

SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 316

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLO STATO DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA
IN ITALIA E SULL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI
OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE
MENTALE

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 14 FEBBRAIO 2006

Presidenza del presidente TOMASSINI

INDICE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del *Doc.* XVII, n. 30)

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 6 e <i>passim</i>	
BAIO DOSSI (<i>Mar-DL-U</i>)	7	
BOLDI (<i>LP</i>)	3, 6	
CURSI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	4	
DANIELI Paolo (<i>AN</i>)	4	
MASCIANI (<i>DS-U</i>)	6, 7	
SALZANO (<i>UDC</i>)	5	
TREDESE (<i>FI</i>)	5	
ALLEGATO (<i>contiene lo schema di documento conclusivo</i>)	10	

N.B. Gli interventi contrassegnati con l'asterisco sono stati rivisti dall'oratore.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Alleanza Nazionale: AN; Democratici di Sinistra-l'Ulivo: DS-U; Forza Italia: FI; Lega Padana: LP; Margherita-DL-l'Ulivo: Mar-DL-U; Per le Autonomie: Aut; UDC Unione dei democratici cristiani e dei democratici di centro (CCD-CDU): UDC; Verdi-l'Unione: Verdi-Un; Misto: Misto; Misto-il Cantiere: Misto-Cant; Misto-Comunisti Italiani: Misto-Com; Misto-Democrazia Cristiana per le Autonomie: Misto-DC-Aut; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-La Casa delle Libertà: Misto-CdL; Misto-Lega per l'Autonomia lombarda: Misto-LAL; Misto-MIS (Movimento Idea Sociale): Misto-MIS; Misto-Nuovo PSI: Misto-NPSI; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-PRI; Misto-Rifondazione Comunista: Misto-RC; Misto-Rosa nel pugno: Misto-Rnp; Misto Popolari-Udeur: Misto-Pop-Udeur.

I lavori hanno inizio alle ore 15,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Documento conclusivo

(Seguito dell'esame e approvazione del *Doc. XVII*, n. 30)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame di uno schema di documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale, sospeso nella seduta dell'8 febbraio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Ricordo che nel corso della seduta precedente è proseguita la discussione sullo schema di documento conclusivo illustrato dalla senatrice Boldi. Non essendovi ulteriori richieste di intervento, dichiaro chiusa la discussione e cedo la parola alla relatrice.

BOLDI (*LP*). Signor Presidente, poiché per abbreviare il più possibile i tempi non ho illustrato la mia proposta di documento conclusivo, credo sia mio dovere procedere a una brevissima replica agli interventi dei colleghi, che ringrazio per i contributi, tutti interessanti, che in parte ho raccolto, come potrete vedere, nel nuovo testo all'esame della Commissione.

In particolare, desidero fare alcune puntualizzazioni.

Innanzitutto ricordo che l'indagine è stata avviata con un consenso unanime: sapevamo che il tempo a disposizione era poco, ma abbiamo tutti ritenuto che fosse possibile, soprattutto dopo il prolungamento dei lavori della legislatura, giungere alla formulazione di un documento da sottoporre a votazione, a meno che in qualcuno che ha votato l'indagine non vi fosse già il retropensiero di non arrivare alla definizione di un testo conclusivo.

Grazie anche all'aiuto dei due consulenti nominati dalla Commissione, il professor Furlan ed il dottor De Paoli, credo sinceramente di avere formulato un documento equilibrato, che raccoglie le istanze rappresentate in questa sede dagli auditi. Invito i colleghi che non ne hanno avuto ancora il tempo a rileggere le memorie lasciate da tutti gli auditi in Commissione (associazioni di familiari, associazioni scientifiche, Ministro della salute, tribunale di sorveglianza, Ministero della giustizia). Ebbene, le principali istanze rappresentate sono state tutte riprese. Stante la ristrettezza dei tempi, si è deciso di richiedere una documentazione alle

Regioni inviando un questionario, al quale nulla impediva – come qualche Regione ha fatto – di allegare una relazione.

