



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 85

**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

88<sup>a</sup> seduta: martedì 19 ottobre 2010

Presidenza del presidente MAZZARACCHIO

**I N D I C E****Audizione del dottor Luca Bigalli**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 8 e passim		
BOSONE (PD) . . . . .	11	BIGALLI . . . . .	Pag. 3, 7, 8 e passim
PORETTI (PD) . . . . .	11, 12		
SACCOMANNO (PdL) . . . . .	9		

---

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Futuro e Libertà per l'Italia: FLI; 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.*

*Interviene il dottor Luca Bigalli.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,05.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 13 ottobre 2010 si intende approvato.

*SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

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

*COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE*

PRESIDENTE. Onorevoli colleghi, comunico che la seduta plenaria già convocata per la giornata di domani, mercoledì 20 ottobre, non avrà luogo.

**Audizione del dottor Luca Bigalli**

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.

Colleghi, oggi ho l'onore e il piacere di presiedere i lavori della nostra Commissione su delega del presidente Marino, impegnato all'estero.

Abbiamo in libera audizione il dottor Luca Bigalli, medico operante presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino.

Desidero in primo luogo ringraziare il dottor Bigalli per la sua collaborazione e lo prego di fare una relazione sulla situazione dell'OPG presso il quale svolge la propria attività professionale.

Dopo la relazione introduttiva, i commissari – a partire dagli illustri relatori dell'inchiesta, senatori Bosone e Saccomanno – potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni su un argomento di tale importanza, in modo che poi lo stesso audito possa dare le delucidazioni.

Lascio la parola al dottor Bigalli.

*BIGALLI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, colgo l'occasione per ringraziarvi di avermi dato questa opportunità che, nell'ambito dell'indagine che state svolgendo: è una possibilità offerta ad un clinico pratico che lavora come psichiatra nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Mon-

telupo Fiorentino da più di 15 anni. Pochi mesi dopo la specializzazione ebbi questa opportunità e vorrei dire a mio credito – non per autocelebrarmi ma per motivare il mio osare la richiesta di essere sentito da voi – che pochi anni dopo ho rinunciato a due posti a ruolo nel Servizio sanitario nazionale per continuare a lavorare presso l'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo, non certo per profitto o per carriera, ma per quell'attenzione particolare che credo quell'ambito psichiatrico necessiti nonostante tutte le grandi difficoltà, le forti limitazioni e tutti quegli aspetti contraddittori che presenta da anni.

Come si fa a continuare a lavorare per 15 anni in un luogo dove sono ricoverati pazienti impegnativi da molti punti di vista, non solo per la gravità clinica, ma anche per molti aspetti di multiproblematicità bio-psico-sociale (permettetemi il termine tecnico)? La possibilità è stata offerta dal fatto che, nonostante le limitazioni e gli ostacoli, le opportunità terapeutiche sono state in parte raggiunte. Nel 2009 sono stati dimessi 70 pazienti circa, anche se purtroppo gli ingressi sono stati grossomodo dello stesso ammontare.

La gratificazione professionale di riuscire ad operare in condizioni di difficoltà operativa e di poter ottenere dei risultati che hanno permesso un buon reinserimento nella rete sociale sul territorio di questi pazienti è forse quell'aspetto che mi ha permesso – e che ha permesso a molti altri miei colleghi – di continuare a lavorare. Non è che in questi anni siamo rimasti silenti; c'è stata sempre tra noi una riflessione con la ricerca di proposte di modificazione di una struttura ormai così anacronistica rispetto allo *status* attuale della tutela della salute mentale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Però, probabilmente per il basso numero di cittadini ricoverati su tutto il territorio nazionale (circa 1.500 persone); probabilmente per questa connotazione un po' ibrida dove la cura va a braccetto con la custodia e con le esigenze di sicurezza, queste nostre a volte forse troppo flebili proposte non sono andate avanti.

