



Senato della Repubblica

XVI LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 71

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

74^a seduta: martedì 22 giugno 2010

Presidenza del presidente MARINO

INDICE

Audizione del direttore e del referente sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (Caserta)

PRESIDENTE	<i>FERRARO</i>
BIONDELLI (PD)	<i>GIAQUINTO</i>
COSENTINO (PD)	
MAZZARACCHIO (PdL)	
POLI BORTONE (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE)	
SOLIANI (PD)	

Sigle dei Gruppi parlamentari: 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, Io Sud, Movimento Repubblicani Europei): UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono la dottoressa Carlotta Giaquinto, direttore, e il dottor Adolfo Ferraro, referente sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (Caserta).

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 16 giugno 2010 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

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

Audizione del direttore e del referente sanitario dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa (Caserta)

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 l'audizione della dottoressa Carlotta Giaquinto e del dottor Adolfo Ferraro, rispettivamente direttore e referente sanitario dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa. L'audizione va inquadrata nell'ambito dell'inchiesta sul funzionamento delle strutture deputate alla cura del disturbo mentale e delle dipendenze, e intende costituire un completamento dell'attività istruttoria già svolta mediante il sopralluogo ad Aversa dello scorso 11 giugno.

Saluto gli audendi e li ringrazio per la collaborazione offerta ai lavori di questa Commissione. Chiedo alla dottoressa Carlotta Giaquinto e al dottor Adolfo Ferraro di svolgere una breve relazione, illustrativa delle condizioni operative dell'OPG (ospedale psichiatrico giudiziario), soffermandosi naturalmente sui profili di rispettiva competenza.

Vi chiedo di limitare a circa otto-dieci minuti il vostro intervento iniziale, in modo che le senatrici e i senatori presenti possano poi eventualmente porre delle domande. Dovremo terminare la nostra seduta alle ore 15; se non ci fosse il tempo o anche la possibilità di dare delle risposte dettagliate alle domande che verranno poste, per noi sarebbe molto

utile ricevere nei prossimi giorni una vostra memoria in cui, in maniera precisa, possiate dare risposta alle domande che verranno poste.

Inizialmente vi pongo i quesiti che sono sorti e di cui alcuni membri della Commissione, in particolare i relatori, hanno discusso dopo il sopralluogo. Innanzi tutto il fatto che durante il sopralluogo è stata riferita alla delegazione una prassi in virtù della quale anche soggetti non più socialmente pericolosi, o con pericolosità grandemente scemata, sono mantenuti in stato d'internamento nell'ospedale psichiatrico giudiziario. Potete confermare alla Commissione l'esistenza di tale prassi e spiegarne le ragioni di fatto e la basa giuridica? Potete fornirci dei dati sulla durata media dell'internamento e sui picchi di reiterazione della misura di sicurezza?

Durante il sopralluogo ci siamo stupiti per la presenza di reparti nuovi, sostanzialmente pronti per l'utilizzo e tuttavia ancora non operativi (apparentemente i lavori di questi reparti sono terminati in alcuni casi da diversi mesi), a fronte di una condizione di sovraffollamento che io giudicherei intollerabile all'interno della struttura. Potete spiegare alla Commissione per quali motivi i nuovi reparti non possono essere resi operativi?

Ci affidiamo ora alle vostre parole e successivamente alle osservazioni dei commissari.

Lascio la parola per prima alla dottoressa Giaquinto.

GIAQUINTO. La questione che riguarda l'ospedale psichiatrico giudiziario è abbastanza complessa. La prima domanda che il Presidente ha posto circa il numero dei dimissibili, cioè di soggetti non più pericolosi che però continuano a permanere in questa struttura, è purtroppo uno dei problemi più grandi. Esso non riguarda ovviamente soltanto l'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa, ma tutte le strutture di questo tipo, ed è dovuto al fatto che fondamentalmente la magistratura di sorveglianza adotta da sempre questo sistema: non revoca, non dimette i soggetti comunque sottoposti a misura di sicurezza, pur in presenza di una diagnosi che attesta la loro non pericolosità sociale, laddove non sia pronta ad affidarli a qualcuno.

Quindi deve poter procedere all'affidamento alle famiglie o molto più spesso a strutture, ossia comunità o case famiglia, che siano idonee, secondo il giudizio del giudice, a prendere in carico l'affidamento. Ciò non comporta soltanto la disponibilità della struttura, ma anche ovviamente la disponibilità della ASL di appartenenza del ricoverato, la quale è quella che

materialmente poi deve prendersi carico, dal punto di vista economico, dell'affidamento stesso. Questo è un problema che esiste da molti anni.

Ancora oggi nella struttura di Aversa vi sono 65 persone in licenza finale di esperimento, che sono state dimesse: la licenza finale è una misura che si dovrebbe sperimentare sul soggetto negli ultimi sei mesi della misura di sicurezza. Purtroppo, tra queste 65, ce ne sono molte che vi si trovano da molto più di sei mesi: per loro non viene di fatto revocata la misura e rimangono in questa posizione incerta, non definita. Purtroppo esiste una difficoltà anche da parte della magistratura di sorveglianza. Io ho avuto vari confronti con il magistrato di sorveglianza che si occupa della struttura di Aversa; ci sono grandi difficoltà anche da parte della magistratura.

Esiste una sentenza della Corte costituzionale che ha dichiarato parzialmente illegittimo l'articolo 222 del codice penale che prevede l'internamento in OPG proprio nei termini in cui non dà la possibilità di spiare la misura di sicurezza in una struttura diversa dall'OPG (ad esempio, in una struttura dell'ASL). La Corte costituzionale dunque si è espressa, però il magistrato di sorveglianza di fatto non ha modo di cambiare la sua decisione, di internare il detenuto in una ASL piuttosto che in un OPG, perché nessuna norma lo impone e perché in realtà poche ASL

sono disponibili a stanziare fondi in assenza di una norma che glielo imponga.

Con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, dovrebbe essere cominciato un percorso in questa direzione (ossia l'obbligo per le ASL di stanziare i fondi per l'individuazione di strutture che si prendano carico di queste persone), però ovviamente credo che non sia soltanto questo l'intervento da fare. Secondo me l'intervento dovrebbe essere anche di tipo normativo. Se anche riuscissimo a far uscire i dimissibili, ne entrerebbero sempre degli altri in misura di sicurezza provvisoria dal mondo giudiziario.