Faccio notare che la presente è la prima indagine conoscitiva in materia e che, come ricordava il senatore Mascioni, in realtà, non abbiamo mai avuto un confronto con gli auditi: sentiamo quello che ci dicono, poniamo magari qualche domanda, ma poi prendiamo per buone le relazioni che ci consegnano e le loro dichiarazioni in Commissione, dichiarazioni che peraltro sono riportate nel Resoconto stenografico. Peraltro, una delle associazioni audite ha diligentemente consegnato alla Commissione un rapporto completo sulla situazione di ogni Regione.

Il documento in esame non ha la pretesa, come penso non l'abbia nessuna indagine conoscitiva, di dettare delle leggi: fotografa semplicemente una situazione, evidenzia criticità sottolineate da tutti gli auditi e propone correttivi puntuali, che vogliono essere semplicemente un indirizzo per chi subentrerà e avrà la pazienza di leggere il nostro lavoro, di cui potrà fare l'uso che riterrà più opportuno.

Mi preme sottolineare che ho scritto il documento senza alcun preconcetto ideologico, innanzi tutto perché, non essendo una psichiatra, non mi sento direttamente coinvolta. Ho letto i documenti e ho preso parte alle audizioni con l'atteggiamento del parlamentare che vuole semplicemente registrare quanto viene riferito e proporre delle correzioni: non pretendendo di sfasciare tutto, ho semmai l'intenzione di migliorare, integrare e completare la normativa esistente.

Lo schema di documento conclusivo, su cui chiedo il voto favorevole della Commissione, è stato distribuito nella sua nuova formulazione. Molti dei suggerimenti formulati dai colleghi sono stati raccolti, specialmente per quanto riguarda alcune aggettivazioni che avevano urtato la sensibilità di alcuni colleghi. Sottolineo solo un'ultima integrazione: alla terz'ultima riga, a pagina 6, dopo le parole «assistenza psichiatrica», ho aggiunto le altre: «proseguano e implementino i progetti obiettivo già in atto.»

In conclusione, credo che una volta di più la Commissione igiene e sanità abbia dimostrato di aver fatto un buon lavoro, nè superficiale nè affrettato. Anche se non abbiamo potuto effettuare sopralluoghi, credo comunque che si tratti di un lavoro importante che potrà essere utile a chi sarà in Parlamento dopo di noi.

CURSI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Il Governo prende atto della volontà della Commissione espressa in questo atto conclusivo dell'indagine conoscitiva; sarà mia cura, ovviamente se approvato, di trasmetterlo alla Commissione nazionale per la salute mentale che, come sapete, si è insediata nelle scorse settimane, in ragione dell'utilità che lo stesso potrà avere per l'attività di tale organismo.

PRESIDENTE. Passiamo alla votazione.

DANIELI Paolo (AN). Dichiaro il voto favorevole di Alleanza nazionale, con l'auspicio che nella prossima legislatura queste indicazioni siano

accolte e soprattutto si arrivi a costruire, magari in maniera trasversale, una nuova legge sull'assistenza psichiatrica che non solo veda coinvolte tutte le forze politiche in un impegno comune per dare una veste nuova alla legge attualmente in vigore, che ha ormai fatto il suo tempo e che deve inevitabilmente essere aggiornata, ma che tenga soprattutto presenti le indicazioni emerse dalle audizioni circa la necessità, in un nuovo assetto, del coinvolgimento delle famiglie e del volontariato.

Per questi motivi Alleanza Nazionale esprime il proprio voto favorevole alla proposta di documento conclusivo in discussione.

SALZANO (*UDC*). Signor Presidente, io e il mio Gruppo votiamo a favore della proposta di documento conclusivo della senatrice Boldi non solo e non tanto per il poco tempo a disposizione, che pure ella ha avuto per redigere questo importante documento, quanto perché esso tiene in debita considerazione tutto quello che è emerso nel corso delle audizioni svolte in Commissione. E di questa fedeltà la ringrazio molto.

A nostro giudizio, si è in presenza di un documento conclusivo semplice, concreto ed equilibrato, che fotografa l'effettiva realtà e lo stato dell'arte della psichiatria nel nostro Paese. Contestare il documento significa, a mio parere, conoscere poco la realtà psichiatrica dell'Italia. In questi ultimi anni la psichiatria ha rivolto massima attenzione alle patologie gravi, non privilegiando altre patologie ricorrenti, chiaramente segnalate nel documento (ansia, depressione *post partum*, anoressia, bulimia), che risultano in forte crescita soprattutto tra i giovani.

