



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 66

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

69^a seduta: mercoledì 5 maggio 2010

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

**Audizione di rappresentanti dell'Unione nazionale delle Associazioni
per la salute mentale (U.N.A.SA.M.)**

PRESIDENTE	<i>CANZIAN</i>
BOSONE (<i>PD</i>)	<i>DIGILIO</i>
COSENTINO (<i>PD</i>)	<i>MUGGIA</i>
MASCITELLI (<i>IdV</i>)	<i>TENENTI</i>
POLI BORTONE (<i>UDC-SVP-IS-Aut</i>)	<i>TRINCAS</i>

Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP, Io Sud e Autonomie: UDC-SVP-IS-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.

Intervengono i seguenti rappresentanti dell'U.N.A.SA.M.: Gisella Trincas, Presidente dell'Unione; Girolamo Digilio; Ernesto Muggia; Valerio Canzian; Bruna Tenenti.

I lavori hanno inizio alle ore 14,10.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 4 maggio 2010 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

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

Avverto altresì, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento della Commissione, che è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno.

Se non vi sono obiezioni, il circuito sarà attivato.

(Così resta stabilito).

Audizione di rappresentanti dell'Unione nazionale delle Associazioni per la salute mentale (U.N.A.SA.M.)

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 di rappresentanti dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale (U.N.A.SA.M.). Saluto e ringrazio per la disponibilità la presidente Gisella Trincas e gli altri componenti la delegazione.

Dato il tema della nostra inchiesta, potrà essere utile per la Commissione, e in particolare per i relatori, i senatori Bosone e Saccomanno, acquisire le considerazioni e gli elementi di conoscenza che potranno essere forniti da un'organizzazione rappresentativa di oltre 160 associazioni impegnate nel settore della salute mentale in tutte le Regioni d'Italia.

Invito pertanto la presidente Gisella Trincas a svolgere una relazione introduttiva sulle problematiche oggetto dell'inchiesta, pregandola di

soffermarsi sulle buone e sulle cattive pratiche che la sua organizzazione ha avuto modo di riscontrare attraverso il proprio impegno sul territorio.

A seguire, la relazione potrà essere integrata da altri esponenti della delegazione che intendano intervenire; quindi, vi sarà spazio per le domande e le considerazioni dei commissari.

Do la parola alla presidente Trincas.

TRINCAS. Signor Presidente, in primo luogo desidero ringraziare lei e i componenti la Commissione per l'occasione che ci offrite.

L'U.N.A.S.A.M., che rappresenta 160 associazioni di familiari e utenti dei servizi di salute mentale impegnate in tutte le Regioni, porta all'attenzione di codesta Commissione la condizione di pesante e inaccettabile squilibrio esistente sul territorio nazionale, relativamente alla qualità, organizzazione e diffusione dei servizi di salute mentale.

In gran parte dei servizi territoriali di salute mentale, l'intervento è prevalentemente di tipo ambulatoriale, con visite mediche mediamente ogni due-tre mesi; la cura è centrata sulla prescrizione farmacologica e l'attività preventiva e riabilitativa è marginale. Nella maggior parte dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura si pratica la contenzione fisica, le porte sono

chiuse a chiave e l'intervento farmacologico è massiccio. Il rapporto con i centri di salute mentale, responsabili della presa in cura, non è costante.

La nostra esperienza parte dal riconoscimento della validità del processo di civiltà avviato nel 1978 in Italia con le leggi di riforma sanitaria e psichiatrica, che ha portato solo negli anni 1998-2000 al superamento della gran parte degli ospedali psichiatrici. Tale processo di deistituzionalizzazione non è stato accompagnato dappertutto dalla realizzazione di buoni servizi di salute mentale comunitaria per precise responsabilità e ritardi delle Regioni e del Governo centrale.

È appena il caso di sottolineare che il primo progetto-obiettivo nazionale per la salute mentale fu emanato nel 1994, e metteva in evidenza come la questione della salute mentale e della restituzione dei diritti di cittadinanza alle persone colpite dalla sofferenza mentale non fosse stata affrontata con la necessaria decisione, determinando in primo luogo uno stato di abbandono e di inaccettabile degrado delle condizioni di vita delle persone internate negli ospedali psichiatrici e in secondo luogo una non adeguata organizzazione dei servizi territoriali.