L'OPG non si supererà mai senza una norma che preveda l'internamento direttamente in strutture delle ASL, almeno per quei soggetti per cui è prevista una misura di sicurezza non particolarmente lunga, quelli che hanno commesso reati meno gravi. Bisognerebbe già prevedere l'alternativa *a priori*, in maniera che alcuni soggetti non entrino proprio in OPG. Questa è la mia idea; altrimenti il superamento dell'OPG previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 rischia di diventare un obiettivo vano.

Come dicevo, abbiamo attualmente nell'OPG di Aversa una ottantina di persone che sono considerate dimissibili, nel senso che nei loro riguardi

c'è un giudizio di cessata pericolosità sociale; si tratta di soggetti che da un punto di vista psichiatrico e anche sociale non hanno una prognosi di pericolosità sociale e potrebbero essere lasciati. Però al magistrato questa prognosi da sola non basta - almeno al momento attuale - per metterli in libertà vigilata. È molto raro il caso in cui il magistrato concede a questi soggetti la libertà vigilata; la maggior parte delle volte egli vuole una struttura a cui darli in affidamento.

Per quanto riguarda i reparti chiusi dell'ospedale psichiatrico giudiziario, purtroppo devo dire che negli ultimi tempi, di anno in anno, c'è stata una riduzione delle risorse, come in tutti i comparti dello Stato, della pubblica amministrazione; c'è stata una riduzione di risorse sia in termini economici, tra cui quelle destinate alle ristrutturazioni (nel 2009 abbiamo avuto il 50 per cento in meno di fondi rispetto al 2008 per quanto riguarda la ristrutturazione degli edifici), sia di personale.

Ad Aversa abbiamo una carenza di personale fortissima; vi è stata una riduzione del 30 per cento circa dei soggetti che erano in distacco, che erano stati preassegnati ad altre sedi e che però venivano materialmente a lavorare presso la nostra sede.

Uno dei due reparti cui faceva riferimento il Presidente è chiuso a causa di problemi di tipo strutturale: dopo la fine dei lavori, erano state

riscontrate alcune crepe dell'intonaco per cui è stato chiesto uno spicconamento di una parte per verificarne la stabilità.

Un altro reparto effettivamente è quasi pronto, ma non ci è stato materialmente consegnato. Non nascondo però che se anche ci venisse consegnato domani, avrei difficoltà ad utilizzarlo per mancanza di personale. Infatti, con l'arrivo del periodo estivo e l'inizio dei piani ferie sia del personale di polizia che di quello sanitario, incontriamo serie difficoltà a far funzionare tutti i reparti. Del resto, tutto il personale ha diritto alle ferie.

Evidentemente la mia idea iniziale, che era quella di procedere alla chiusura del reparto che avete visitato per primo, quello in maggiore sofferenza per il sovraffollamento ed anche per la particolare tipologia di pazienti che ospita (con patologie gravi sia dal punto di vista psichiatrico che fisico), non è stata percorribile per mancanza di fondi. Mi sono rivolta ai miei superiori per fare in modo che venisse dato seguito alla mia proposta, ma questi, a loro volta, non hanno fatto altro che compilare una scheda relativa ai lavori di ristrutturazione e presentarla ai responsabili di Roma. Insomma, per questi lavori non ci sono i fondi. Di conseguenza, la chiusura di questo reparto non è stata possibile. Avrei preferito procedere ad una sostituzione, aprendo i nuovi reparti e chiudendo quello più vecchio

per assicurare migliori condizioni agli internati, ma ciò, ad oggi, non è stato possibile.

Per quanto riguarda il sovraffollamento, fintanto che perdurerà questo stato di cose e cioè fino a quando tutti i soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentiva verranno rinchiusi in questi 5 o 6 ospedali psichiatrici giudiziari presenti in Italia, anche il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria avrà ben poco spazio per agire. Fino a quando non si comincerà a dimettere i soggetti ritenuti non più pericolosi, non vi sarà modo di evitare il sovraffollamento. Del resto, le strutture sono tutte come Aversa, cioè sono tutte in una condizione di sovraffollamento.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Giaquinto per gli spunti di riflessione e di lavoro forniti.

Dai primi elementi di riflessione mi sembra evidente che la Commissione intende procedere nel suo lavoro per arrivare all'individuazione di una soluzione di un problema che ritiene intollerabile. Mi riferisco al fatto che persone, cittadini del nostro Paese che non sono sottoposti a misure cautelative sono egualmente trattenuti in strutture che, di fatto, somigliano molto - mi sia consentito il termine - a strutture carcerarie. Simili strutture sicuramente - lo dico anche come medico - sono

lontane dall'essere luoghi di recupero dell'equilibrio psichiatrico e fisico proprio per la carenza oggettiva di strumenti e di personale medico. Questi elementi per noi sono molto importanti.

Do subito la parola al dottor Ferraro.

FERRARO. Sono uno psichiatra forense ed ho lavorato dal 1997 come direttore *tout court* nell'amministrazione penitenziaria dell'ospedale psichiatrico giudiziario e, a seguito del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008, sono passato nei ruoli della ASL in ottemperanza appunto a tale decreto. A questo risultato si è giunti partendo da una commissione mista di studio in cui io, all'epoca, rappresentavo la giustizia, mentre altri la sanità, finalizzata a produrre su tutto il territorio nazionale nuovi modelli organizzativi volti ad assicurare una condizione che ritengo assolutamente fondamentale: l'uguaglianza della salute per tutti i soggetti, detenuti e non, e soprattutto per i soggetti rinchiusi negli ospedali psichiatrici giudiziari.

Con riferimento agli argomenti oggi in discussione, è da più di 10 anni che cerchiamo di far presente la situazione di sovraffollamento di queste strutture, anche se in passato lo erano meno. Soprattutto abbiamo cercato di evidenziare come strutture che hanno un'impostazione di tipo

penitenziario o, se preferite, carcerario, non hanno nessun tipo di possibilità - a mio avviso - di esprimere condizioni in grado di avvicinarsi minimamente alla cura. Esse, di fatto, continuano a produrre semplicemente una situazione di contenzione e di chiusura.