Non è un assalto alla legge n.180, ma è bene che emergano con chiarezza le sei criticità che la relatrice Boldi ha ben individuato nel testo al nostro esame. Inoltre, tenuto conto dell'approvazione del nuovo Titolo V della Costituzione e della *devolution*, non ancora legge ma approvata in questa legislatura, bene ha fatto la relatrice a parlare di futuro, di proposte, di nuovi itinerari diagnostici e terapeutici che necessariamente dovranno tenere conto delle varie figure istituzionali coinvolte (Stato, Regioni, ASL, enti locali, Università, medici psichiatri, psicologi, famiglie, pazienti).

Per tutti questi motivi, l'UDC vota convintamente a favore della proposta di documento conclusivo in esame.

TREDESE (*FI*). Riallacciandomi a quanto già affermato in discussione generale, annuncio il voto favorevole di Forza Italia.

Mi preme sottolineare però che questa indagine conoscitiva, pur essendosi conclusa in zona Cesarini, ci ha permesso di mettere in evidenza tutte le problematiche legate alla legge n. 180 manifestatesi in questi anni. Bisogna tenere in considerazione che tali problematiche esistono senza dubbio e che le sei aree individuate sono reali. Lasciamo pertanto a chi governerà in futuro un documento che servirà sicuramente a migliorare un comparto che necessita senza alcun dubbio di una legge nuova, moderna ed adeguata ai tempi.

MASCIONI (*DS-U*). Presidente, ad onor del vero abbiamo superato la cosiddetta zona Cesarini. Considero alquanto surreale che si discuta di una materia importante, delicata e di grande impatto sociale a Camere sciolte: questo è il dato più eclatante.

Premesso che non ho mai messo in dubbio la buona volontà, la buona fede e l'impegno della relatrice, posto che predisporre in così breve tempo una sintesi di una materia così importante è sicuramente meritorio. Ciò nonostante, nell'intervento conclusivo della relatrice ho avvertito un certo imbarazzo.

BOLDI (*LP*). Assolutamente.

MASCIONI (*DS-U*). Ho avvertito un certo imbarazzo perché faceva riferimento a questioni sollevate nel corso della discussione. Non si è verificato un vero confronto con le Regioni in una materia la cui gestione è totalmente demandata ad esse. Con le Regioni vi è stato soltanto un rapporto di tipo burocratico: hanno inviato delle schede, ma non è stato ascoltato neanche un assessore regionale. Probabilmente vi è stato un rapporto tra la Commissione del Senato e gli uffici che si occupano di queste materie nei vari assessorati. Eppure il problema è proprio lì e non si tratta di difendere a tutti i costi una legge che, tra l'altro, sarebbe stato velleitario rimettere in discussione.

Sulla legge n. 180 in quanto tale esprimiamo una valutazione molto favorevole e positiva. Abbiamo sostenuto, così come abbiamo sentito nelle audizioni alle quali solo una minima parte dei senatori era presente, che tale legge è male applicata, alcune volte non applicata affatto o comunque applicata in maniera insufficiente e molto diversificata.

Signor Presidente, ritiene che una materia così importante possa essere liquidata a Camere sciolte, in considerazione anche della fatica che avete fatto per raggiungere il numero legale anche in questa circostanza? Su una materia così sentita dalla maggioranza mi sarei aspettato di trovare alle ore 15 e un minuto una maggioranza presente e compatta.

L'opposizione non si sente coinvolta in questa operazione e mi duole dirlo, dal momento che ho partecipato a ogni tappa di questo *iter* e, a ragion veduta, ritengo di poter affermare che si è trattato di un *forcing* insufficiente. Ribadisco: è mancato l'interlocutore più accreditato, con il quale vi sarebbe stato un confronto concreto, effettivo e di merito. Come abbiamo già avuto modo di rilevare nel corso della discussione – dal momento che non abbiamo cambiato posizione – non vogliamo essere coinvolti in un'operazione del genere. Pertanto, pur non mettendo in discussione la buona volontà della collega Boldi, non parteciperemo al momento del voto.

