riprendere un paio di questioni, già accennate dal dottor Lupo, al fine di sottolineare l'aspetto concreto della nostra impostazione e delle nostre proposte. È forse banale osservare che, dal 2008 ad oggi, stiamo scontando un ritardo e forse soltanto adesso le cose cominciano a muoversi, anche se molto lentamente. Questo ritardo ha ragioni complesse, che voi conoscete meglio di me. Certamente, il meccanismo previsto dal DPCM e dalle linee guida è abbastanza macchinoso e l'ottenimento della regionalizzazione è un traguardo che si raggiungerà nel tempo.

Molto tempo è già trascorso con scarsi risultati, almeno a giudicare dagli stessi dati che ha trasmesso recentemente il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP), di cui credo siate a conoscenza. Di fatto, i movimenti tra i vari istituti per arrivare alla regionalizzazione sono progrediti scarsamente in questi anni e – come sottolinea il direttore generale Ardità – l'attuazione concreta e l'entrata a regime dei bacini è subordinata alla disponibilità di ricezione degli internati da parte delle direzioni interessate; a tal riguardo si segnala che la struttura di Castiglione delle Stiviere non ha dato ancora la piena disponibilità a ricevere gli internati di competenza. È un meccanismo che funziona come una sorta di domino: un passaggio innesca gli altri e fino a quando la situazione non si sblocca non si va avanti.

C'è un altro elemento che credo abbia ostacolato in questi anni sia i trasferimenti sia i progetti di dimissione, sul quale una *task force* – come l'abbiamo chiamata – potrebbe senz'altro produrre un'accelerazione. Il problema è che è difficile dimettere persone quando queste sono nelle condizioni di regressione in cui le abbiamo e le avete viste. Ciò che è apparso nei brevi filmati è più che eloquente. È chiaro che tenere persone per anni, se non per decenni, in condizioni di regressione e di abbandono diventa una difficoltà ulteriore. È impensabile che costoro possano spostarsi in strutture diverse. Pertanto, nel tempo che ancora ci vorrà – e credo si tratterà di anni – per arrivare all'obiettivo della chiusura definitiva degli OPG, deve essere svolto un lavoro di riabilitazione interna. D'altra parte, la nostra esperienza ci insegna che il progetto di dimissione diventa un forte incentivo ai processi di riabilitazione, che non si possono costruire se non in presenza di un simile progetto. Si innesca così un meccanismo virtuoso, che noi abbiamo sperimentato nella chiusura degli ospedali psichiatrici civili.

Il problema delle condizioni interne è grave. Ad esempio, ciò che è accaduto ad Aversa, dove un paziente è soffocato a causa di un boccone di cibo, è un tipico incidente manicomiale, in cui il combinato disposto dell'azione dei farmaci, che possono ostacolare la deglutizione, della mancanza sovente di posate adeguate per tagliare il cibo e dell'aver dei tempi istituzionali per mangiare, può avere queste conseguenze.

Certamente quindi lavorare all'interno delle istituzioni è indispensabile per migliorarne le condizioni. Questo, però, non deve generare l'equivoco, al quale accennava prima il dottor Lupo, di arrivare al punto di dire che le condizioni sono talmente migliorate che il progetto può trovare una ridefinizione. È un rischio che personalmente ho avvertito in varie occasioni. Nel vostro giro di ricognizione avrete riscontrato che le condizioni di Montelupo Fiorentino, la struttura che conosco meglio perché si trova in Toscana, rispetto a quelle di Castiglione delle Stiviere sono difficilmente comparabili: le condizioni ambientali ed alberghiere (vengono così definite, anche se nessuno vorrebbe stare in un simile albergo) di Castiglione delle Stiviere sono certamente migliori. Il problema è che questo OPG è stato considerato un modello; in alcune occasioni è stato addirittura detto che a quel modello dovremmo tendere. Certamente, oggi Castiglione

delle Stiviere è un modello per quanto riguarda la gestione sanitaria e la non commistione tra gestione sanitaria e aspetti di controllo e vigilanza. Indubbiamente, la vigilanza esterna facilita un lavoro interno di tipo più sanitario e riabilitativo, tuttavia anche una struttura come Castiglione delle Stiviere dovrà andare incontro al processo di dismissione, perché è un ospedale psichiatrico giudiziario come gli altri. Quindi, non deve esserci nessuna tentazione e nessun equivoco. Lavorare all'interno e migliorare le condizioni di vita degli ospiti, a parte essere un obiettivo etico assolutamente da perseguire, non deve generare l'idea che, una volta migliorate tali condizioni, ciò possa essere sufficiente.