Per questo motivo, già negli anni scorsi abbiamo cominciato un lungo percorso che, in qualche modo, cercava, nell'attesa di questo DPCM, di trasformare un luogo di chiusura - un carcere in senso stretto - in un luogo di cura, uscendo dalla condizione di ambiguità sulla quale l'ospedale psichiatrico giudiziario si è in genere basato fin dalla sua origine.

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa è il più antico di tutti; è stato costruito nel 1876 con un semplice decreto amministrativo. Successivamente il codice Rocco e poi l'applicazione di altre norme in materia lo hanno, in qualche modo, stabilizzato.

Ben consapevoli, quindi, della funzione di cura che questo posto deve avere, abbiamo avviato tutta una serie di strategie finalizzate alla cura come obiettivo finale e fondamentale.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'aprile 2008 rappresentava quindi - secondo la mia visione dell'epoca, ma anche, in un certo senso, attuale - il giusto raggiungimento di una condizione fondata: la cura uguale per tutti, detenuti o non, e naturalmente pazienti dell'ospedale

psichiatrico giudiziario. Ma quest'ultimo si basa tendenzialmente - come ho già detto - sull'ambiguità e l'ambiguità nel momento in cui si presenta produce altre ambiguità.

La particolarità di tali luoghi è che mentre in altre situazioni quando esiste un problema basta individuarlo per trovare le soluzioni, nell'ospedale psichiatrico giudiziario nel momento in cui si individua il problema e si trovano soluzioni, queste, a loro volta, producono ulteriori problemi.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che avrebbe dovuto avere questa valenza di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario - condizione alla quale stiamo lavorando da decenni - in realtà ha rappresentato, sotto certi aspetti, un arretramento perché ha diviso fondamentalmente le direzioni in due parti: la direzione penitenziaria e la direzione sanitaria. La direzione penitenziaria, di competenza dell'amministrazione penitenziaria, avrebbe dovuto curare la struttura, gli ambienti e, soprattutto, la sicurezza, mentre la direzione sanitaria, o dirigenza sanitaria o qualcosa del genere (naturalmente vi racconterò anche di questo, se mi verrà consentito) avrebbe dovuto, in qualche misura, occuparsi dell'aspetto della cura delle persone internate.

Mi sia concesso un piccolo passo indietro, anche per rispondere alla domanda del Presidente. Ci è stato chiesto il perché di un numero così

elevato di persone che permane all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari pur non essendo ritenute socialmente pericolose dagli psichiatri. Il motivo sta nel fatto che la pericolosità sociale dipende fondamentalmente da due articoli del codice penale, che ricordo a me stesso: l'articolo 203, che definisce la pericolosità sociale quando è probabile che il soggetto commetta nuovi reati, e l'articolo 133, che riguarda le situazioni sul luogo.

Negli ultimi anni, in particolare nell'ultimo decennio, si è modificata notevolmente la composizione della popolazione internata. Da un punto di vista clinico, le persone che sono entrate in OPG sono tutti soggetti affetti da patologia mentale. Mentre in passato vi sono stati tentativi da parte di soggetti che non avevano questo tipo di problematica ad infiltrarsi in tali circuiti per evidenti vantaggi di natura processuale, in realtà negli ultimi anni i soggetti internati sono tutti affetti da patologia mentale. Ma vi è di più: dai dati in mio possesso aggiornati fino al 2007, prima che avvenisse il mio passaggio alla ASL, risulta che il 13 per cento delle persone internate in queste strutture sono soggetti che hanno commesso un reato particolare denominato «maltrattamenti in famiglia», che, secondo il mio punto di vista, non è propriamente un reato.

Succede che le famiglie, stanche di subire maltrattamenti, trovandosi in condizioni di grande difficoltà, alla fine sono costrette a esporre

denuncia, talvolta anche su suggerimento di qualcuno. Questo implica un ingresso di tali soggetti in un circuito dal quale è difficile uscire: occorre infatti essere dichiarati non socialmente pericolosi. E perché ciò avvenga bisogna rispondere a determinati requisiti.

Tre anni fa, nell'ambito di convegno organizzato in materia, individuammo tutta una serie di indicatori - così li abbiamo definiti - che possono dare l'idea della pericolosità sociale. Si tratta di indicatori interni, come, ad esempio, l'accettazione della terapia (la cosiddetta *compliance*), ma anche esterni, come ad esempio, l'accettazione del soggetto sul territorio. E molto spesso tali soggetti vengono accettati con grandi difficoltà.

Quasi il 50 per cento dei soggetti che si trovano all'interno di queste strutture hanno commesso un reato contro la persona e il 49 per cento (secondo l'ultima statistica) si trova all'interno di queste strutture per un reato «punibile» con due anni di detenzione. Ciò significa che si tratta, per lo più, di reati «bagattellari», cioè di reati non particolarmente gravi: oltraggio al pubblico ufficiale, maltrattamenti in famiglia ed estorsioni in famiglia, come il caso del malato di mente che chiede ogni giorno 10 euro alla mamma per acquistare le sigarette; alla lunga la situazione esplode.

Tutto questo produce, dal punto di vista generale, una sorta di imbuto dal quale questi soggetti non riescono ad uscire, con la conseguenza che rimangono nella struttura un periodo di tempo abbastanza lungo. Ciò è dovuto sia al fatto che le strutture esterne non sono in grado di accoglierli, sia alla indisponibilità del nucleo sociale o familiare in cui è avvenuto il «reato» ad accoglierli. Non dobbiamo, però, tralasciare il motivo più importante: un paziente del genere, che è difficile da gestire, comporta un costo minore per l'ASL di appartenenza nel momento in cui viene ospitato all'interno dell'ospedale psichiatrico giudiziario: una retta di mantenimento che una qualsiasi ASL del territorio nazionale dovrebbe pagare per mantenere un suo paziente viene eliminata nel momento in cui il paziente è internato nell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Questa mattina ho partecipato ad un convegno che si è tenuto presso l'università «La Sapienza», al quale intervenivo con una mia relazione. Un collega di altro ospedale ha presentato una serie di dati economici relativi al mantenimento di questi soggetti: ho scoperto con grande dolore che a Castiglione delle Stiviere, uno degli ospedali psichiatrici nominati per quanto riguarda la funzionalità, un paziente costa 175 euro al giorno. All'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa un paziente costa 15 euro al

giorno. Parlo di dati pubblicati su «Il Sole 24 Ore» poco tempo fa, di cui posso fare avere copia al Presidente della Commissione.