Nel 1999 fu emanato il secondo progetto-obiettivo, con indicazioni ancora più puntuali per le Regioni e le aziende sanitarie locali. Oltre a ribadire la validità del modello organizzativo (il dipartimento di salute

mentale), esso indicava gli obiettivi di salute, gli interventi prioritari, le politiche e i programmi di salute. Anche questo secondo progetto di indirizzo è stato disatteso in gran parte del territorio nazionale, come ben evidenziato dalla prima e unica Conferenza nazionale per la salute mentale, tenutasi nel 2001.

Si è registrata quindi, negli anni, una disattenzione generale sulla questione «salute mentale» da parte delle Regioni chiamate a programmare e garantire gli interventi sanitari e sociali, che ha determinato situazioni di abbandono e cronicizzazione utilizzate strumentalmente da chi ha sempre ostacolato la piena attuazione della legge di riforma sanitaria. Quest'ultima, nelle sue premesse, precisa che «la tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana» e che «il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

In tanti luoghi, nonostante la legge nazionale lo imponesse, le persone non hanno ricevuto cure e attenzione ed hanno peggiorato le loro

condizioni di salute. Di contro, però, singole aziende sanitarie locali e singoli dipartimenti di salute mentale, grazie ad amministratori e direttori illuminati, sono stati capaci di farsi carico della domanda di intervento e di aiuto provenienti dalle comunità locali offrendo, insieme alle cure mediche e alle strutture, percorsi riabilitativi e di inclusione sociale, restituendo alle persone fiducia e speranza di guarigione.

In questi luoghi simbolo, che possiamo trovare in tutte le regioni d'Italia, i risultati sono stati particolarmente positivi ed hanno dimostrato che, anche nelle situazioni più gravi, le persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, se precocemente e correttamente prese in cura, possono migliorare notevolmente (nel 60 per cento dei casi) o guarire (nel 30 per cento dei casi) ed essere soddisfacentemente inserite nella vita sociale e lavorativa. Tali buone pratiche, in atto nel nostro Paese, meriterebbero una maggiore valorizzazione e diffusione.

Le nostre associazioni, impegnate in tutte le Regioni d'Italia, vogliono ribadire l'importanza della necessità di difendere con forza il ruolo del servizio pubblico di salute mentale e di quanto di importante ed innovativo è stato realizzato e si sta realizzando in tante parti del territorio, grazie all'impegno competente e sensibile di tanti operatori ed alla costante

presenza attiva e alla vigilanza delle famiglie e delle associazioni dei familiari e degli utenti.

L'esperienza italiana, inoltre, è stata riconosciuta dalla Conferenza di Helsinki, laddove, nel piano d'azione sulla salute mentale per l'Europa, stabilisce che «occorre progettare e realizzare servizi specialistici di comunità accessibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana, con *équipes* multidisciplinari, che possono prendere in carico persone con problemi gravi quali schizofrenia, disturbi bipolari, depressione grave o demenza» e che «occorre riconoscere l'esperienza e le competenze dei pazienti e dei *carers*, come base essenziale per la pianificazione e lo sviluppo dei servizi per la salute mentale».

Tali concetti vengono ulteriormente ripresi e valorizzati dalla risoluzione per la salute mentale approvata nel 2009 dal Parlamento europeo, che «sottolinea la necessità di una pianificazione chiara e a lungo termine, finalizzata a fornire servizi di salute mentale, in comunità o in ospedale, di alta qualità, efficaci, accessibili ed universali, e a promuovere l'adozione di criteri di controllo da parte di organi indipendenti». Inoltre, essa «chiede una migliore collaborazione e comunicazione tra i professionisti che prestano le cure sanitarie primarie e i professionisti della salute mentale, per affrontare con successo i problemi associati alla salute

fisica e mentale, incoraggiando un approccio olistico che tenga conto del profilo complessivo degli individui dal punto di vista della salute fisica e mentale».

Gli indirizzi quindi sono chiari sia a livello nazionale sia a livello europeo. Occorre un maggiore impegno da parte di tutti perché non si ritorni alla psichiatria dei manicomi, della contenzione e dell'elettroshock, e alla reintroduzione del concetto di pericolosità sociale.