In secondo luogo, vorrei dire che i processi di dismissione, anche in questa fase, aiuteranno ad aprire una riflessione sugli altri istituti che sono a monte dell'invio in ospedale psichiatrico giudiziario e, in particolare, sugli istituti di tipo giuridico. Alcune sentenze, recenti e non solo, hanno già messo in mora, nella volontà dei singoli giudici, gli automatismi rispetto all'applicazione delle misure di sicurezza. Si sta comunque sviluppando un dibattito tra i giuristi proprio sulla necessità, sulla natura e sulla legittimità della misura di sicurezza in quanto tale. Siccome in questo senso vi sono anche delle resistenze ad abbandonare un istituto del genere, mi permetto di suggerire alla Commissione di ascoltare su questi temi anche dei giuristi. Il problema, infatti, è complesso e da queste sinergie tecniche, sanitarie/psichiatriche e giuridiche, può derivare un miglioramento ed un'accelerazione di tutto il processo.

INTERLANDI. Presidente, vorrei aggiungere due osservazioni. Da un punto di vista legislativo noi siamo in ritardo, perché vi è stata una legge dello Stato che ha chiuso gli ospedali psichiatrici in Italia in quanto anti-terapeutici e generatori di patologia (la cosiddetta sindrome da istituzionalizzazione) e cronicità. Queste strutture dunque sono state chiuse, posto che le autorità le ritenevano non terapeutiche. Rimane, però, la contraddizione degli OPG: come se la salute mentale di un cittadino che ha commesso un reato sia meno importante di quella di un cittadino che non lo ha commesso. Un cittadino che non ha commesso reati viene curato con le terapie più moderne e in contesti terapeutici che lo aiutano a migliorare e a curare i suoi disturbi, poichè l'ospedale psichiatrico, per definizione, è antiterapeutico e genera cronicità. Vi è dunque questa ambiguità, nonché contraddittorietà tra le leggi: esiste una legge che chiude gli ospedali psichiatrici perché antiterapeutici, ma gli ospedali psichiatrici continuano ad esistere sotto forma di istituti giudiziari.

In secondo luogo, non essendoci una volontà per quanto riguarda la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, i dipartimenti di salute mentale, che dal punto di vista legislativo dispongono di tutte le strutture alternative agli OPG (come le comunità terapeutiche e le case famiglia), non ricoverano in queste strutture i pazienti ospitati negli OPG, perché non sono interessati a farlo e perché non c'è una legge che contempli tale obbligo. I dipartimenti di salute mentale non si muovono e, a loro volta, i direttori sanitari degli OPG non premono perché i dipartimenti vadano a

prendere i pazienti di loro competenza territoriale per gestirli sul proprio territorio. Non essendoci delle indicazioni o delle penalità, nel caso in cui un dipartimento non si interessi di un utente del quale è competente per territorio e che è ricoverato in un OPG, non succede nulla.

Dico questo perché circa 15 anni fa, quando ho cominciato a lavorare a Caltagirone, sono andato all'ospedale di Barcellona Pozzo di Gotto e ho visitato i detenuti ricoverati di mia competenza all'OPG. In accordo con il direttore sanitario, abbiamo programmato progetti di dimissione che sono stati realizzati; quindi, come riportato in un lavoro che ho poi pubblicato, il dipartimento di salute mentale nell'arco di 10 anni ha preso in carico nelle proprie strutture residenziali 93 utenti che hanno commesso reati, di cui il 74 per cento proveniva dall'OPG, invece il 26 per cento era sottoposto a misure di sicurezza, gestendoli sul territorio nelle nostre strutture alternative. Inoltre, abbiamo collaborato con il tribunale, con la procura e anche con il medico operante nel carcere affinché fossero attivati dei filtri, in modo da non inviare più detenuti con malattia mentale in OPG: quando si verifica un problema psichiatrico, anche in carcere, si procede al ricovero in SPDC (Servizio psichiatrico di diagnosi e cura) dell'ospedale civile, che è un servizio per acuti.