Rispetto a questa sorta di nave dei folli in qualche modo abbandonata a se stessa per quanto riguarda i rapporti familiari e sociali, dopo l'intervento del DPCM citato sarebbe dovuto avvenire l'ingresso dei servizi di salute mentale che, in qualche maniera, avrebbero dovuto accogliere questo tipo di strutture. Tuttavia in Italia, se sei un soggetto affetto da una patologia di mente e commetti un reato, a seconda del posto dove verrai ospitato, sarai curato in modo diverso.

Se vieni ricoverato nell'ospedale di Castiglione delle Stiviere, che è una struttura priva di polizia penitenziaria, dove il costo per ogni paziente è piuttosto elevato, sei trattato in un certo modo. In Emilia Romagna e in Toscana, dove vi sono due ospedali psichiatrici giudiziari, le Regioni hanno realizzato da subito un progetto grazie al quale hanno trasformato, o perlomeno hanno incominciato a trasformare, le strutture in questione denominandole unità complesse di secondo livello (la terminologia corretta con cui esse devono essere individuate). Per Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia, dove vige lo Statuto speciale, la competenza è ancora dell'amministrazione penitenziaria.

Pur lavorando ad Aversa vivo a Napoli, città nella quale vi è un altro ospedale giudiziario e dove - come ben sapete - da circa un anno e mezzo una profonda crisi ha investito l'assistenza sanitaria. Negli ultimi due anni la competenza è passata all'ASL e la struttura non ha ricevuto alcun tipo di riconoscimento, almeno da un punto di vista identificativo. Mentre l'amministrazione penitenziaria continua a chiamare la struttura ospedale psichiatrico giudiziario, sul mio statino paga è invece riportata la dicitura ex ospedale psichiatrico giudiziario. Diventa quindi un problema rilevante l'identità, la quale riguarda non solo chi lavora all'interno della struttura, ma anche chi viene ospitato e alla fine dolorosamente riguarda l'identità dell'intera struttura.

Questa condizione - cercherò di non rubare troppo tempo alla Commissione - ha comportato un intervento dell'ASL competente di appartenenza. Tuttavia, non solo non è stato operato alcun intervento sulla condizione di identità, ma neanche sul riconoscimento o l'ampliamento dei ruoli delle persone che vi lavorano all'interno. Abbiamo ancora alcuni consulenti psichiatrici - otto per l'esattezza - che lavorano in altre strutture e che svolgono nel nostro ospedale un'opera di consulenza per 40 ore mensili ciascuno. Su un totale di 300 pazienti ospitati, ciò vuol dire che

un'ora sola al mese viene dedicata ad ogni paziente e si tratta dell'unico tipo di intervento praticato.

Fino a due anni fa svolgevamo anche una serie di attività riabilitative che attualmente conduciamo con maggiore difficoltà, perché la presenza del penitenziario e quindi il problema della sicurezza alla fine implicano una serie di restrizioni notevoli che non ci permettono una grande possibilità di azione.

L'assenza dell'ASL, che potrebbe in qualche modo accompagnarci nel lavoro, ci rende la situazione ancora più difficile: la missione fondamentale che la struttura dovrebbe avere, ossia quella di eliminare la pericolosità sociale o quantomeno di abbassarla, diventa estremamente difficile.

È ovvio - naturalmente per me - che il vero grande equivoco è nell'individuazione della via di uscita da questo *impasse*: le due grandi strade che si propongono sono quella carceraria (ma io sono dell'opinione che il carcere ammala, non guarisce o non aiuta a guarire) e quella dell'ospedale. Ma se gli ospedali psichiatrici in Italia sono stati aboliti da una legge, come si fa a far diventare l'OPG un ospedale? Ci si trascina quindi sempre in questa ambigua contraddizione.

Il nostro non è un ospedale, un posto in cui fornire una serie di servizi di tipo ospedaliero. Probabilmente un passaggio successivo potrebbe essere quello di interpretarlo come una forma di psichiatria di comunità e, quindi, intervenire con una serie di strumenti - vi sto lavorando, ma sono solo, essendo l'unico medico di ruolo dell'ASL che lavora all'interno di quella struttura, a differenza degli altri che sono tutti consulenti - cercando di organizzare per esempio delle cooperative.

L'assistenzialismo penso abbia fatto in qualche modo il suo tempo, ma anche l'individuazione di questi strumenti diventa estremamente difficoltosa, perché le cooperative dovrebbero operare in strutture esterne e non all'interno dell'ospedale psichiatrico giudiziario e nell'ambito delle strutture esterne ci sono sempre grandi difficoltà a reperire dei luoghi idonei, alcune volte anche per motivi tristemente ideologici.

L'ospedale psichiatrico di Aversa, che è stato uno dei primi a nascere con Napoleone e Murat ai primi dell'Ottocento, ha spazi davvero grandi e dispone di una serie di padiglioni che sono abbandonati. Ho chiesto più volte di averne a disposizione uno per farlo diventare quasi un appoggio per pazienti non più socialmente pericolosi all'esterno.

All'interno della struttura, dal 1998, abbiamo un reparto nel quale non è presente la polizia penitenziaria, nel senso che il reparto è gestito

dagli infermieri e occupato dai ricoverati. Naturalmente abbiamo trovato una grande difficoltà e tuttora la troviamo ad utilizzare altri spazi, perché ci viene risposto che il manicomio è chiuso e non si riapre. Pertanto, anche questo tipo di operazione diventa difficile.

Mi rendo conto di aver occupato troppo tempo con il mio intervento e, quindi, mi fermo con questa ultima considerazione.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri auditi per la precisione e la schiettezza con le quali ci hanno riferito una situazione che desta grande preoccupazione.

Li invito ad inviare alla Commissione, nei prossimi giorni, un elenco dettagliato con i nomi e cognomi dei soggetti che attualmente - uso un termine improprio dal punto di vista giuridico - sono liberabili, ma tuttora internati solo per l'assenza di strutture territoriali idonee a farsene carico. Se possibile, vorremmo che lo corredaste anche con tutti i commenti che riterrete opportuno aggiungere a margine di ciascun profilo personale da voi segnalato.