Inoltre, resta tuttora aperta la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari, per i quali l'Italia è stata sanzionata dal Consiglio d'Europa per le condizioni in cui versano le persone internate.

Oggi siamo qui a dichiarare il nostro impegno per la difesa dei diritti dei nostri cari e di tutte le persone che vivono l'esperienza della sofferenza mentale, ma siamo qui anche per difendere il nostro diritto ad una vita serena, senza sofferenza aggiuntiva.

Siamo qui per difendere il nostro diritto alla vita, senza che questo comporti l'abbandono dei nostri cari o la loro mortificazione, senza far ricadere su di loro, sulle loro condizioni di sofferenza e fragilità, le colpe di istituzioni sorde, alcune volte violente, spesso indifferenti, e senza far ricadere su strumenti legislativi o normativi responsabilità unicamente politiche ed istituzionali.

Vogliamo anche denunciare qui la strumentalizzazione che alcuni fanno del legittimo malcontento espresso da tanti familiari disperati, per riproporre luoghi e pratiche di esclusione e controllo sociale. Ci riferiamo soprattutto alla proposta Ciccioli, che le nostre associazioni hanno bocciato totalmente. In particolare, il ricorso a trattamenti sanitari obbligatori prolungati, per rispondere alle situazioni di urgenza e di emergenza, oltre ad essere dannoso e assurdo dal punto di vista terapeutico, contrasta con il dettato costituzionale.

Riteniamo invece condivisibili i contenuti del documento emanato dalla conferenza delle Regioni, che ha approvato all'unanimità il testo elaborato dal gruppo tecnico interregionale salute mentale nel 2008.

Da parte nostra, ribadiamo la necessità che in ogni dipartimento di salute mentale, nell'individuazione delle priorità strategiche, si riconosca la «crescente capacità degli utenti, dei familiari e delle associazioni, ad affermare autonomamente l'area dei propri bisogni e delle risposte attese». Sottolineiamo inoltre l'importanza che i dipartimenti operino affinché siano favoriti livelli partecipativi che esprimano il raggiungimento di precisi obiettivi come, ad esempio, la costruzione di un progetto terapeutico individuale, personalizzato e condiviso.

Sollecitiamo quindi un impegno della Commissione affinché siano garantiti, attraverso le Regioni e le aziende sanitarie locali, su tutto il territorio nazionale, interventi di prevenzione, cura e riabilitazione con risorse umane e finanziarie adeguate.

Abbiamo già sottolineato che in tutte le Regioni sono presenti esempi di buone pratiche e di pessime pratiche e che noi familiari siamo impegnati a sostenere il miglioramento della qualità dei servizi, l'umanizzazione dei luoghi di cura e delle pratiche, opponendoci con forza all'uso della contenzione fisica spacciata come atto medico e all'eccessivo uso di psicofarmaci. È questione questa che riguarda migliaia di persone e di giovani che incontrano la sofferenza mentale per la prima volta e che hanno il diritto di trovare risposta e accoglienza nella comunità di appartenenza e nei loro contesti di vita.

Sappiamo che le situazioni sono molto diversificate in relazione alla capacità dei servizi territoriali di ascoltare ed interpretare la domanda di aiuto che proviene dal territorio, di sostenere le famiglie, di garantire percorsi di cura personalizzati, di riconoscere la sofferenza mentale come parte dell'esistenza umana e come tale trattarla.

È insopportabile che in un servizio di diagnosi e cura si possa morire legati in un letto, e questo è accaduto a Cagliari, Bari, Salerno e

probabilmente anche in altri luoghi, senza che venisse denunciato o segnalato. È insopportabile vedere come, alcune volte, nei servizi territoriali si trattino con superficialità le difficoltà espresse dai familiari nella disperata ricerca di aiuto, così com'è insopportabile l'atteggiamento dei *media*, interessati più che alla comprensione della vicenda umana alla sensazionalità della notizia.

Chiediamo dunque l'attenzione della Commissione su alcuni punti fondamentali. Ci riferiamo, in particolare: all'uso moderato e razionale degli psicofarmaci, affinché sia mantenuta alta l'aspettativa di guarigione che le persone hanno; ad una campagna continua di lotta contro lo stigma e i pregiudizi; alla diffusione dei dipartimenti di salute mentale su tutto il territorio nazionale per la presa in cura nelle 24 ore.