Per quanto riguarda la magistratura, essendovi due sentenze (n. 253/03 e n. 367/04) della Corte costituzionale, del 2003 e del 2004, dove non è previsto che chi ha commesso un reato debba essere ricoverato automaticamente in OPG, in accordo con alcuni giudici favorevoli a queste sentenze abbiamo chiesto che anziché in OPG i condannati fossero inviati presso le nostre strutture alternative. Abbiamo quindi posto questi due filtri, interfacciando sia con il tribunale che con il carcere. Praticamente, abbiamo fatto a meno dell'OPG. Chiaramente, sarebbe meglio se vi fosse una normativa che prevedesse la chiusura di tali strutture, anche perché i costi degli OPG sono enormi e non giustificano la loro esistenza, senza contare i danni che provocano, dal momento che anziché migliorare le condizioni psicologiche dei detenuti le peggiorano e, quindi, fanno spendere dei soldi inutilmente. Nel DSM di Caltagirone, molti detenuti affetti da malattia mentale scontano la pena nelle nostre residenze psichiatriche (case famiglia e comunità terapeutiche). Da questa esperienza pratica deriva la considerazione di una normativa che impone ai DSM l'obbligatorietà delle prese in carico dei pazienti di competenza territoriale ricoverati in OPG. A loro volta, gli OPG sono scissi dai dipartimenti e, di conseguenza, alcuni detenuti, che hanno finito di espriare la pena e non sono riconosciuti neanche socialmente pericolosi, continuano a rimanere in OPG soltanto perché nessuno se ne interessa e non vi è una legge che obblighi chi di competenza ad interessarsene. Questa è la mia esperienza, Presidente, che metto a disposizione della Commissione.

SORRENTINO. Signor Presidente, nei precedenti interventi sono stati toccati gli aspetti tecnico-legislativi: è necessario modificare le norme per diminuire o comunque filtrare gli ingressi in OPG e cercare di trovare

delle possibilità di sistemazione adeguata per le persone che hanno commesso gravi reati.

Ciò che voglio mettere in evidenza è il problema dei costi. L'ospedale psichiatrico giudiziario è molto costoso ed è pertanto una struttura che deve essere superata; le alternative che proponiamo, come dimostrato dai dati, nel tempo risultano sicuramente meno costose. Nella fase iniziale di trasferimento della cura e dell'assistenza sul territorio di competenza ci saranno ovviamente delle spese aggiuntive perché la struttura manicomiale rimarrà ancora integra, con tutto il personale necessario. Tuttavia, con un programma e fondi vincolati, che devono essere dedicati a questo obiettivo, si potrà arrivare, allo stesso modo in cui si è arrivati al superamento degli ospedali psichiatrici, alla creazione di strutture che dal punto di vista economico costano un terzo di quelle oggi esistenti. In questo momento non deve spaventarci l'aspetto economico; sappiamo infatti che con un adeguato progetto di superamento di tali strutture e con l'istituzione di forme territoriali di assistenza (i dipartimenti di salute mentale hanno già simili strutture), nel tempo si otterrà sicuramente un risparmio.

PORETTI (PD). Signor Presidente, desidero anzitutto ringraziare i nostri ospiti per i loro interventi e le loro proposte. Condivido l'idea di una *task force* per ogni OPG: può essere un buon modo per riaprire i contatti tra questi mondi chiusi che sono gli OPG ed i dipartimenti, l'esterno, che in qualche modo fino ad oggi sono rimasti scollegati. Al di là del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, che avrebbe dovuto mettere in comunicazione il personale degli OPG (gli psichiatri, i medici e gli infermieri) che, non facendo capo al Servizio sanitario nazionale, rimaneva completamente scollegato dal mondo esterno, dai dipartimenti e dall'assistenza territoriale, la *task force* può essere un metodo di grande aiuto, peraltro già testato con gli ospedali psichiatrici civili. Vi chiedo però di specificare come può intervenire la nostra Commissione; sappiamo infatti che la sanità dipende quasi esclusivamente dalle Regioni e, quindi, è davvero complesso provare ad intervenire.

Avete poi rilevato come qualche operazione, anche dura e d'impatto, andrebbe fatta in particolar modo sulle strutture più fatiscenti, se vogliamo utilizzare un termine molto *soft* rispetto alla realtà. Si tratta infatti di strutture che andrebbero chiuse, da qualsiasi punto di vista. Tuttavia, quando la ASL si è recata, ad esempio, a Montelupo Fiorentino, non è riuscita a chiudere l'OPG perché si è creato un meccanismo tra DAP, TAR e quant'altro, che ha finito per bloccare tutto. Vorrei perciò capire cosa ci suggerite in pratica: l'adozione di un provvedimento per mettere i sigilli ad OPG come l'istituto di Montelupo Fiorentino o l'istituto F. Saporito di Aversa?