Ciò rappresenta per il nostro lavoro un elemento davvero prezioso. Vogliamo dare alla nostra Commissione la possibilità di intervenire in modo concreto in aiuto di situazioni che riteniamo non accettabili, al di

fuori - diciamolo pure - non solo della legge ordinaria. Nel caso segnalato siamo francamente al di fuori e molto lontano da quanto recita l'articolo 25 della Costituzione.

MAZZARACCHIO (*PdL*). Credo di aver capito quasi nulla. Il dottor Ferraro è stato fin troppo preciso, talmente preciso per cui il quadro che viene fuori è inconcepibile oggi; risulta addirittura peggiore del famoso manicomio di Aversa di una volta, che tutta l'Italia conosce e credo con lei anche buona parte d'Europa. Dal quadro emerge, mi pare, che non sia cambiato molto. A parte la divisione della parte carceraria (quella è altra questione, che credo non competa a voi), ma la parte assistenziale dal punto di vista clinico e medico non mi pare sia molto diversa da quella carceraria vera e propria: si somigliano moltissimo.

Non so se ho capito bene, per cui il mio intervento è solo per avere qualche chiarimento: al di là degli interessi delle ASL (una ASL può avere i suoi interessi, non c'è dubbio; in questi casi non li dovrebbe avere però ce li ha), non è lei a destinare a quel reparto il paziente. La ASL prenderà atto del provvedimento assunto dall'autorità giudiziaria o non è così? La ASL non dovrebbe avere responsabilità dal punto di vista delle scelte, in quanto non penso sia sua la scelta; è una domanda la mia.

Non credo che la ASL possa destinare il paziente anziché ad una certa sede di cura all'ex manicomio giudiziario; non credo che abbia questa facoltà. È sempre l'autorità giudiziaria che destina il paziente a quelle sedi.

Se così è, però la competenza praticamente non è più della vecchia gestione giudiziaria ma diventa della ASL e quindi quest'ultima avrebbe dovuto adottare i necessari provvedimenti affinché ci fosse un minimo di distinzione tra il manicomio giudiziario e quello che invece deve essere un reparto di cura, un reparto clinico, un reparto di assistenza psichiatrica, che sono cosa ben diversa.

Dal quadro emerge che tutto ciò è inesistente, che praticamente ci troviamo in una situazione inconcepibile. Non è che ci sono alcune carenze per cui si potrà vedere quello che c'è da fare; credo che l'argomento andrebbe affrontato *ab imis*. Non ci sono iniziative particolari da assumere in relazione a qualche disfunzione; qui il problema parte dalle fondamenta. L'aver creato all'interno della struttura un'assistenza di tipo clinico che poi si confonde sostanzialmente con la parte carceraria - non c'è quasi nessuna distinzione - fa sì che questi soggetti, che avrebbero bisogno di un'attenzione maggiore, vengono addirittura trascurati rispetto ai malati che sono curati nei reparti ordinari.

Se voi confermate tutto questo, ha ragione il Presidente a dire che la situazione è molto grave. Sarà necessario capirne tutti un po' di più e mettere le cose per iscritto, se è possibile, in modo che ognuno di noi possa approfondire l'argomento e vedere insieme le iniziative che si possono seriamente prendere. Qui non si tratta di iniziative isolate o minimali ma di iniziative molto serie che dovrebbero affrontare dalle fondamenta l'argomento.

BIONDELLI (*PD*). Signor Presidente, purtroppo non sono stata sul posto e quindi non ho potuto giudicare personalmente, però ho degli elementi per capire in che condizioni si trovano queste strutture.

Lei ha già detto quale può essere il primo passo avanti importante: le persone che potrebbero essere dimissibili sono circa 80 e quindi potrebbero tornare alle proprie famiglie oppure essere in nuove strutture.

I nostri ospiti hanno segnalato una carenza di risorse economiche e una gravissima carenza di personale, ma i colleghi ci hanno riferito di condizioni abbastanza drammatiche in cui si trovano queste persone malate e detenute; non si sono limitati a dirci che non sono assistite in modo eccellente o almeno discreto.

Vorrei allora rivolgere ai nostri ospiti questa domanda: non vi siete posti il problema che questi malati hanno bisogno di più assistenza; che non si tratta solo di fare segnalazioni ma anche di prendere dei provvedimenti pesanti, per poter dare sostegno a persone che comunque non possono vivere in condizioni del genere, di scarsa igiene e con poche cure?

Avevate anche persone in contenzione?

GIAQUINTO. No.

BIONDELLI (PD). In ogni caso questa, secondo me, è la cosa più grave: al di là delle risorse economiche e delle risorse di personale che non avete, comunque alla fine queste persone erano lì. Qualcuno andava preso e tirato per la giacca; che sia l'assessore o che siano altri, andava portato lì a rendersi conto di una situazione che non può andare avanti.

POLI BORTONE (UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE). Nella seduta precedente abbiamo ascoltato una relazione abbastanza sconcertante rispetto proprio alle condizioni igienico-sanitarie anche minime e - perché no - anche all'aspetto umano. Sulle condizioni di igienicità, ma anche

soprattutto sull'aspetto umano, penso non sia solo un problema di quantità di personale ma anche di qualità del servizio che si può o si vuole offrire a questi particolari ammalati. Questo aspetto penso varrà la pena approfondirlo anche in altri momenti.

Piuttosto, la Campania - se ricordo bene - è una delle Regioni commissariate per la sanità, il che vuol dire anche una maggiore speditezza di rapporti con la struttura commissariale. Non avete partecipato - e in che modo, se si - alla redazione di un piano di rientro del *deficit*? Nel partecipare al piano di rientro, non avete voi esposto al commissario la gravità della situazione? In che forma vi è stato risposto, che tipo di quantità e di qualità di interventi vi è stato assicurato?

Siccome dobbiamo razionalizzare sempre le risorse (di questo siamo ultra convinti tutti) e sentivo che parlavate di otto consulenze, ma quanto costano otto consulenti? Piuttosto che avere otto consulenze, che sono comunque sempre dei rapporti di lavoro molto vaghi e incerti soprattutto in una situazione del genere (credo non siano utili ai fini del recupero di una persona; parlo impropriamente, però mi sembra abbastanza logico pensare che sia così), non sarebbe più utile agli stessi costi avere dei rapporti di lavoro più stabili?