PRESIDENTE. Intervengo per un chiarimento che mi sembra doveroso. Le indagini conoscitive avviate e non concluse nel corso della legislatura costituiscono una delle poche attività che possono proseguire a Camere sciolte. Pertanto, nulla avrebbe vietato di procedere a ispezioni e ap-

profondimenti, se ve ne fosse stata l'intenzione. Assumere un certo atteggiamento, peraltro perfettamente legittimo dal punto di vista regolamentare, rappresenta una scelta politica che nulla ha a che vedere con la possibilità, garantita dalle leggi e dal Regolamento, di proseguire la nostra indagine conoscitiva. Ritengo pertanto legittimo procedere alla votazione del documento conclusivo.

MASCIONI (*DS-U*). Presidente, non ho sollevato una questione regolamentare.

PRESIDENTE. Mi riferisco all'opportunità politica. Visto che la sua argomentazione principale era relativa al mancato approfondimento, una delle richieste avanzabili poteva riguardare l'aspetto regolamentare.

MASCIONI (*DS-U*). Presidente, non contesto la legittimità dell'esame del documento in titolo, esprimo però una valutazione negativa in ordine all'opportunità politica di procedere a tale esame.

BAIO DOSSI (*Mar-DL-U*). Signor Presidente, anch'io intendo riprendere un aspetto formale che diventa però sostanziale. Non interveniamo per dichiarare una situazione di illegittimità, anche perché i Regolamenti sono noti e non a pochi. Il Parlamento – come lascia intendere lo stesso termine – è l'insieme dei rappresentanti del popolo, eletti proprio allo scopo di decidere. Credo non si tratti neppure di una valutazione di opportunità politica: come si possono esaminare i disegni di legge di conversione di decreti-legge, si possono concludere le indagini conoscitive già autorizzate e svolte. Oggi, ad esempio, è previsto l'intervento del Ministro della salute Storace che darà comunicazioni in ordine all'influenza aviaria. Di fronte a una situazione eccezionale, è chiaro che gli eletti dal popolo (che comunque devono garantire una risposta a un bisogno, a una urgenza o a un'emergenza di carattere sanitario) possano intervenire anche a Camere sciolte. Pertanto, è naturale che in questi casi non solo si ascolti il Ministro ma si possa anche interloquire individuando insieme un percorso, ove necessario.

Su questo punto non ci vogliamo sottrarre perché riguarda la responsabilità politica e non è una valutazione di parte atteso che un Ministro non agisce in base a interessi di parte.

Quanto alla psichiatria, devo dire che ogni volta che si fa qualcosa si ha l'impressione di avere inventato come si riscalda l'acqua o come sorge il sole. Alcuni fatti sono naturali e si ripetono dall'eternità ed altri sono sufficientemente e abbondantemente conosciuti. In questo ambito la psichiatria rappresenta un campo che nel corso della presente legislatura ha diviso le opinioni e la maggioranza che per alcuni giorni sarà ancora tale.

Chiedo scusa se rischio di apparire irruente, come del resto mi accade in tutti i casi in cui si affrontano temi di carattere socio-sanitario come quello della psichiatria di cui – collega Salzano – conosciamo a fondo la portata. Note sono le strutture che operano sul territorio e i drammi vis-

suti dalle famiglie dei pazienti, non solo perché se ne viene a conoscenza leggendo le cronache dei giornali – come purtroppo è avvenuto oggi – ma perché è un argomento di cui ci siamo sempre occupati.

Ricordo che questa maggioranza ha cercato, presso la Camera dei deputati, di varare una riforma in materia, ma si è spaccata al proprio interno, dovendo fare i conti con l'opposizione di tutte le realtà private che operano nel settore della psichiatria. Non è un caso, infatti, che abbia deciso di interrompere l'esame del relativo provvedimento.

Ci troviamo oggi in sede di indagine conoscitiva e, pur non avendo dubbi sulla serietà con cui è stato svolto il lavoro, visto che ci conosciamo da anni e siamo ormai consapevoli dell'impegno di ciascuno di noi, desidero tuttavia porre una questione di carattere politico, posto che le affermazioni effettuate nello schema del documento conclusivo illustratoci non raccolgono la complessità del problema nella sua interezza né le istanze evidenziatesi sul territorio.