Chiediamo: di garantire che i luoghi della presa in cura siano immediatamente identificabili e raggiungibili nel minor tempo possibile, accessibili, accoglienti ed umani; di favorire la relazione terapeutica basata sulla fiducia, il rispetto, la partecipazione e la condivisione del progetto di cura e di vita da parte della persona interessata e delle persone care; che siano favoriti i percorsi di ripresa attraverso la residenzialità. Le case in cui abitare devono essere di piccole dimensioni, nel contesto urbano, a diversa

intensità di protezione, somiglianti alle case vere, in numero sufficiente alla domanda che esprime il territorio.

Chiediamo, altresì, che siano favorite le campagne di lotta allo stigma e ai pregiudizi; che siano vietati espressamente la contenzione e qualunque metodo coercitivo, lesivo della dignità e della libertà della persona; che sia garantito il consenso informato. Ribadiamo che il trattamento sanitario obbligatorio non è la norma, ma costituisce un intervento straordinario, nel rispetto di quanto stabilito dalla legge n. 833 del 1978.

Chiediamo, infine: che siano garantiti la formazione e l'aggiornamento continuo del personale; che siano promossi i programmi di dimissionamento dagli ospedali psichiatrici giudiziari per la loro definitiva chiusura; che sia sostenuta l'impresa sociale per i percorsi riabilitativi emancipativi e gli inserimenti lavorativi delle persone con sofferenza mentale; che sia sostenuto l'associazionismo dei familiari e degli utenti e che siano costituite in tutte le Regioni le commissioni regionali per la salute mentale ed in tutti i dipartimenti di salute mentale le consulte dipartimentali; che sia garantito un sistema di monitoraggio della qualità degli interventi.

PRESIDENTE. Ringraziamo la dottoressa Trincas per il suo contributo, invitandola a consegnarci il testo della sua relazione, che potrà certamente essere utile ai nostri lavori.

In particolare con riferimento alle affermazioni molto impegnative e certamente molto severe che sono state rese dalla nostra ospite nella parte iniziale del suo intervento, in ordine all'esistenza di un gran numero di luoghi in cui si fa ricorso alla contenzione e all'elettroshock - mi sembra che queste siano state le due parole ripetute con una certa frequenza - vorrei chiedere se è possibile avere, magari in un momento successivo, un elenco anche solo parziale delle strutture presso le quali l'U.N.A.SA.M. ritiene che tali pratiche vengano utilizzate.

Potrebbe essere molto utile per la Commissione e, in particolare, per i relatori, disporre da questo punto di vista di una sorta di *road map*, anche ai fini delle eventuali decisioni che potranno essere assunte al riguardo.

DIGILIO. Signor Presidente, intervengo brevemente per ribadire una verità brutale, del resto già evidenziata dalla presidente Trincas nella sua relazione.

I dati scientifici dell'ultimo trentennio dimostrano che i disturbi mentali sono oggi diagnosticabili precocemente e che possono essere tutti

curati, anche nei casi più gravi, attraverso un'opportuna associazione tra psicofarmaci - che, beninteso, sono sempre fondamentali -, pratiche psicoterapeutiche e riabilitative: questo non lo dico io, ma il professor Mario Maj, professore ordinario di psichiatria all'università di Napoli, nonché presidente della *World Psychiatric Association*.

Nonostante tali evidenze, però, nel nostro Paese le pratiche psicoterapeutiche e riabilitative sono oggi a disposizione di pochissime persone, per cui un giovane che si ammala oggi in Italia, nella maggior parte dei casi è purtroppo ancora condannato alla cronicizzazione e alla disabilità, mentre potrebbe essere invece autonomo ed inserito utilmente nella società, con una qualità di vita molto diversa, senza costituire oltretutto un peso per la collettività.

Questo, a nostro avviso, è un vero delitto che viene reiterato tutti i giorni, ma che non è più possibile sopportare.

MUGGIA. Sono il fondatore e il presidente onorario dell'U.N.A.SA.M..

Prima di tutto desidero dare una breve risposta alla domanda rivolta dal presidente Marino. In Italia gli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) nei quali non si lega il paziente si possono contare - per così dire - sulle dita di una mano, essendo una percentuale davvero

bassa: sono in totale 12. Esiste un'associazione di infermieri psichiatrici, la cui sede credo sia a Mantova, denominata «Club SPDC aperti *no restraint*» che dispone di dati aggiornati.