In un momento come questo, in cui alcuni atti legislativi sono in fase di attuazione (mi sto riferendo al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, sul passaggio dell'assistenza sanitaria penitenziaria al Servizio sanitario nazionale), credo che anche la vostra indagine sia un possibile elemento propulsore in più perché questa trasformazione possa avvenire; una trasformazione che dovrebbe avvenire, a mio avviso, con un occhio di riguardo particolare per l'ospedale psichiatrico giudiziario.

Non sto facendo differenze con gli istituti carcerari; anzi, forse le attenzioni sanitarie per tutte le persone che sono in uno stato di restrizione della libertà dovrebbero essere uguali agli standard offerti per le persone in stato di libertà o forse un pochino maggiori. In questo senso: il libero cittadino può scegliere da chi farsi curare, mentre la persona che è in uno stato di restrizione della libertà, anche se ha una possibilità remota di essere assistito da uno specialista o da un medico di sua fiducia, spesso non pratica questa scelta, anche per le difficoltà stesse, per la mancanza di mezzi da parte della persona, a meno che non si tratti di un detenuto o

di un ricoverato in ospedale psichiatrico che ha alle spalle delle buone possibilità economiche.

Ho preparato una scaletta per il mio intervento, che chiaramente utilizzerò anche in rapporto alle vostre auspicabili domande ed a quelli che mi sembrano gli aspetti essenziali da affrontare.

Siamo in una fase in cui probabilmente (uso questo avverbio perché da anni lo sentiamo dire, ma poi la cosa è rimasta lettera morta) ci sono gli elementi concreti perché gli OPG si trasformino in qualcosa di altro, anche se nel processo attuativo degli atti normativi siamo in una fase ancora molto precoce. E questo nonostante siano stati individuati dei bacini regionali di utenza che dovrebbero far capo ad ogni singolo OPG; ad esempio, all'OPG di Montelupo Fiorentino dovrebbero afferire pazienti toscani, sardi, liguri e umbri, ma questo ancora non accade.

In questo momento, una territorializzazione grossolana dei luoghi di ricovero ancora non c'è stata, a causa di logiche (che forse non sta neanche a me illustrare), volte alla ricerca di un riequilibrio delle presenze nei vari ospedali psichiatrici giudiziari secondo una *ratio* penitenziaria e non sanitaria.

Diversi sono gli ostacoli e le limitazioni alla terapia che il clinico di tutti i giorni si trova ad affrontare. Io vi ho parlato dei risultati gratificanti derivanti dalle dimissioni. Probabilmente, se non ci fossero tali limitazioni le dimissioni sarebbero molto più celeri e anche più numerose e la stessa possibilità di recuperare, se non la guarigione, almeno un soddisfacente compenso clinico nelle situazioni più gravi sarebbe molto più concreta.

Diversi sono, secondo me, gli aspetti contraddittori che non fanno ancora di questi luoghi spazi in cui la sanità ha una valenza quanto meno di pari grado con le logiche penitenziarie, anche se, a mio avviso, l'aspetto sanitario dovrebbe addirittura prevalere rispetto alle seconde, ferme restando le necessità di sicurezza quando esse emergono.

Innanzitutto, non esiste quella dimensione dell'accettazione che esiste in ogni ospedale civile, cioè in ogni ospedale esterno. Se un paziente si reca al pronto soccorso necessitando di un ricovero e il reparto in cui dovrebbe essere ricoverato non dispone di posti letto, il paziente viene temporaneamente trasferito all'ospedale più vicino. Nell'ospedale psichiatrico giudiziario, in cui il ricovero è prescritto dal magistrato sulla base di perizie psichiatriche e di atti di vario tipo ed in cui l'assegnazione è stilata dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, il posto letto, se non c'è, va creato ed una situazione di questo tipo deve essere gestita a diversi livelli.

Lavorare con un paziente psichiatrico richiede un intervento di tipo multidisciplinare ad opera di un'*équipe* in cui collaborino diverse figure, ognuna con la propria importanza. Quello dello psichiatra dovrebbe essere un ruolo di raccordo, un ruolo centrale, ma non sempre è così; il sanitario, poi, si ritrova spesso a dover creare un posto letto in situazioni di grossa difficoltà, rischiando anche di persona se individua una ubicazione non adatta al paziente e che possa arrecargli danno. Questo, credo, è il problema iniziale. All'ingresso c'è scritto «ospedale psichiatrico giudiziario»,

quindi è predominante l'aspetto ospedaliero; l'accettazione e un tetto di posti letto credo dovrebbero essere gli aspetti prioritari.