Non considero intoccabile la legge n. 180 a trent'anni dal suo varo; non si sta parlando di Vangelo o di Bibbia; non si sta sostenendo che tale norma non possa né debba essere modificata; si sta solo osservando che con questo schema di documento conclusivo non si offre un contributo adeguato alla soluzione del problema. Dal momento che non si è in presenza di una emergenza o di una urgenza, non ha senso approvare oggi uno schema di documento conclusivo che non coglie appieno la complessità e la drammaticità del problema.

Per queste ragioni consideriamo inopportuno e soprattutto politicamente inadeguato pervenire a tale approvazione, anche perché bisogna considerare che il mondo delle famiglie coinvolte da questo drammatico problema è in genere molto attento e anche – mi sia permesso di dirlo – polemico verso le istituzioni. Vi è, dunque, il rischio di dare loro un segnale negativo e di creare anche un danno dal punto di vista sociale.

Faccio questa affermazione in sede di dichiarazione di voto proprio per spiegare il nostro atteggiamento che non è stato assolutamente di sterile opposizione. La nostra impressione è che la scelta di dare vita a questa importante indagine conoscitiva – parlo come singolo componente della Commissione – sia stata improntata ad una certa superficialità, posto che si è ritenuto possibile sviluppare in poco tempo un tema così difficile che, peraltro, era stato già affrontato in questa legislatura, dividendo – come è noto – la maggioranza.

Se fossi nei colleghi della maggioranza riterrei pertanto opportuno pormi in una sorta di posizione di *standby*; comprendo che ci troviamo in fase di campagna elettorale, dove lo scontro tra parti politiche rientra nella norma, ma questo non è un buon motivo per approvare uno schema di documento conclusivo che appare inadeguato rispetto alle gravi problematiche vissute sia dalle persone affette da patologie psichiatriche sia dalle loro famiglie.

In ogni caso se la scelta della maggioranza è quella di pervenire all'approvazione dello schema di documento conclusivo, dichiaro fin d'ora la mia intenzione di non partecipare al voto, allontanandomi dall'Aula,

proprio per dimostrare il dissenso del mio Gruppo nei confronti del documento in esame sia nel merito che nel metodo adottato.

PRESIDENTE. Metto ai voti lo schema di documento conclusivo.

È approvato.

Dichiaro conclusa l'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale.

I lavori terminano alle ore 16,05.

ALLEGATO

NUOVO DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO DALLA COMMISSIONE PER L'INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA E SULL'ATTUAZIONE DEI PROGETTI OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE E APPROVATO DALLA COMMISSIONE (Doc. XVII, n. 30)

A distanza di trent'anni dall'entrata in vigore della legge 13 maggio 1978, n. 180, «Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori», la Commissione igiene e sanità del Senato, accogliendo le sollecitazioni provenienti dalle società scientifiche, dal mondo dell'associazionismo e dalle famiglie di malati psichiatrici, ha deciso di svolgere un'indagine conoscitiva sull'attuazione di tale legge, al fine di fotografare la situazione esistente, individuarne le criticità ed eventualmente proporre opportune modifiche.