Desidero fornire due numeri fondamentali a tutti i commissari. I malati sofferenti di disturbi psichici gravi sono almeno l'1 per cento della popolazione mondiale, così come di quella nazionale o regionale, nel senso che si tratta di una percentuale uguale dappertutto, che coinvolge allo stesso modo sia maschi che femmine.

L'altro numero fondamentale da evidenziare riguarda l'incidenza, che è di un malato per 10.000 all'anno. In un regione come la Lombardia che conta 10 milioni di abitanti, bisogna far fronte a 1.000 giovani di circa vent'anni che si ammalano ogni anno. Pertanto, se il sistema non è in grado di prendere in cura questi giovani - come ha testé detto l'amico Digilio - il loro deterioramento, dovuto ad una tardiva presa in cura e ad una scarsa terapia che consiste solo nell'assunzione di poche pastiglie, li condanna ad una cronicità che non meritano, o meglio che non meritano loro né le loro famiglie.

Peraltro in questo modo si tolgono dalla società risorse umane che magari, pur se con difficoltà, potrebbero lavorare, partecipare alla vita

sociale e per giunta pagare le tasse - come dicono gli americani - invece di essere di peso.

Svolgo ora una seconda considerazione, che ritengo alla base di tutta la problematica della salute mentale, nonché alla base della Conferenza di Helsinki a cui ho partecipato insieme all'Unione europea delle famiglie. Il problema della salute mentale è di natura etica e culturale a livello mondiale, in quanto lo stigma e il pregiudizio sono presenti in tutto il mondo. Nessuno aiuta a combattere lo stigma e il pregiudizio.

Faccio un ultimo esempio, per concludere il mio intervento, con riferimento a quella persona che, la scorsa settimana, ha ucciso la ex moglie, un vicino di casa e un collega di lavoro (ha commesso tre omicidi). Sulla stampa veniva riportato il seguente titolo: «L'Italia è il Paese dei pazzi armati in libertà». Un fatto davvero intollerabile, dal momento che quella persona era sana, relativamente come lo sono io e lo siete voi. Quell'uomo nutriva un certo rancore che portava dietro da tempo e che un bel giorno lo ha portato a vendicarsi, come potrebbe fare qualunque dipendente contro un datore di lavoro prepotente e arrogante o qualunque coniuge geloso nei confronti del proprio *partner*.

Non si tratta di follia: è assolutamente normale, tant'è vero che, secondo le statistiche, il numero dei fatti gravi di sangue commessi dalle persone malate di mente è esattamente uguale a quello dei fatti commessi dai cosiddetti sani. Aggiungo che in Italia dal 1978 - data di pubblicazione della legge n. 180 - non è assolutamente aumentato il numero dei delitti commessi da persone malate di mente.

Concludo il mio intervento con le parole pronunciate dall'ex direttore generale dell'OMS, signora Gro Harlem Brundtland, la quale, nel convocare la Conferenza di Helsinki e nel redigere due importantissimi documenti (uno relativo all'indirizzo e l'altro all'applicazione delle linee: sono consultabili in tutti i siti Internet, anche nel nostro), affermava: «Vi è una sola strada: assicurare che la nostra sia l'ultima generazione a permettere che la vergogna e lo stigma regnino al di sopra della scienza e della ragione».

CANZIAN. Rappresento circa 60 associazioni lombarde e vorrei aggiungere a quanto è stato detto che si può combattere lo stigma solo con servizi buoni. È impossibile farlo se i servizi sono cattivi, e purtroppo spesso lo sono.

Qualche specificità della Lombardia credo vada bene illuminata, anche perché alcune proposte dell'onorevole Ciccioli mi sembra vadano in quella direzione. Il modello lombardo che tanto si vanta privilegia di fatto il privato, a scapito dei servizi pubblici, con risultati pessimi in termini di contenuti e costi davvero elevati. Si privilegiano le residenzialità a scapito del lavoro di integrazione della persona nel territorio.