Per quello che so, in Italia solo l'ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere ha questa possibilità, perché ha uno *status* ed una storia particolare. Peraltro, detto OPG dispone anche di operatori a tempo pieno, che hanno così la possibilità di svolgere un lavoro non legato all'amministrazione del quotidiano (un quotidiano che non si dovrebbe amministrare in una situazione di cura).

Queste limitazioni sono sicuramente antiterapeutiche nei confronti dei pazienti. È anche vero che talvolta ci troviamo di fronte a situazioni curiose, interessanti, in cui si creano delle alchimie strane: si stabiliscono relazioni tra pazienti che apparentemente hanno caratteristiche completamente diverse, relazioni che acquistano anche una loro evolutività in senso clinico-migliorativo per l'uno e per l'altro paziente. Situazioni fortunate qualche volta legate a quell'intuito o anche a quella casualità o fortuna che può capitare nella gestione di questo tipo di problematiche; ma non ci si può basare su questo, perché talvolta può succedere altro.

Lavorare in questo ambito, al di là delle gratificazioni iniziali di cui vi ho parlato – poche, ahimè, dovrebbero essere di più – c'è anche il forte rischio di esaurire le risorse terapeutiche degli operatori. Alcuni colleghi negli anni se ne sono andati non perché non avessero interesse e partecipazione al lavoro, ma perché non sono riusciti a tollerare queste difficoltà.

Sempre nell'ambito dell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino, che è la realtà che conosco meglio (le altre le conosco di riflesso attraverso ricoverati che sono stati precedentemente in altri istituti e scambi con i colleghi), credo sia necessario in primo luogo eliminare le condizioni – che alcuni membri della vostra Commissione hanno registrato – di sovraffollamento, di scarsa igiene personale, di carenze strutturali estremamente notevoli tali da fare indignare il senso di civiltà dei cittadini.

In attesa che si arrivi ad una soluzione migliore (spero in un futuro prossimo), credo sia comunque necessario soddisfare delle esigenze più immediate e determinare, innanzitutto, un aumento dei luoghi e degli spazi. Mi spiego sinteticamente: parlo di aumento dei luoghi come aumento degli spazi di degenza. È impossibile convivere in una camera – permettetemi l'eufemismo, perché in realtà si tratta di celle – con altre sette persone in uno spazio in cui un qualunque buon padre di famiglia non sistemerebbe più di quattro posti letto. I luoghi di degenza dovrebbero essere possibilmente caratterizzati da camere singole o doppie; e anche in quelle situazioni in cui è possibile che più ricoverati stiano nella stessa stanza perché stabiliscono tra di loro relazioni particolari ed utili vicendevolmente, comunque si dovrebbero sempre rispettare le cubature *standard* previste per gli ambienti che ospitano più ricoverati.

A mio avviso, dovrebbe esserci la possibilità di avere luoghi di degenza e luoghi di cura (per luoghi di cura intendo gli ambulatori, le infermerie, gli spazi riabilitativi). Ormai da anni abbiamo messo a punto una certa sensibilità nel riuscire a non sovraffollare un'unica infermeria

dove, mentre io faccio i colloqui psichiatrici, il collega internista visita il paziente per le sue patologie somatiche e magari il paziente addetto (assunto lavorativamente con il ruolo di distributore del vitto), entra per prendere i piatti per la distribuzione dello stesso.

PRESIDENTE. Questa parte i colleghi la conoscono. La inviterei a soffermarsi di più sulle criticità e poi magari anche sulle proposte.

*BIGALLI.* È importante che ci siano reparti diversificati; secondo me bisognerebbe distinguere un reparto di accoglienza, un reparto di prosecuzione della degenza e dei reparti per la fase finale della degenza, quando già il paziente accede alle sperimentazioni esterne, oltre ad avere un reparto dove poter gestire le situazioni di emergenza, di scompenso, di regressione del paziente o le situazioni di crisi.