1. Il lavoro svolto dalla Commissione

L'indagine conoscitiva, deliberata all'unanimità dalla 12^a Commissione nella seduta n. 300 del 22 novembre 2005 ed autorizzata dal Presidente del Senato in data 28 novembre 2005, ha portato allo svolgimento di audizioni di istituzioni centrali e regionali, associazioni, società scientifiche ed esperti della materia. In particolare, sono state svolte, nell'ordine, le seguenti audizioni: Marco MARCHETTI, professore di psicopatologia forense dell'Università Tor Vergata di Roma, in rappresentanza della Società Italiana di Criminologia; Eugenio AGUGLIA, presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP); Antonio PICANO, psichiatra presso l'Ambulatorio per la depressione dell'Ospedale San Camillo di Roma, in rappresentanza dell'Associazione Italiana Psichiatri e Psicologi Cattolici (AIPPC); Stefano RAMBELLI, psicologo, presidente della Cooperativa Sadurano Salus di Castrocaro Terme; Gisella TRINCAS, presidente dell'Unione Nazionale delle Associazioni per la Salute Mentale (UNASAM); Maria Luisa ZARDINI, presidente dell'Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica (ARAP); Luigi DE MARCHI, membro del Comitato scientifico dell'ARAP; Francesco STORACE Ministro della salute; Sebastiano ARDITA, direttore generale della Direzione generale dei detenuti e del trattamento, del Dipartimento Amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia; Anna Rosa ANDRETTA, presidente dell'Associazione per la Difesa degli Ammalati Psicici Gravi (DIAPSIGRA); Paolo CANEVELLI, Magistrato del Tribunale di sorveglianza di Roma; Luana GRILLI, vicepresidente della Cooperativa Sociale il Mandorlo di Cesena; Cosimo LO PRESTI, presidente della Federazione Italiana Salute Mentale (FISAM); Laura BUSSETTO, membro dell'Associazione per la

Difesa degli Ammalati Psicici (DIAPSI-Piemonte); Augusto PILATO, segretario nazionale della FISAM; Liliana LORETTU, professoressa presso l'Università di Sassari, presidente della Società Italiana Psichiatria Forense; Vanni PECCHIOLI, psicologo, membro del comitato direttivo di Psichiatria Democratica

La Commissione si è inoltre avvalsa della documentazione sull'attuazione della normativa in materia di salute mentale inviata dalle Regioni.

A causa della limitatezza del tempo a disposizione e dell'imminente scadenza della legislatura, non sono stati svolti sopralluoghi.

2. *La complessità del problema*

La definizione di salute mentale è ancora lontana dall'essere universalmente condivisa; ciononostante, non si può negare che la logica basagliana – per cui la malattia mentale rappresenta una condizione sociale da accettare e non una vera e propria patologia da curare – si è rivelata intrinsecamente incompleta ed è stata parzialmente superata.

La consapevolezza diffusa che il disagio mentale rappresenta una vera e propria malattia – pur nella perdurante incertezza circa la molteplicità delle cause di natura biologica, ereditaria, sociale, familiare e a volte anche iatrogena che ne determinano la comparsa – testimonia che le attuali carenze del sistema di salute mentale derivano non da resistenze ideologiche, ma da problemi strutturali, funzionali, finanziari, organizzativi ed informativi.

Prima di analizzare le carenze «di sistema» che ancora oggi caratterizzano la salute mentale, è opportuno soffermarsi ad esaminare la reale entità del fenomeno in esame, per comprenderne la diffusione sul territorio e le possibili dinamiche di sviluppo.

I dati statistici testimoniano infatti che i disturbi mentali, seppure diversi per qualità e durata, riguardano un adulto ogni cinque, coinvolgendo circa 450 milioni di persone a livello mondiale, 93 milioni in Europa e 2.200.000 persone in Italia. Circa il 50 per cento di tali disturbi si presenta in condizioni di comorbilità e l'esito della patologia è spesso nefasto, dal momento che il numero dei suicidi è di circa 873 mila persone all'anno. Per gran parte di queste persone, un trattamento tempestivo eviterebbe il pericolo di aggravamento, di cronicizzazione o di suicidio.

A fronte della rilevante diffusione della patologia, i servizi disponibili sul territorio nazionale sono, nel complesso inadeguati a fornire una risposta alla domanda di assistenza proveniente dai cittadini: si stima, infatti, che i servizi psichiatrici trattino solo il 10 per cento delle persone che in un anno presentano disturbi psichiatrici in parte per carenze strutturali, in parte per il timore di molti a dichiarare la propria malattia ed essere vittime dello stigma che colpisce, nella nostra società, chi ha problemi di salute mentale.

Tale situazione sembra peraltro destinata a peggiorare, dal momento che numerosi aspetti epidemiologici contemporanei (quali l'aumento della

popolazione anziana, l'incremento dell'immigrazione ed il conseguente aumento delle condizioni di disagio legate a sacche di povertà e disuguaglianza nell'accesso alle cure, la diffusione delle condizioni di *stress* legate ai frenetici ritmi di vita e di lavoro, il maggiore disagio urbano, i crescenti problemi dell'adolescenza e della gioventù) possono contribuire a favorire un ulteriore incremento dei disturbi mentali a partire dall'immediato futuro.