Per quanto riguarda i costi elevatissimi degli OPG, vorrei un chiarimento per comprendere meglio quanto accaduto; quando fu fatta la cosiddetta legge Basaglia e si decise di chiudere gli ospedali civili, come mai gli ospedali psichiatrici giudiziari rimasero fuori? È evidente che allora sfuggì qualcosa, dal momento che ci avete detto che chi è stato condan-

nato per un reato o chi è stato prosciolto ed è comunque finito nel circuito degli OPG potrebbe essere assorbito dalla rete esistente (comunità terapeutiche e – aggiungo io – reparti psichiatrici all'interno delle carceri). Parliamo di piccoli numeri di internati negli OPG, la cui presenza tuttavia tende a giustificare l'esistenza di tali strutture.

Vorrei quindi capire come smantellare gli OPG. Il DPCM per il momento non è servito perché non è imperativo, non chiede cioè la chiusura, ma la territorializzazione; non dice di chiudere gli OPG. Credo quindi che sia importante comprendere perché gli OPG sono rimasti fuori dalla legge Basaglia.

Temo inoltre che l'aver lasciato tutto quel settore di medicina e di psichiatria alle dipendenze del Ministero della giustizia abbia ulteriormente scollegato la sanità e l'assistenza sanitaria. È importante capire cosa è accaduto, posto che per chiudere una struttura e superarla occorre sapere quali sono stati finora i freni che lo hanno impedito. Tirare fuori i circa mille internati che ancora giustificano l'esistenza degli OPG sarebbe un modo per non rendere più giustificabile la presenza di queste strutture. Anche dal punto di vista storico ritengo utile capire tutto ciò: conoscere le cause di un problema e rimuoverle è infatti un modo per affrontare l'attualità.

SOLIANI (PD). Signor Presidente, ritengo che un'occasione come questa ci consenta di fare il punto della situazione, pur con una certa rabbia: il tempo scorre, passano gli anni, cambiano le maggioranze, ma nulla accade. Ci sono responsabilità politiche, gestionali, professionali e ce ne sono altre anche fuori. Ad esempio, nella nostra inchiesta non solo abbiamo visitato i pochi OPG, ma abbiamo altresì interloquito con le Regioni e con il Ministero della giustizia; quindi siamo noi i responsabili poiché siamo nelle condizioni di fare il punto.

Vorrei in primo luogo sapere perché non si riesce a sbloccare questa situazione. Quali sono, a vostro parere, i veri interessi, i dati culturali e le inefficienze gestionali? Penso che tutto ciò sia intollerabile; non stiamo parlando di un problema che ha bisogno di una soluzione, ma di una condizione che da molto tempo è intollerabile nella vita del Paese. Dov'è allora che il sistema non ha funzionato e dov'è che ancora non funziona?

Voi ci avete sottoposto delle proposte, dal momento che noi siamo nella condizione, probabilmente, di poter sbloccare tale situazione, sia perché è in corso questa attività di inchiesta della Commissione, sia perché i tempi sono più che maturi. Anzitutto, quindi, è utile farci capire dove sono davvero i problemi; è inutile ripetere frasi fatte perché, in realtà, il cambiamento non è mai avvenuto e non avviene. Tra le varie proposte che avete avanzato ho ascoltato con attenzione quella di non mandare più nessun detenuto negli OPG. Ebbene, questo sarebbe già un primo segnale. Vi chiedo poi di riferirci cosa pensate della possibilità che questa Commissione, in sede di relazione finale, indichi come sbloccare la situazione, non risolvendola immediatamente con la decisione di chiudere gli OPG, ma attraverso passaggi concreti che portino ad un radicale mutamento e

quindi alla chiusura di tali strutture. Le Regioni in cui hanno sede gli OPG non sono molte. Pertanto potremmo concentrare tutti gli sforzi, sia a livello politico sia da parte delle reti civili e anche della vostra associazione, per concentrarci su questi aspetti, avendo finalmente il coraggio di compiere quei passaggi che non sono stati compiuti in passato e la cui assenza ha consentito il permanere di una situazione davvero incivile e intollerabile. Non siamo qui per raccontarci a vicenda la situazione, ma per ribadire che nei prossimi mesi questa dovrà sbloccarsi. L'idea di *task force* operative è molto interessante, ma io ritengo che davvero vi sia bisogno anche di una *task force* di decisione politica. Vi sono degli interlocutori che possono essere di aiuto in questa fase? Senz'altro posso affermare che la Commissione è interessata a perseguire questo obiettivo, dal momento che ha voluto l'inchiesta proprio per arrivare a questi risultati. Sollecito dunque la vostra opinione affinché ci diciate chiaramente dove individuate i nodi della questione: quelli veri, però, non quelli procedurali e burocratici.