Mi vorrei soffermare temporaneamente sull'accoglienza e sul reparto di acuzie, di crisi, perché credo siano quelli che in questo momento mancano e anche architettonicamente non saprei dove riuscire a ricavarli a Montelupo Fiorentino. Il ricoverato che arriva a Montelupo Fiorentino vi giunge dopo un processo in cui un magistrato ne ha deciso l'invio in un istituto in un regime di restrizione della libertà perché sia sottoposto a cure; è un paziente che spesso può essere in una fase di scompenso, avendovi commesso il reato, e se la fase di scompenso è molto recente, può non essere ancora in completa remissione. Si tratta quindi di un paziente che va conosciuto con attenzione particolare, in un ambiente dove possa anche condividere esperienze simili di pazienti che stanno vivendo lo stesso tipo di esperienza; un paziente che va inquadrato da un punto di vista diagnostico per avviare delle ipotesi di progetti terapeutico-riabilitativi modellati sulle sue caratteristiche cliniche e psico-sociali.

Fra l'altro, è un paziente che vive un momento molto particolare: spesso in questa prima fase prende contatto, più o meno consapevole, ma talvolta in maniera consapevole e lacerante, con i vissuti di colpa legati al reato che ha commesso, grave o non grave che sia; chiaramente la sua vulnerabilità, la sua fragilità psico-patologica lo può far sentire in estrema difficoltà, in estrema ambascia emotiva anche per aver rubato una bicicletta. Si può arrivare in OPG anche per questo: in carcere forse non si andrebbe o ci si starebbe pochi mesi; in OPG si va con due anni di ricovero, accorciabile se le condizioni migliorano.

PRESIDENTE. Quali sono le altre criticità importanti?

*BIGALLI.* Una criticità che mi sta a cuore segnalare è quella di avere un reparto per la gestione delle situazioni di crisi emotiva, di acuzie psico-patologica, di scompenso psichico. Sono quelle situazioni in cui il paziente è a rischio, in preda a una angoscia che si può manifestare con deliri, allucinazioni, stati depressivi; quando può trasformare in agiti la propria angoscia, agiti che possono essere auto od etero-aggressivi. È impossibile riuscire a gestire queste situazioni in spazi estremamente limitati.

Uno degli aspetti che è venuto più frequentemente alla luce nell'indagine che state svolgendo sugli OPG è la contenzione fisica. Se non ci sono spazi adeguati per riuscire ad accogliere con un ascolto attento, rassicurante, partecipe, ma nello stesso tempo autorevole e fermo, le angosce del paziente per farglielo verbalizzare; se non c'è un'*équipe* che sia sempre pronta a questo e se non ci sono spazi di defervescenza, che non sono il letto di contenzione (anche se la realtà è quella), è molto difficile riuscire a limitare questo aspetto così estremo, che è previsto anche nelle linee guida internazionali nei casi di pazienti psichiatrici a rischio di agiti aggressivi o in fase di scompenso acuto, ma è l'ultima *ratio*.

Dei colleghi che lavorano in alcuni servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali...

PRESIDENTE. Abbiamo due brillantissimi relatori che sono esperti di tali questioni e anche gli altri colleghi recepiscono. Vorremmo conoscere le criticità.

*BIGALLI*. Un paio di SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) toscani che conosco, con il rinnovo degli ospedali dove sono allocati, hanno avuto un aumento della superficie a disposizione per il reparto rimanendo con lo stesso numero di posti letto: le contenzioni sono drasticamente diminuite e questo credo sia un dato di fatto importantissimo da questo punto di vista.

Non mi soffermo sulle tipologie di pazienti, che comunque sono pazienti complessi. Non c'è solo la psicopatologia, c'è anche una dimensione talora somatica estremamente compromessa; c'è una dimensione di disabilità che non è solo difficoltà a relazionarsi con gli altri o a riuscire ad operare costruttivamente in un contesto sociale, ma anche una disabilità che li mette in difficoltà nell'ascolto dei bisogni del proprio corpo. L'igiene...