Tale quadro sociale ed epidemiologico trova esplicita conferma nel Libro Verde *Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea* – COM(2005) 484 definitivo –, approvato dalla Commissione europea il 14 ottobre 2005, che evidenzia come la patologia mentale comporti un disagio personale ad alta ripercussione, che tende ad incidere sul sistema familiare, sulla condizione lavorativa, sulla situazione economica, fiscale, giudiziaria e penale del malato.

Proprio la richiamata peculiare complessità della malattia mentale rende improrogabili interventi sanitari e sociali armonici e coerenti.

3. Il quadro normativo ed organizzativo attuale

Nel tentativo di fornire una risposta ad alcune delle esigenze diffuse dei malati di mente e delle loro famiglie, la legge n. 180 del 1978, successivamente integrata dalla legge istitutiva del SSN, legge 23 dicembre 1978, n. 833, perseguiva tre obiettivi fondamentali: tutelare i diritti del paziente; favorirne il recupero sociale e promuovere un modello assistenziale allargato sul territorio, fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure ed interventi professionali.

Tali obiettivi sono rimasti sostanzialmente inattuati negli anni successivi alla riforma, a causa della debole azione di indirizzo e delle criticità riscontrate soprattutto nel settore dell'organizzazione dei servizi.

A dispetto di tali problematiche diffuse, solo negli anni Novanta – con l'elaborazione dei due progetti-obiettivo per la «Tutela della salute mentale» rispettivamente del 1994 e del 1998 – sono state assunte concrete iniziative per l'integrazione di una legge che continuava a presentare persistenti lacune attuative.

Alla luce di tali interventi, l'assetto organizzativo attuale risulta incentrato sui 211 Dipartimenti di salute mentale, istituiti in ciascuna azienda sanitaria locale e dotati di vari servizi (a diversa intensità e tipologia di assistenza), tra i quali, in particolare, i centri di salute mentale, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, i *day hospital*, le cliniche psichiatriche universitarie e le case di cura private. Nel complesso, i posti letto disponibili sono 9.289, ai quali si devono aggiungere i 612 centri diurni e i 17.101 posti letto delle 1.552 strutture residenziali presenti sul territorio.

Le prestazioni erogate sono, sia di tipo ospedaliero che di tipo ambulatoriale; in particolare, si stima che circa 34000 sono i ricoveri ospedalieri annuali, mentre circa 48 mila sono i ricoveri nelle strutture residen-

ziali e semiresidenziali pubbliche e private. Un letto ogni 10000 abitanti presso gli ospedali generali, anche nelle rare regioni dove è raggiunto, è insufficiente. Bisognerebbe indicare almeno 1,5 pl per 10000 abitanti.

Ad integrazione ed interpretazione di tali dati statistici, è opportuno precisare che l'attuazione della legge n. 180 e dei progetti-obiettivo del 1994 e del 1998 è stata assolutamente disomogenea a livello interregionale, non solo perché la legge n. 180 ha avuto diverse intensità e velocità di applicazione nelle varie aree regionali, ma soprattutto perché alcune regioni hanno privilegiato la psichiatria ospedaliera, mentre in altre il fulcro delle attività è stato costituito dai dipartimenti di salute mentale.

Rispetto a tale assetto normativo ed organizzativo, un radicale cambiamento, almeno sotto il profilo del riparto delle competenze, è stato introdotto nel settore in esame con la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha di fatto determinato il trasferimento in capo alle Regioni della gestione dell'assistenza per la salute mentale, da esercitarsi nel rispetto delle competenze statali di indirizzo e controllo. Nel prossimo futuro, saranno quindi le Regioni le principali protagoniste del nuovo percorso di riorganizzazione del sistema di assistenza psichiatrica che si renderà necessario al fine di adeguare l'offerta di prestazioni alla variegata domanda proveniente dagli utenti.