Non abbiamo bisogno di strutture residenziali dove far soggiornare le persone per tre anni per poi passarle in un'altra struttura; abbiamo bisogno di strutture di comunità dove il periodo di soggiorno sia breve, per permettere alle persone di essere successivamente inserite ed integrate nel territorio. Per questo occorrono risorse umane più che strutture, così come il modello - per esempio - di Trieste effettivamente dimostra ed insegna. I servizi di salute mentale che funzionano permettono alle persone di inserirsi nel proprio territorio.

TENENTI. Faccio parte del coordinamento regionale dell'Emilia-Romagna, dove la situazione è - per così dire - a macchia di leopardo, nel senso che esistono buone pratiche da prendere a modello ma accade

pure che si incontrano difficoltà - è successo a Bologna - nel creare un comitato di utenti familiari. Abbiamo comunque collaborato per costituire vari comitati di utenti familiari e operatori nelle varie Province.

Riguardo alla contenzione, abbiamo ottenuto un protocollo che - per quanto mi risulta - a Rimini e altrove sta evitando che si leghino ancora le persone, anche per i fatti molto gravi successi di recente. Ricordo che a Forlì una signora di 55 anni è morta legata al letto dopo cinque giorni che si trovava in quelle condizioni: situazioni che non vengono nemmeno denunciate dai familiari. Ricordo poi il caso di un ragazzo di 33 anni stroncato da un infarto a Rimini.

Noi familiari comunque, anche nel coordinamento Emilia-Romagna, abbiamo avuto sempre un certo spirito, nel senso che abbiamo contestato i fatti che non andavano bene e nello stesso tempo abbiamo trovato terreno fertile per collaborare, finché dalla Regione abbiamo ottenuto certe risposte; adesso speriamo di riceverne ancora.

Ripeto, abbiamo ottenuto un protocollo contro la contenzione e cercheremo di ottenere che gli SPDC della nostra Regione non siano più a porte chiuse bensì a porte aperte, come il *club* dei 13 che veniva

richiamato.

In effetti, quando si crea una buona relazione tra gli operatori e le persone, queste vengono sempre ascoltate, prima di tutto da noi familiari che facciamo sempre da portavoce. Il nostro punto di vista, però, non sempre è uguale a quello dei fruitori, delle persone che sulla loro pelle soffrono veramente il disagio mentale.

Ho letto più volte la proposta di legge Ciccioli. Non dico che al cento per cento sia da buttare ma non la condivido quasi per intero: parte da un presupposto assolutamente sbagliato; parte dalla fine, ossia dal TSO (trasformandolo in TSO prolungato, anche con l'utilizzo di strutture private) e quindi riporta a un discorso manicomiale. Non si parla mai della persona, che invece va anzitutto ascoltata e con lei va impostato un progetto individuale e condiviso.

PRESIDENTE. Prendo atto dell'indicazione che sono veramente poche le strutture dove non si pratica in maniera liberalizzata la contenzione. Poiché avete una visione della situazione dell'intero Paese, sarebbe utile se la nostra Commissione potesse disporre di un elenco dei luoghi che voi considerate più critici.

MUGGIA. Manderemo l'elenco dei luoghi dove non si lega: facciamo prima.

PRESIDENTE. Io preferirei avere l'elenco dei luoghi dove voi ritenete che vi siano situazioni critiche: potrà essere consegnato ai nostri relatori, i senatori Bosone e Saccomanno, che lo valuteranno per adottare le decisioni più opportune.

BOSONE (PD). Signor Presidente, in primo luogo vorrei scusarmi per il ritardo, ma tengo a precisare che mi stavo occupando proprio di cooperativismo sociale, con riferimento al disagio psichico, per cui comprendo perfettamente la necessità di inserire tali pazienti. Intanto, il cooperativismo sociale deve avere un doppio risvolto: quello dell'assistenza territoriale, da un lato, e l'integrazione lavorativa dei pazienti, dall'altro. Si tratta di un fenomeno che dobbiamo incentivare, valutandolo con estrema attenzione.

Ritengo che in Italia ci siano situazioni di grande criticità in alcune Regioni e persino a macchia di leopardo. Sappiamo che ci sono luoghi dove si contiene di più ed altri dove si contiene molto di meno; luoghi dove c'è una residenzialità più attenta alla persona ed altri dove invece c'è una

residenzialità più attenta alla contenzione, che diventa spesso una nuova versione del manicomio. Su quest'ultima questione penso che bisognerebbe avere molta cautela, perché è facile trasformare una residenzialità lunga in un nuovo manicomio, seppur più piccolo, ma con caratteristiche non dissimili, soprattutto se gestito da strutture che non prestano attenzione alla persona quanto al lucro o al tecnicismo.