PRESIDENTE. Che altro?

*BIGALLI*. Un'altra cosa importante che vorrei dire è che dovremmo avere gli standard sanitari di strutture analoghe che esistono sul territorio. Per standard sanitari intendo i tempi per la cura e i tempi della cura maggiori per ogni singolo paziente. Per tempo della cura intendo il tempo da dedicare al singolo paziente nei colloqui strutturati, nelle attività riabilitative, nelle visite mediche o nell'assistenza infermieristica, che è un campanello di allarme importantissimo: spesso gli infermieri, che sono pochissimi rispetto ai parametri di presenza di infermieri in un reparto ospedaliero di psichiatria, riescono a sentire i primi campanelli di allarme di una difficoltà e di una crisi.

Importantissimi sono anche i tempi per la cura, cioè quelli volti a verificare nell'*équipe* multidisciplinare a che punto sono i progetti e se è utile e necessario trasformarli in rapporto all'evoluzione del quadro clinico del paziente. I tempi per la cura, però, sono anche quelli necessari per in-



staurare rapporti con i servizi pubblici territoriali, per ricucire i rapporti con le famiglie, che non devono limitarsi al semplice ricevimento familiare nel reparto ospedaliero ma devono contemplare anche l'intervento su alcune dinamiche familiari o suggerire modalità relazionali-familiari diverse; inoltre vanno curati i rapporti con l'esterno in generale, coinvolgendolo nelle sperimentazioni che svolgiamo sul territorio locale e nel centro diurno.

Nell'ospedale di Montelupo Fiorentino io ho in carico 30 pazienti e lavoro nella struttura 80 ore mensili: all'incirca, posso dedicare ad ogni paziente meno di tre ore mensili – qualcuna in più ai pazienti toscani, in base ad un piccolo progetto che si sta portando avanti – nelle quali si svolgono anche i colloqui e si curano i rapporti con i servizi.

PRESIDENTE. Quindi, è anche un problema di personale qualificato?

*BIGALLI.* È un problema di personale e di tempo a disposizione. A Castiglione delle Stiviere ci sono professionisti a tempo pieno; a Montelupo Fiorentino così come negli altri OPG questo non accade.

Mi sembrano questi gli aspetti principali da rilevare. Sicuramente avrete sentito altri responsabili di questa struttura, come di altri ospedali psichiatrici giudiziari, che sono più a conoscenza degli aspetti dell'organizzazione del Servizio sanitario nel suo insieme, ma chi vive tutti i giorni questa situazione in qualità di clinico pratico si trova a scontrarsi con queste difficoltà e con queste limitazioni. E le tre ore scarse dedicate ad ogni paziente non sono mai effettive: chiaramente alcuni pazienti hanno bisogno di maggiori attenzioni e poi le incombenze sono diverse (ad esempio, i servizi di guardia). La distribuzione, se va bene, è gaussiana.

PRESIDENTE. Dottor Bigalli, lei ha dimostrato non solo di conoscere professionalmente e profondamente l'argomento, ma anche di recepire il problema sul lato umano. Credo che questo sia un aspetto molto importante e per questo la ringrazio.

La sua relazione è stata puntuale perché ha elencato perlomeno dieci punti critici alla Commissione e ai relatori, i quali si faranno sicuramente carico di evidenziarli nella giusta maniera nella loro bozza di documento.

SACCOMANNO (*PdL*). Ringrazio il dottor Bigalli per avere richiesto di essere audito da questa Commissione affinché potessimo ascoltare il suo parere di esperto. E lo ringrazio anche per la lettera – che a me piace molto – che riassume quanto ci ha riferito e raccoglie anche uno stato d'animo.

Dopo le tante cose che ci ha raccontato, gliene voglio raccontare qualcuna anch'io. Noi non abbiamo trovato nella nostra inchiesta molte persone così empaticamente coinvolte; anzi, abbiamo trovato persone distratte, lontane, nelle quali l'ipotesi della cura è un dato occasionale, professionale: si timbra, si parla, si va via e tutto si risolve. Questa è la sen-

sazione più forte che abbiamo avuto, che si aggiunge a quella dominante della preoccupazione per le condizioni di sicurezza. Probabilmente poi, a valle di un nostro giudizio forse inadeguato, non sarà nemmeno la sicurezza il reale problema, quanto quello della patologia.