BIONDELLI (PD). Presidente, desidero in primo luogo ringraziare gli auditi. Prima dell'avvio di questa inchiesta, e prima che molte persone seguissero una trasmissione televisiva dedicata all'argomento, sugli OPG vi era grande disinformazione. Molte persone, anche nella mia città, che mi hanno contattato ignoravano queste realtà agghiaccianti.

Non ho domande particolari da porre, poiché attendo anch'io una risposta alla domanda sulla legge Basaglia posta dalla senatrice Poretti. Ritengo che pur essendovi in Italia una buona sanità a livello ospedaliero vi siano però ancora enormi criticità a livello territoriale. Questo è un passaggio sicuramente utile, che un Paese civile deve fare e che le Regioni che ospitano gli OPG devono promuovere insieme alla vostra associazione, che è composta di persone competenti. Voi stessi, infatti, affermate che negli OPG non si viene curati, ma ci si ammala e si peggiora.

Una considerazione successiva è che i dipartimenti di salute mentale sul territorio fanno fatica. Noi continuiamo ad avere una buona sanità ospedaliera: dalle Molinette al San Raffaele fino al Policlinico Gemelli, troviamo sempre delle risposte, che possono essere più o meno eclatanti ma sono comunque buone. Sul territorio, però, proprio nei dipartimenti di salute mentale, riscontriamo criticità enormi, dalle quali bisognerebbe uscire anche grazie all'attività di questa Commissione che, a mio parere, ha svolto un buon lavoro, avendo portato alla luce una situazione che nel 2011 era abbastanza sconosciuta. Le Regioni devono attivarsi da subito, con risposte in tempi brevi, ad esempio relativamente ai costi. Certo, possono esservi dei costi immediati, ma a lungo termine le strutture alternative costeranno sicuramente meno di un OPG. Quindi, è necessario avere questa particolare attenzione al territorio, che ancora non risponde, non soltanto per il malato psichiatrico ma anche su altre patologie.

PRESIDENTE. Desidero fare alcune considerazioni che aiuteranno gli auditi ad integrare quanto già preziosamente fornito nelle loro propo-

ste. Voi parlate di omogeneità dei programmi. Alla luce anche della considerazione perfettamente stringente della senatrice Biondelli, secondo la quale noi vediamo nelle realtà regionali delle situazioni che, dal punto di vista dei dipartimenti di salute mentale, sono estremamente diverse, ritenete possibile che in sede di Conferenza Stato-Regioni si possa procedere a una reale omogeneizzazione dei programmi, prima ancora della fase preliminare d'integrazione, per eliminare i divari dal punto di vista delle strutture sanitarie tra le diverse Regioni?

Il secondo aspetto che mi ha colpito, ripreso anche dagli altri colleghi, riguarda la tempistica. Il dottor Bondioli ha parlato di un periodo di anni (e questo ci ha messo in uno stato di allerta), poiché una nuova allocazione dei pazienti nelle strutture territoriali comporterebbe prima un processo interno di riabilitazione. Quindi le chiedo, dottor Lupo, se potete fornirci qualche ulteriore chiarimento e suggerimento in questo senso.

Il terzo e ultimo punto riguarda la preoccupazione, che non è tanto nostra ma soprattutto delle Regioni, circa le risorse necessarie per la chiusura degli OPG, alla luce della nuova distribuzione territoriale dei pazienti. Siamo d'accordo con voi sul fatto che nel lungo periodo le risorse saranno certamente compensate, anche dal punto di vista dei costi particolarmente consistenti degli OPG. Voi ritenete che in questa fase di transizione le risorse saranno contenute o, sulla base della vostra esperienza, vi sarà un dispendio economico più consistente da parte delle Regioni?