Mi rivolgo soprattutto a lei, dottor Ferraro, nella convinzione che in tal modo si potrebbe arrivare ad avere un rapporto diverso con l'ammalato, che abbia anche una conclusione più felice di quanto non possa avere un'ora di consulenza con una persona che può tranquillamente essere cambiata e che quindi non stabilisce con l'ammalato neanche un rapporto di fiducia, che credo sia la base essenziale in una situazione del genere.

Da parte del commissario che cosa vi è stato risposto al riguardo? Siete stati mai consultati, vi è stato mai domandato di che cosa avevate bisogno, visto che la sanità penitenziaria è passata al Servizio sanitario nazionale?

COSENTINO (PD). Vorrei sapere in quali Regioni, anche a costi maggiori, sono maturate esperienze di trasferimento o dimissione dall'ospedale psichiatrico per l'avvenuta creazione di strutture territoriali come, ad esempio, le case-alloggio di pertinenza dei dipartimenti di salute mentale. Pongo tale quesito perché credo che in alcune Regioni italiane del Centro-Nord esse rappresentano un po' la risposta positiva che consente di guardare avanti e di gestire la legge Basaglia.

Questa Commissione ha incontrato a Trieste alcuni dirigenti del dipartimento di salute mentale ed ha avuto modo di osservare un diverso modo di organizzare i servizi sul territorio.

La domanda, allora, è la seguente: rispetto alla struttura dell'ospedale psichiatrico, per i pazienti non più socialmente pericolosi (che però potrebbero ridiventare tali se affidati nuovamente alle famiglie) è possibile ipotizzare la creazione di alcuni servizi territoriali e di strutture quali, ad esempio, le case-famiglia, e la presa in carico dei pazienti da parte dei dipartimenti di salute mentale? È già stato fatto? Vi è questa possibilità? Esistono esperienze del genere in altre Regioni del nostro Paese?

E per quanto riguarda i pazienti sottoposti a regime carcerario - perdonatemi il termine forse inappropriato - in regime di protezione è ipotizzabile (o forse utile) una definizione di linee guida che definiscano gli *standard* minimi nel rapporto tra cura e competenze residue di protezione, linee che rappresentino, sotto certi aspetti, un vincolo all'iniziativa delle Regioni o comunque un atto di indirizzo, in questa fase difficile del dopo trasferimento in cui, come spesso accade in Italia, chi trasferisce se ne lava le mani e chi riceve pure?

PRESIDENTE. Prima di dare la parola alla dottoressa Giaquinto e al dottor Ferraro, ricordo che per la Commissione sarebbe importante l'acquisizione di una relazione scritta.

Desidero anch'io porre un quesito, che scaturisce in parte dal dibattito odierno.

Vorrei sapere se avete delle spiegazioni con riferimento alle osservazioni mosse dalla senatrice Poli Bortone in ordine alla situazione sanitaria in Campania.

Chiedo, inoltre, per quale motivo in una struttura come quella di Castiglione delle Stiviere è tuttora in corso un esperimento che prevede un tentativo di recupero dei pazienti in assenza della polizia penitenziaria, mentre questo non è possibile in altre strutture italiane (probabilmente esiste una diversa applicazione dei regolamenti e delle disposizioni del Ministero). Anche su questo argomento vi chiedo di rispondere, se potete oggi oppure in altra sede, facendo pervenire alla Commissione la risposta per iscritto, perché per noi è molto importante.

GIAQUINTO. Sono direttore e referente sanitario dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Aversa da circa due anni. Appena ricevuto l'incarico mi sono mossa subito con le sollecitazioni; inizialmente il mio interlocutore era

esclusivamente il dottor Ferraro in quanto lavoravamo nella stessa struttura; successivamente ho interessato anche il dipartimento di salute mentale e, infine, il commissario straordinario. Sono stata anche tacciata pubblicamente di essere una che non si fa i fatti suoi, nel senso che non penso all'aspetto penitenziario, bensì all'assistenza sanitaria. Questo perché mi sono veramente battuta, e le relazioni che ho inviato lo testimoniano. Ho segnalato che gli psichiatri sono dei consulenti - rispondo alle osservazioni mosse dalla senatrice Poli Bortone poco fa - e quindi non idonei a prestare l'assistenza psichiatrica necessaria. Ho fatto presente che sono pochi e che non è prevista un'assistenza H24, altra cosa grave (i sanitari vengono tutti di mattina).

A parole il dipartimento di salute mentale si è sempre detto d'accordo con le mie osservazioni sui consulenti e sulla necessità di prevedere degli psichiatri a tempo pieno, ma di fatto non è intervenuto alcun provvedimento in tal senso.

Ho segnalato che non c'era sufficiente personale di assistenza (parlo di operatori socio-assistenziali). Quando si parla di condizioni umane e di condizioni igienico-sanitarie si parla del campo di azione di quel personale, che dovrebbe essere massicciamente impiegato a fianco dei ricoverati e degli internati. Il personale che presta assistenza, i cosiddetti OSA

(operatore socio-assistenziale), sono quelli che aiutano materialmente i soggetti non abili, quelli che non hanno la capacità di provvedere alla propria igiene e di badare a sé stessi. Quindi sono le persone che dovrebbero destinare il tempo maggiore all'assistenza materiale di questi ammalati. Personale di quel tipo da noi praticamente non esiste: ci sono soltanto tre persone; ho vergogna anche a dirlo.

Dopodiché, a seguito di varie sollecitazioni, è stato inserito un certo numero di OSA che avrebbe dovuto integrare il personale esistente, ma detti operatori prestano assistenza presso di noi in regime di straordinario, quindi soltanto quando residua del tempo alla loro primaria attività, che si svolge altrove. In sostanza, queste persone vengono qualche volta di mattina, così le tre unità che abbiamo diventano quattro, ma la domenica o il pomeriggio gli OSA non esistono. Di conseguenza, gli ammalati sono completamente abbandonati a se stessi; veramente guai se non ci fosse la polizia penitenziaria, sotto certi aspetti. Ancora oggi io utilizzo i piantoni, cioè inserisco dei detenuti, degli internati lavoranti, che vengono retribuiti e che fanno gli infermieri per gli altri internati.

Queste sono le condizioni in cui ci troviamo ad operare.

POLI BORTONE (*UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE*). Mi scusi, dottoressa Giaquinto, ma che tipo di rapporto di lavoro hanno gli OSA? Con che tipo contratto sono stati assunti? Sono delle cooperative?