Pur con tutti i limiti e le differenze esistenti, non pensate che sia giunto il momento di fare uno scatto in avanti, anche rispetto alla legge n. 180 del 1978, abolendo completamente, ad esempio, gli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) e facendo dei CSM (centri di salute mentale), di fatto, i luoghi della cura dell'acuto? Intendo dire che oggi abbiamo un sistema di emergenza-urgenza, i DEA (dipartimenti d'emergenza e accettazione), attrezzati per l'osservazione breve, dove la fase di poussée può essere trattata senza la necessità di un trasferimento in un reparto di tipo ospedaliero. Cosa pensate della proposta di abolire completamente gli SPDC e di trasferirne le funzioni ai CSM?

COSENTINO (PD). Signor Presidente, mi sembra di capire che i nostri ospiti siano contrari ad una modifica nella sostanza della legge n. 180 del 1978, che ha raggiunto un suo equilibrio, e che attribuiscono le mancate

risposte all'inadeguatezza dal punto di vista dei finanziamenti e, forse ancor di più, delle politiche che le Regioni e le ASL hanno prodotto.

Al di là del testo di legge presentato alla Camera e del dibattito che si è svolto anche al Senato; assunto il dato della vostra contrarietà alla modifica della legge in vigore, vorrei capire se, nei vostri contatti con il Governo, avete chiesto l'inserimento del settore della salute mentale tra gli obiettivi di quel sistema di valutazione nazionale della qualità dei servizi sanitari, di cui ha parlato recentemente il ministro Fazio. Avete avanzato delle proposte in tal senso? In caso positivo, quali risposte avete ricevuto?

MASCITELLI (*IdV*). Signor Presidente, gli interventi dei nostri auditi sono stati molto esaurienti e di essi mi ha particolarmente colpito un passaggio in cui si è fatto riferimento a una sorta di *road map*, in senso positivo, dei comitati regionali di tutela della salute mentale.

Sulla base della vostra esperienza, nelle diverse Regioni italiane avete notato se l'esistenza di tali comitati coincide con una maggiore attenzione e sensibilità nella politica sanitaria di tutela?

POLI BORTONE (*UDC-SVP-IS-Aut*). Signor Presidente, la mia domanda è diretta a sapere se, rispetto al documento approvato in Conferenza Stato-

Regioni, che i nostri ospiti sostengono di condividere, da parte del Governo e delle singole Regioni siano stati assunti degli impegni.

La presidente Trincas ci ha riferito che vi sono delle enunciazioni di principio, ma siccome ci avviamo verso il federalismo fiscale, in relazione al quale bisognerà stabilire dei costi anche per il tipo di intervento di cui stiamo parlando, vorrei sapere se e che tipo di impegni siano stati assunti.

PRESIDENTE. Ribadisco che per noi sarebbe molto utile avere da parte vostra, attraverso un documento che dovrete farci pervenire quanto prima, delle indicazioni di maggiore dettaglio rispetto alle domande poste da me e dai commissari; sarebbe un aiuto molto prezioso nel lavoro che intendiamo portare avanti.

TRINCAS. Signor Presidente, vorrei iniziare dalla domanda riguardante lo strumento della commissione regionale sulla salute mentale. In alcune Regioni d'Italia gli assessorati si sono dotati di una commissione regionale di salute mentale, di cui fanno parte i direttori dei dipartimenti di salute mentale, esponenti della cooperazione sociale, le organizzazioni dei familiari maggiormente rappresentative, la rappresentanza dei Comuni, l'ANCI e le università. Dove esiste un simile strumento di partecipazione,

di condivisione e di programmazione, evidentemente c'è anche la volontà da parte della Regione di programmare interventi globali sulla salute mentale che coinvolgano tutti i soggetti interessati, e in questi casi la situazione è decisamente migliore: per lo meno si dispone di uno strumento cui inviare le proposte, le critiche e quant'altro.

In una sola Regione d'Italia, il Lazio, esistono anche le consulte dipartimentali: un altro fondamentale strumento di partecipazione e di democrazia, che in un territorio più limitato (il dipartimento) consente una maggiore condivisione delle politiche e della programmazione degli interventi. Il nostro auspicio è che tale strumento di partecipazione si diffonda in tutte le Regioni.