LUPO. Signor Presidente, cercherò di essere breve e di dare delle risposte operative. Innanzitutto, voglio fare una considerazione di carattere politico, soprattutto come cittadino. Se questa misura non la attuerete voi, non la attuerà nessuno. Per questo motivo ci siamo affannati e prodigati, vi abbiamo scritto e abbiamo pubblicato articoli sui quotidiani. Questo spirito di coesione, oltre al fatto che in questa Commissione siedono molti medici e persone che, *de visu*, hanno constatato ciò di cui parliamo, ci porta a dire che se non sarete voi a realizzare questo intervento difficilmente la situazione potrà cambiare.

La questione della Conferenza Stato-Regioni – che appare paradossale perché proprio noi, che siamo stati citati per molti anni come i più anti istituzionali, siamo poi coloro che maggiormente difendono i processi istituzionali (mi riferisco, ad esempio, alla problematica relativa ai tempi) – è a nostro avviso fondamentale. Se, ad esempio, si chiude Montelupo Fiorentino e non Barcellona Pozzo di Gotto, non si blocca soltanto quest'ultima struttura ma si blocca l'intero meccanismo. Pertanto o si attua questo processo virtuoso o non si riuscirà a fare nulla.

Sempre per cercare di dare delle risposte concrete, ricordo che una ventina d'anni fa la ASL di Napoli – che aveva due manicomi, il Bianchi e il Frullone, che non erano proprio hotel a cinque stelle – creò degli uffici speciali di dimissione, in cui erano presenti psichiatri, personale amministrativo e un ingegnere, che avevano rapporti con i sindaci dei paesi che avevano pazienti nei manicomi, gli assessori e le istituzioni che dovevano materialmente dare una sistemazione ai pazienti che dovevano

uscire. Ad esempio, per l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, così come per quello di Secondigliano, ex Sant'Eframo Vecchio, il DSM ha mandato da poco dei suoi medici, adottando una misura che ritengo seria. In gran parte, però, ad Aversa e a Secondigliano, o c'è personale straordinario o ci sono medici che fanno altri due o tre lavori. E voi pensate che con medici che sono presenti in queste strutture 20 ore a settimana si possano fare progetti individualizzati o si possa parlare con i sindaci? La vostra autorevolezza – che, a mio avviso, non ha nessun altro soggetto e lo dico perché ne siamo convinti – dovrebbe perciò essere volta a sollecitare la formazione di queste *équipes* di dimissione, che credo possano creare tranquillamente le aziende sanitarie.

Per quanto riguarda le risorse, rilevo innanzitutto che non sono stati chiesti i fondi messi a disposizione dal ministro Fazio. Ricordo inoltre che la legge finanziaria del 1994 stabiliva che gli OPG dovevano essere messi a reddito e, soprattutto, che i soldi seguivano i pazienti. I fondi che si spendono negli OPG – che, per essere ottimisti, sono soldi buttati – devono essere riconvertiti. Il dottor Sorrentino ricordava che c'è una spesa d'investimento che però finirà e che sicuramente sarà meno onerosa, secondo me da subito, di quella per gli ospedali psichiatrici giudiziari. Vi è perciò anche un problema di risorse.

Per quanto riguarda la legge n. 180 del 1978, ricordo che all'epoca la competenza era esclusivamente del Ministero di grazia e giustizia laddove attualmente c'è una competenza condivisa con le ASL. Quando vi siete recati negli OPG avrete riscontrato – un po' come accadeva con le ASL, dove chi era più «tosto» finiva per comandare – che se manca la sinergia tra ASL e Ministero di giustizia tutto si risolve in un passaggio di carte. La nostra richiesta invece è volta a dare dei segnali forti. Il familiare di un paziente psichiatrico, dopo le vostre indagini ed i servizi trasmessi, mi ha fatto notare che se un detenuto normale resta un minuto di più in un carcere civile si scatena l'iradiddio, mentre se un detenuto sta in proroga per 2, 3, 5 o 10 anni in OPG nessuno si scandalizza. Credo che dobbiamo tutti delle risposte a questo genitore di un paziente psichiatrico grave, che non ha però conosciuto l'OPG, perché ciò che dice è vero; purtroppo, con il regime delle proroghe, di sei mesi in sei mesi, di anno in anno, condanniamo le persone all'ergastolo di cui ho parlato prima.