GIAQUINTO. Sono dipendenti della ASL che hanno un rapporto di lavoro convenzionale. Lavorano quattro ore al giorno con un rapporto di consulenza.

FERRARO. Sono liberi professionisti.

GIAQUINTO. Ho segnalato tutto questo in più occasioni; sono queste le cose principali che mancano nella struttura che dirigo e che finiscono per determinare le difficoltà nella gestione. Ovviamente il sovraffollamento non fa che peggiorare questa condizione.

Desidero però far presente alla Commissione che non vi è stata alcuna risposta alle mie segnalazioni; il commissario non mi ha mai risposto. Io scrivo, il commissario risponde alla direzione del dipartimento di salute mentale che chiede di nuovo a me o al dottor Ferraro di fornire risposte. In sostanza, è un circolo vizioso ma, di fatto, nessuno prende provvedimenti.

Quindi, venendo alla sua ultima domanda, signor Presidente, e al discorso di Castiglione delle Stiviere, siamo proprio lontanissimi anche da un'idea del genere. La ASL della Campania in questo momento è completamente lontana dall'assumere provvedimenti di questo tipo o dall'investire in tale direzione: non si investe in queste strutture.

Certo, il DPCM citato come obiettivo finale si prefigge il superamento di questa struttura, che quindi non dovrebbe essere così foraggiata, bensì eliminata. Con i tempi necessari bisognerebbe arrivare a creare delle micro-strutture della Regione in cui gestire quei pazienti (nel limite massimo di 40-50) considerati più pericolosi e che, per questo motivo, non possono essere rimessi in libertà. Questo è l'obiettivo del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri: creare una struttura che abbia le parvenze di un ospedale o comunque di una piccola struttura sanitaria.

Vi dirò di più: l'ospedale psichiatrico giudiziario di Napoli (che dipende dalla ASL Napoli 1, quindi nella stessa Regione dell'ospedale di Aversa) ha ricevuto, per i propri ammalati, lenzuola monouso quotidiane, materassi ortopedici e reti ospedaliere. Anch'io ho chiesto quel materiale, ma nessuno mi ha mai risposto. Noi utilizziamo ancora effetti lettercci dell'amministrazione penitenziaria e certamente i materassi non sono

ortopedici, anzi sono di scarsa qualità. Tutto il materiale che si è sempre acquistato per l'amministrazione penitenziaria si continua ad acquistare anche per l'ospedale psichiatrico giudiziario, come per gli istituti penitenziari.

Non è cambiato assolutamente nulla da questo punto di vista. Concordo con chi afferma che quello di Aversa continua ad essere un istituto prevalentemente penitenziario perché, nonostante una serie di sollecitazioni, non è stata ancora fornita una risposta adeguata dei servizi sanitari. Non c'è stata la presa in carico da questo punto di vista.

Il senatore Cosentino chiedeva degli spazi di intervento tra amministrazione penitenziaria e amministrazione sanitaria: ci sono in corso dei protocolli. In verità, il dottor Ferraro ed io, in sede locale, avevamo già cominciato ad applicare un protocollo, che poi però è stato in qualche modo regionalizzato, per cui un osservatorio permanente a livello regionale ha fatto propri i criteri. Esistono alcuni tavoli tecnici di cui noi facciamo parte; stiamo elaborando un protocollo unico nel quale suddividere le competenze delle due amministrazioni e chiarire le loro intersezioni.

Tengo a sottolineare che, in ogni caso, da parte dell'amministrazione penitenziaria, che io rappresento in quella sede, non è stato mai posto in essere un atteggiamento ostile nei confronti della presa in carico da parte

sanitaria, anzi si è verificato il contrario. Tra l'altro, presi l'iniziativa, che è stata poi sposata fundamentalmente dall'ASL e dal dottor Ferraro, dell'eliminazione dei letti di contenzione, che sono stati del tutto eliminati dal gennaio 2009, quindi dopo circa quattro mesi dal mio insediamento. I letti di contenzione non esistono più e non vengono utilizzati in alcun caso.

Alcune iniziative sono state prese anche in modo coraggioso. Di fronte ad una carenza di personale, la contenzione veniva utilizzata come strumento di aiuto, per gestire in maniera più semplice i casi di agitazione psicomotoria. Eppure dal gennaio 2009 lo abbiamo eliminato, per cui il personale, oltre ad essere stato ridotto nel numero, si è visto deprivato di uno strumento che prima era disponibile, sempre nell'intento di essere più umani e responsabili.

PRESIDENTE. Dottoressa Giaquinto, la ringrazio.

Chiedo al dottor Ferraro se intende aggiungere ulteriori considerazioni.

FERRARO. Mi collego a quanto ha testé affermato la dottoressa Giaquinto in merito ai letti di contenzione. Si tratta di una operazione che è iniziata nel 2003 e che ha portato il numero dei letti da 10 ad 1 (quando è arrivata la dottoressa); letti che si è riusciti ad eliminare con grande placidità, attuando

anche una modalità in accordo con gli operatori sanitari che tengono sotto controllo i soggetti che entrano in uno stato di crisi.

In realtà, due considerazioni occorre aggiungere. L'attuale situazione viene denunciata da decenni. La dottoressa Giaquinto vi partecipa da quando è partito il DPCM, ma sono ormai decenni che ufficialmente, attraverso manifestazioni e programmi televisivi, denunciavamo questa situazione. Il che non ha fatto granché muovere il tutto.

Fino a due anni fa abbiamo posto in essere attività trattamentali attraverso una serie di volontari, che oggi sono rimasti in numero esiguo per le maggiori difficoltà che si incontrano nell'ingresso nella struttura. Una struttura carceraria comporta una maggiore difficoltà ai soggetti che vi devono entrare rispetto ad una struttura sanitaria.

Per quanto riguarda il discorso della rete o delle commissioni, occorre affermare che la Regione ha assunto *in primis*, attraverso una serie di persone, le funzioni principali nelle varie commissioni sia regionali che nazionali. Io per esempio, pur lavorando da trent'anni nell'ospedale psichiatrico giudiziario, non sono stato assolutamente coinvolto in alcuna di dette commissioni.