Abbiamo trovato molti pazienti che dal punto di vista patologico avevano compiuto molti passi avanti e che, a nostro avviso, non dovrebbero trovarsi in quella struttura. Per quello che da noi è stato percepito, per quello che abbiamo ascoltato anche dai colleghi medici e per quello che abbiamo potuto acquisire direttamente, pur con tante grandi contraddizioni, molti dei 1.500 pazienti ricoverati non dovrebbero trovarsi dove sono.

Lei ha fatto molte osservazioni in merito all'impegno sanitario e ha evidenziato ciò di cui, secondo lei, ci sarebbe bisogno e che non c'è, soprattutto sotto il profilo della strutturazione sanitaria. Teniamo conto che noi non abbiamo mai trovato una strutturazione sanitaria, non solo nell'ospedale di Montelupo ma anche in tutti gli altri. L'unica strutturazione sanitaria che siamo riusciti ad individuare, peraltro con un certo sforzo, è stata quella dell'ospedale di Castiglione delle Stiviere dove, comunque, non erano presenti le tipologie che lei stesso ci ha descritto.

Già questo è un aspetto singolare, perché nel nostro Paese esistono non solo cittadini di serie A, B e C e detenuti di serie A, B e C, ma anche detenuti psichiatrici che non sono nemmeno di serie A: partono direttamente dalla serie B a scendere.

Nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino la prima percezione che abbiamo avuto è stata che quei soggetti non dovrebbero proprio essere ricoverati in quella struttura. Lo dico a lei, da medico: in quell'ospedale mancano le condizioni di agibilità. Se in una casa in quelle condizioni vivessero dei bambini, perché figli di una mamma povera che per situazioni e vicende varie dobbiamo controllare, noi quei figli glieli toglieremmo. Quei malati però in quella struttura ci rimangono. Il primo impegno che dovremmo assumere è proprio quello di toglierli da lì.

Alla luce delle audizioni dei rappresentanti del DAP e di altri, la nostra intenzione è quella di rivedere totalmente la situazione. Non vorrei rimanere imprigionato in un'idea di riorganizzazione sanitaria che potrebbe sussistere solo nel momento in cui decidessimo che quel modello va mantenuto. Credo che questa Commissione abbia idea di rivedere quel modello.

Se noi stiamo correndo, se l'abbiamo ascoltata, a differenza di quanto possa essere accaduto in passato a causa di impegni diversi, è perché anche sulla base di queste sue affermazioni sulla carenza sanitaria noi ci sentiamo maggiormente confortati nel sostenere che in quella struttura i malati non possono starci: lì non si cura, e questa è una forma di condanna stranissima, peggiorativa dell'essere umano in generale.

Il luogo in cui lavorate è stato da noi percepito come un luogo di non dignità. E mi spavento quando mi si racconta che tra questi disgraziati è possibile addirittura diversificare – immagino in base ad una convenzione con la Regione Toscana – dedicando ai toscani più delle tre ore in media

dedicate agli altri; in questo modo ci sono malati di serie B (quelli toscani) trattati diversamente da quelli di serie C (tutti gli altri), giacché i primi potranno disporre del medico per tre ore e mezza.

Mi auguro che la Regione Toscana riveda la sua decisione, in modo che se una possibilità in più c'è, questa debba essere messa a disposizione di tutti i ricoverati nella struttura, anche dei non toscani.

Noi riteniamo che quei luoghi non siano adatti per l'applicazione di un sistema di cura; riteniamo che l'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo, al di là delle problematiche che intercorrono tra il DAP e l'amministrazione regionale toscana, non possa continuare ad operare nello stesso modo. Anche fossero ricoverati solo due o tre pazienti per camera, le condizioni sono comunque insufficienti: gabinetti aperti, assenza di *privacy* e altro ancora. Tutto questo mi terrorizza.