Per restare sul piano pratico, è necessario dare segnali forti e immediati; credo che il collega Bondioli intendesse dire che noi non vogliamo fare «tutto e subito», ma «presto e bene», preparare cioè le persone ed evitare qualsiasi allarmismo. Ricordo che l'approvazione della legge n. 180 fu accompagnata da articoli che paventavano, per effetto della sua applicazione, una sorta di strage in tutte le città. Questo per fortuna non è avvenuto e quindi credo che tutti abbiamo il dovere di evitare che ci siano falsi allarmi. Ci deve essere però un percorso. Ciò significa che voi dovete dire alle Regioni che se non agiranno di conseguenza chiuderete i cordoni della borsa.

Quindi, a nome di Psichiatria democratica, vi chiedo anzitutto d'intervenire sul Governo perché venga fatto un provvedimento, secondo

quelli che voi ritenete siano i tempi giusti, volto alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro uno o due anni; dopo di che nei confronti delle Regioni inadempienti si applicheranno delle sanzioni: non riceveranno risorse, gli verrà tolto il personale o saranno commissariate. Secondo me se non si agisce così, che è poi quello che fu fatto all'epoca, questa melina durerà in eterno.

Noi vi lasciamo queste proposte che sono dettate dall'esperienza, dalla necessità e dalla convinzione che se non si procede ad inanellare uno dietro l'altro questi atti, il vostro sforzo, che il Paese apprezza molto perché la gente grazie alle vostre denunce ha aperto gli occhi nei confronti di quanti sono seppelliti in queste strutture, non avrà risultati. Ovviamente, a titolo volontaristico, come cittadini di questo Paese e come operatori del settore scientifico, siamo a completa disposizione della Commissione, per quello che è nelle nostre possibilità.

BONDIOLI. Non vorrei che il mio realismo avesse generato del pessimismo nella Commissione. Il processo di chiusura è certamente ancora lungo, ma non eterno. A mio avviso, l'esigenza prioritaria è prevedere un termine, che sia certo e realistico alla luce delle difficoltà passate e di quelle che si stanno attualmente attraversando.

Condivido inoltre le preoccupazioni della senatrice Poretti; alcuni provvedimenti sono di competenza delle Regioni e delle ASL, però, ad esempio, per quanto riguarda la predisposizione di un termine per la formulazione dei progetti di dismissione e la subordinazione ad esso dei finanziamenti, ricordo che oggi come oggi i finanziamenti sono quelli che vengono dal Ministero della giustizia e dal Ministero della sanità e che domani dovranno essere messi nel bilancio delle singole aziende sanitarie. C'è poi il discorso fatto dal collega Sorrentino, relativamente al fatto che se oggi si richiede l'impegno di capitali, la spesa però andrà successivamente a ridursi perché potremo riassorbirla. Porre dei termini in questo senso, quindi, è certamente utile.

Stiamo organizzando, anche come associazione Psichiatria Democratica, un convegno sulla chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Il progetto realisticamente si concluderà entro l'anno prossimo per la parte che riguarda la Toscana (50 detenuti internati). Esistono però situazioni ancor più degradate, se possibile, di quella di Montelupo Fiorentino e anche più distanti (perché i detenuti internati sono circa 1600, mentre 200 sono i dipartimenti di salute mentale presenti su tutto il territorio nazionale). Nel documento trasmesso il mese scorso dal dottor Ardita, si riferisce di un internato trasferito come punizione a seguito di comportamenti non particolarmente gravi. Il suo «reato», che penso di poter riferire alla Commissione, consisteva nella vendita quasi quotidiana, a prezzo di usura, di sigarette; altra sua colpa era quella di confezionare spinelli con l'erba del prato. Ebbene, per tale motivo, è stato trasferito da Castiglione delle Stiviere, dove si trovava dal momento che era originario di Bergamo, a Barcellona Pozzo di Gotto. Questi sono i meccanismi punitivi delle istituzioni: se non posso trasferire il detenuto da un reparto all'altro, allora lo

trasferisco da un'istituzione all'altra. Ma riuscite ad immaginare la difficoltà del dipartimento di salute mentale di Bergamo nell'andare a ritrovare questa persona detenuta a Barcellona Pozzo di Gotto? A meno di non voler trattare questi malati come dei pacchi e, di conseguenza, far intervenire la traduzione o il rilascio da un momento all'altro, non appena arriva l'ordine. Tuttavia si tratta di persone e non di pacchi, e in questo modo il progetto di dimissione avrà maggiori complicazioni, anche se i numeri sono relativi.