Devo infine aggiungere un'ultima considerazione, indicativa anche di quanto detto dalla dottoressa Giaquinto, e che ritengo assolutamente

significativa. Prima del DCPM avevo la possibilità economica di fare una serie di acquisti di un certo livello, come per esempio di attrezzi medici, lenzuola di carta e materassi; attualmente tutto questo materiale giace abbandonato in alcuni magazzini. Ciò perché appartiene all'amministrazione penitenziaria e dovrebbe essere preso in carico dall'ASL.

La dottoressa Giaquinto, come rappresentante dell'amministrazione penitenziaria, credo abbia scritto tre o quattro volte all'ASL affinché un contabile venisse a farsi carico di questo materiale per distribuirlo (ci sono anche scarpe ed abiti), ma nessuno ha voluto materialmente farsene carico anche solo contabilmente, liberando l'amministrazione penitenziaria. Credo sia passato ormai un anno da quando la dottoressa ha scritto e non si è visto ancora nessuno.

Infine, per quanto riguarda i consulenti, abbiamo da tempo proposto di avere cinque consulenti per 36 ore settimanali piuttosto che otto che lavorano 40 ore. Questo, però, significherebbe farli diventare di ruolo o assumere altre persone e mi è sembrato di capire che in una condizione di commissariamento non si possa procedere a nuove assunzioni, per cui la situazione rimane invariata.

Ho aggiunto queste ultime considerazioni solo per delineare ulteriormente il quadro di una situazione che negli ultimi tempi provoca grande dolore a noi tutti, sia come professionisti che come uomini.

PRESIDENTE. Non abbiamo alcun motivo di dubitare delle affermazioni così importanti fatte dottor Ferraro. Effettivamente di fronte ad una situazione di tal genere, la cui conoscenza è stata acquisita nel corso di un'audizione formale di una Commissione di inchiesta, diventa importante, anzi imperativo farne segnalazione alla Corte dei conti e alla magistratura, perché fatti del genere non dovrebbero mai accadere.

Attendiamo una relazione dettagliata sui punti sollevati dai commissari e, se la Commissione lo riterrà opportuno, vi chiameremo per svolgere un ulteriore approfondimento.

FERRARO. Presidente, mi scusi se la interrompo per una sciocchezza, che deve quindi essere interpretata come tale: faccio presente che, mentre l'amministrazione penitenziaria ha concesso servizio di missione alla direttrice, io sono dovuto venire a Roma, in questa sede, a mie spese.

PRESIDENTE. Dottor Ferraro, ha fatto bene a dircelo, perché gli uffici della Commissione provvederanno a rimborsarle tutte le spese di viaggio che ha sostenuto. Lei non si trova in questa sede per turismo, ma perché è stato invitato ufficialmente da una Commissione di inchiesta che non ha alcuna difficoltà a farsi carico - lo ripeto - delle spese del viaggio.

Vi ringrazio nuovamente per la vostra partecipazione e dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'inchiesta è rinviato ad altra seduta.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

POLI BORTONE (*UDC-SVP-Aut:UV-MAIE-IS-MRE*). Presidente, intervengo brevemente solo per segnalare che alcuni quotidiani di oggi riportano articoli riguardanti fenomeni di corruzione nel settore sanitario della regione Puglia. Viene perfino citata una conferenza stampa che legittimamente è stata tenuta ieri dal PDL sui conti della sanità.

Si tratta dell'anticipazione di una pesante interrogazione parlamentare con la richiesta da parte di un parlamentare europeo di svolgere un'indagine.

Mi chiedo, quindi, se dobbiamo attendere la sollecitazione di un partito, che peraltro ha un suo relatore all'interno di questa Commissione di inchiesta, rispetto ad una situazione che stiamo sollecitando ormai da vari mesi.

Auspico che, nella prossima seduta, possa essere svolta una relazione in merito a che cosa è accaduto negli ultimi 10 anni a questa parte nella sanità nella regione Puglia.

PRESIDENTE. Senatrice Poli Bortone, evidentemente non conosco l'articolo; magari possiamo acquisirne una copia in modo che possa leggerlo. Spero di darle qualche elemento di rassicurazione nella direzione che lei giustamente indica dicendole (forse è sfuggito nella comunicazione, ma credo di averlo detto nello scorso Ufficio di Presidenza) che nella giornata di domani, mercoledì, assieme ai due relatori dell'inchiesta incontrerò il procuratore capo della Repubblica di Bari. Questo incontro era stato chiesto già da diverso tempo dai relatori e anche dalla Commissione affinché poi i relatori potessero disegnare il percorso successivo dell'inchiesta.

Quindi non ho alcuna difficoltà a dirle che la settimana prossima porteremo certamente in Commissione il piano ulteriore dell'inchiesta nella

Regione Puglia sul sistema di corruzione (usiamo questo termine) all'interno del Servizio sanitario nazionale.

È un nostro impegno che abbiamo preso nelle precedenti sedute giustamente anche su sua sollecitazione. Proprio perché vorremmo proseguire nel modo più edotto possibile, abbiamo convocato il procuratore per domani. Quindi la settimana prossima ragionevolmente credo che i relatori saranno in grado di disegnare il percorso ulteriore.

SOLIANI (*PD*). In riferimento all'audizione precedente, è possibile in corso d'opera, una volta che si siano acquisiti gli elementi, anziché attendere la relazione finale sull'indagine, intervenire per esempio direttamente, segnalando non solo alla Corte dei conti ma anche al commissario straordinario sulla sanità della Regione perché immediatamente sblocchi la situazione?

PRESIDENTE. Assolutamente sì, senatrice Soliani. Non essendo questo un Ufficio di Presidenza, era mia intenzione discutere nel prossimo Ufficio di Presidenza la convocazione - che immagino la Commissione approverà - del responsabile della ASL e del responsabile degli aspetti che riguardano il dipartimento di giustizia, da cui dipende l'ospedale psichiatrico giudiziario

di Aversa nonché, come la stessa senatrice Poli Bortone ha evidenziato, il commissario della regione Campania. Evidentemente ci sono inadempienze davvero gravissime. Stiamo parlando - lo ripeto ancora una volta - di una gravissima violazione dell'articolo 25 della Costituzione. Non si possono tenere persone in un regime che di fatto è di detenzione, se non ci sono gli elementi di giudizio per poterlo fare.

I lavori terminano alle ore 15,10.