In un'altra Regione italiana, la Toscana, esiste un altro strumento di partecipazione: la verifica annuale condotta sull'efficacia e l'efficienza dei servizi di salute mentale. Tutti i direttori generali delle ASL, unitamente alle organizzazioni dei familiari degli utenti e al volontariato, vengono chiamati a relazionare sullo stato di attuazione e di funzionamento dei servizi. Si tratta di importanti strumenti di partecipazione che permettono a ciascuna delle parti coinvolte di assumersi le proprie responsabilità e di dare il proprio contributo alla realizzazione dell'obiettivo condiviso.

Per quanto riguarda la proposta Ciccioli, la nostra posizione è di difesa totale dei contenuti e dei valori enunciati nella legge di riforma sanitaria, la n. 833 del 1978, nonché nella legge di riforma psichiatrica, la n. 180 del 1978, inglobata peraltro nella legge di riforma sanitaria.

Siamo convinti che, dal punto di vista normativo e legislativo, non ci sia nulla da cambiare. Piuttosto, riteniamo che sia necessario individuare a livello parlamentare e governativo gli strumenti adatti per monitorare le Regioni in ordine alla pratica attuazione degli indirizzi indicati dalla legge di riforma sanitaria.

Crediamo che il discorso non riguardi tanto la mancanza degli strumenti normativi e legislativi, ma piuttosto la volontà politica ed amministrativa; ancor prima della questione delle risorse, il problema che si pone, a nostro avviso, è proprio quello della volontà politica di procedere in una certa direzione invece che in un'altra.

Chiediamo che si vigili sulle Regioni e sulla loro attività, pur nella consapevolezza che con il federalismo le Regioni sono ovviamente autonome nella programmazione. Dal momento che siamo nell'Italia unita, chiediamo che il nostro Paese sia unito anche per quanto concerne il diritto di tutti a ricevere cure adeguate e servizi di alta qualità.

Per quanto attiene poi alla questione dei rapporti con il Ministero della salute, ci tengo a precisare che non abbiamo ancora incontrato il ministro Fazio, ma probabilmente ciò accadrà in occasione della manifestazione che l'U.N.A.S.A.M. ha organizzato per il prossimo 27 maggio. Siamo comunque assolutamente d'accordo sul fatto che la salute mentale debba stare all'interno dei sistemi di valutazione, ed è quanto anche noi chiederemo al Ministro.

Infine, per quanto riguarda i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, sono 20 anni che penso che debbano essere superati; da 20 anni chiediamo che i servizi territoriali di salute mentale siano organizzati in modo tale da rispondere nelle 24 ore a tutti i bisogni di cura e di assistenza che le persone esprimono nei territori di appartenenza.

Presso i dipartimenti di salute mentale che hanno applicato questo modello organizzativo i servizi di diagnosi e cura hanno pochissimi posti letto (in alcuni casi solo quattro), perlopiù non occupati, e questo perché i posti letto si trovano nei centri territoriali di salute mentale, che rispondono anche ai bisogni di urgenza e di emergenza.

Riteniamo che le cure debbano essere garantite non dall'ospedale; che si possa rispondere ai bisogni delle persone sul territorio, nei centri di salute mentale, nelle case e nei luoghi di vita delle persone. Siamo altresì

convinti che gli interventi presso centri di salute mentale adeguati diano sicuramente i risultati migliori.

Si può ragionare certamente anche sul superamento dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

PRESIDENTE. Vi ringrazio per il vostro contributo e per la vostra capacità di sintesi.

La nostra, come immagino abbiate percepito, è una reale preoccupazione: da un lato, si tratta di intervenire con suggerimenti migliorativi, capaci di garantire in tutto il territorio italiano lo stesso *standard* di assistenza e cura per le malattie mentali; dall'altro lato, è importante ascoltare le osservazioni che vengono da persone preparate come voi, affinché ci accompagnino nel lavoro che come Commissione stiamo conducendo, sotto la guida dei relatori Bosone e Saccomanno.

Le nostre conclusioni potranno costituire un importante materiale per chi si occuperà della questione in sede legislativa.

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

I lavori terminano alle ore 15.