Superata questa mia opinione, su cui non mi dilungo, vorrei soffermarmi su un aspetto cui lei non ha fatto cenno, dottor Bigalli. Volevo essere presente a questa audizione – anche se non avrei potuto – perché mi aspettavo che lei mi parlasse anche di un altro argomento in particolare. Nell'ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo abbiamo trovato una persona per la quale, per questioni di genere – è un transessuale – la direzione dell'ospedale ha previsto un regime diverso (quanto a libere uscite, rapporti con l'esterno) da quello riservato agli altri detenuti. Le risulta questo? A noi è stato raccontato direttamente.

Mi rivolgo a lei che è il responsabile sanitario. Ritengo che, sotto il profilo della tutela della salute psichica di queste persone, l'isolamento e il peggioramento dei rapporti interpersonali non possano migliorare il loro stato di difficoltà. È diventato un peggiorativo grave il fatto di trattare in un modo estremamente diverso questo soggetto rispetto agli altri. Questo ci è stato documentato e mi ha preoccupato particolarmente. Volevo sapere se ha delle notizie in proposito.

PRESIDENTE. Ora potrà intervenire il relatore Bosone e successivamente la senatrice Poretti però, per evitare di andare oltre i tempi stabiliti, inviterei il dottor Bigalli a fornire per iscritto le risposte alle richieste dei commissari. Questo nell'interesse di tutti quanti; come ha visto il problema è molto avvertito dagli onorevoli senatori.

BOSONE (PD). Ringrazio il dottor Bigalli per averci confermato tante questioni che conoscevamo; è sempre utile avere una riconferma da chi le vive quotidianamente.

Vorrei porre una domanda molto semplice, alla luce di quanto ci ha riferito. Volevo sapere se, secondo lei (è una risposta che richiede un sì o un no), i pazienti psichiatrici, benché autori di reato, possono essere validamente curati nella struttura di Montelupo Fiorentino.

PRESIDENTE. Questo sì o no lo potrebbe dire anche subito.

PORETTI (PD). Lo dovrebbe un minimo argomentare.

PRESIDENTE. In tal caso lo farò per iscritto.

PORETTI (PD). Dottor Bigalli, lei ci parlava delle tre ore in media al mese, che in realtà sembra un po' come la media di Trilussa: come diceva lei, queste tre ore per qualcuno possono diventare quattro, per qualcun altro due; anzi, è probabile che per qualcuno diventino ancora meno di due.

La figura dello psichiatra quanto è presente nell'ospedale psichiatrico di Montelupo? La notte è presente? Il fine settimana è presente? Immagino ci sia una diversificazione. Mi piacerebbe avere gli orari di quando è presente nell'istituto la figura dello psichiatra.

Lei parlava di una possibile riorganizzazione di spazi e di luoghi. Quando è stata ristrutturata a Montelupo l'ala cosiddetta nuova (cioè pochissimo), le celle sono state costruite da quattro. Poi – come si sa – il sovraffollamento carcerario fa il resto, per cui sono diventate da sette o da otto; le celle però sono state costruite *ex novo* da quattro e non da uno, secondo quell'ottica di struttura psichiatrica come la intenderebbe lei. Mi sembra che non si seguano le indicazioni sanitarie, ma piuttosto indicazioni di tipo carcerario.

In ogni caso lei considera quella di Montelupo una struttura che in qualche modo è ristrutturabile oppure – come sostenevano anche altri – da destinare ad altro uso?

PRESIDENTE. Dottor Bigalli, considerato che il tempo a nostra disposizione è terminato, in quanto dovremo liberare l'Aula che ci ospita, le invieremo il resoconto stenografico, così avrà modo di dare un'adeguata risposta ai quesiti posti dai colleghi.

*BIGALLI.* Resto in attesa del resoconto stenografico.

PRESIDENTE. In tal modo lei potrà rispondere tranquillamente e i commissari e i due relatori potranno acquisire tutti gli elementi utili, così che la Commissione poi possa trarre le conclusioni conseguenti.

Ringrazio il dottor Bigalli per il contributo offerto ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'inchiesta ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 14,50.*