Secondo noi, dunque, l'urgenza riguarda la fissazione di un termine, anche perché altri strumenti sono difficilmente praticabili, e la formulazione di progetti per le singole Regioni, almeno per gli internati di competenza. Ogni Regione, attualmente, ha propri detenuti sparsi nei vari OPG. Si sta cercando di perseguire una regionalizzazione, ma il processo è molto arretrato. Ciascuna Regione, però, ha la competenza per formulare questi progetti, di conseguenza subordinare i finanziamenti alla stesura dei progetti rientra, a mio avviso, nelle competenze di un intervento dello Stato.

ATTENASIO. Presidente, dirigo il dipartimento di salute mentale della ASL Roma C. Il 13 maggio scorso si è svolta una giornata dedicata alla ricorrenza del tredicesimo anniversario dell'approvazione della legge n. 180. Questa giornata è stata un contenitore di varie iniziative: abbiamo aperto i lavori con la proiezione del film «La pecora nera» di Celestini e abbiamo dedicato molto spazio alle cooperative sociali.

La senatrice Soliani, che mi dispiace sia dovuta andare via, chiedeva di avanzare una proposta. Ebbene, una proposta potrebbe essere quella di un coinvolgimento delle cooperative sociali, un po' sul modello descritto dal dottor Gaetano Interlandi. Vi sono infatti tante persone preparate, e c'è anche un precariato operante in questo settore. Un coinvolgimento di queste figure su un progetto specifico potrebbe rappresentare una soluzione abbastanza scontata.

PORETTI (PD). Si pensi all'impiego dei beni confiscati alla mafia.

ATTENASIO. Certamente. Oltre ai beni materiali, esistono risorse umane che potrebbero essere utilizzate, con uno sforzo di creatività.

In fondo, la vicenda di Franco Basaglia e della legge n. 180, della quale siamo tutti figli, nasce da un'intuizione e, per citare il titolo di un bellissimo libro di Jacques Monod, «Il caso e la necessità», proprio da un caso che poi diventa necessità. Una volta partiti, non si può più farne a meno. Per questo motivo, avanzo tale proposta, che potrebbe avere un suo risvolto concreto.

ORTANO. Presidente, io non lavoro nell'OPG di Aversa, ma nella Unità operativa di salute mentale di Sessa Aurunca-Mondragone. Da quando la Commissione è venuta in visita presso la struttura di Aversa il numero di internati è diminuito drasticamente: sia perché le Regioni

che non afferiscono più territorialmente ad Aversa hanno portato via diversi internati (a ieri, gli internati erano 230), sia perché gli internati non escono dall'OPG di Aversa soltanto perché muoiono o perché si suicidano, ma perché noi li portiamo via.

Personalmente, ho portato via tutti gli internati afferenti al mio territorio. Uno di questi detenuti, che ha scontato 30 anni per l'omicidio della fidanzata e del medico di quest'ultima, è oggi ospitato nella tenuta «*ex Moccia*», bene confiscato alla camorra in località Maiano di Sessa Aurunca, affidato alla cooperativa sociale «Al di là dei sogni». Purtroppo, la struttura è vicina alla centrale nucleare, ma è comunque una comunità agricola dove le persone sono impegnate in attività lavorative.

Da ultimo, faccio alcune osservazioni rispetto ai costi. Il dottor Lupo ha forse dimenticato di riferire che la Regione Campania ha finanziato dei progetti di uscita dall'OPG, con la delibera n. 858 del 2009, stanziando per ogni paziente 30.000 euro. È una cifra molto bassa, ma con quella siamo riusciti a trasferire i pazienti in queste comunità affidandoli a cooperative sociali. Quindi, la nostra esperienza in questo senso è positiva e può essere tranquillamente riproposta da altre parti.

PRESIDENTE. È evidente che il vostro interessante contributo resterà agli atti dei lavori della Commissione, in modo tale che i colleghi commissari che sono oggi assenti per altri impegni istituzionali avranno modo di prendere un'attenta visione di quanto da voi evidenziato.

Sono sicuro che i colleghi saranno d'accordo nell'accogliere l'invito della senatrice Soliani a far sì che gli spunti più significativi di questa audizione e del vostro contributo siano poi recepiti in maniera forte nella relazione conclusiva della Commissione.

Ringrazio ancora i nostri ospiti e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,50.