4. Gli elementi di criticità del sistema assistenziale ed i possibili interventi correttivi

Alla luce dei dati e dei rilievi emersi dalle audizioni svolte e dalla documentazione analizzata, è possibile identificare come segue le principali criticità del sistema di assistenza psichiatrica e gli eventuali interventi correttivi ad esso relativi.

In primo luogo, l'attuale sistema di assistenza psichiatrica italiana sembra presentare numerose lacune e carenze: intorno al 90 per cento delle risorse disponibili è infatti assorbito da circa 40 mila pazienti gravi, che presentano costi assistenziali molto elevati, fino a soglie di 80 mila euro all'anno; tale dato testimonia che, finora, la psichiatria italiana si è concentrata prevalentemente sul malato grave, lasciando scoperte aree di grande importanza, come l'ansia o la depressione, che devono essere adeguatamente curate, per prevenire l'insorgenza di patologie più gravi, contribuendo così al miglioramento del livello di salute complessivo della popolazione. Particolare attenzione andrebbe inoltre riservata, perché sempre più frequente, alla depressione *post-partum*, troppo spesso sottovalutata e ai disturbi dell'alimentazione (anoressia e bulimia) che registrano un continuo aumento soprattutto negli adolescenti.

Nel prossimo futuro, sarà conseguentemente necessario elaborare nuovi percorsi assistenziali, sia per la cura dei disagi mentali meno gravi (che, a differenza di quanto sostenuto da alcune parti, non devono essere delegati alla medicina di base), che per la prevenzione delle cronicità spesso associate alle patologie in esame. Nello specifico, si rende oppor-

tuno promuovere la diagnosi precoce delle patologie, l'adozione di interventi tempestivi ai primi segnali di sofferenza, l'implementazione di misure atte a migliorare la conoscibilità e l'accessibilità dei servizi, la diffusione di campagne di sensibilizzazione ed informazione al problema e il potenziamento delle attività di intervento psichiatrico, in primo luogo diagnostico, in età infantile e sugli adolescenti. Se si considera che circa un milione di pazienti non vengono trattati per la depressione per mancanza di diagnosi, pare chiaro che anche l'ospedale generale deve diventare luogo strategico per intervenire su questo tipo di pazienti e deve essere dotato delle professionalità adatte a diagnosticare queste patologie, spesso assolutamente misconosciute presso i reparti di Pronto soccorso.

Una seconda area di criticità è quella legata al carattere tendenzialmente episodico e discontinuo di programmi e trattamenti, che riescono a coprire solo una frazione della domanda dei pazienti; l'impossibilità di garantire un'assistenza sanitaria specifica nel medio-lungo periodo evidenzia infatti la condizione di sostanziale abbandono in cui ancora oggi sono lasciati tali pazienti, con tutti i problemi di gestione quotidiana che risultano così riversati sulle famiglie, gravate da enormi difficoltà e responsabilità.

Per ovviare a tale situazione, è necessario intensificare e diversificare la rete assistenziale sia a livello ospedaliero, sia, soprattutto, a livello territoriale, al fine di offrire alle famiglie un reale supporto infermieristico, psichiatrico, sociale ed eventualmente anche economico (ad esempio favorendo l'accesso di questi pazienti alle pensioni di reversibilità).

In particolare, si dovrebbe diversificare l'offerta su vari livelli assistenziali a progressiva intensità di cura, al fine di fornire risposte differenziate a seconda della tipologia e del grado di patologia del paziente, quali: l'erogazione di servizi di assistenza psichiatrica domiciliare prolungata nel medio-lungo periodo per i malati che possono essere curati in famiglia, l'attivazione estesa di strutture residenziali protette di medie dimensioni per la lungo-degenza dei malati cronici e l'introduzione di strutture di alta specializzazione deputate al trattamento e alla cura psichiatrica dei malati non ancora cronicizzati. Tali strutture di alta specializzazione dovrebbero essere focalizzate su specifiche problematiche di pertinenza psichiatrica, come ad esempio quelle concernenti la vittimologia. Inoltre, dovrebbe essere potenziata l'offerta di servizi e di strumenti di supporto a livello territoriale, tra cui l'istituzione di centri di ascolto nei dipartimenti di salute mentale, la creazione di una rete di assistenza domiciliare *ad hoc* in sinergia con il privato sociale e la medicina di famiglia, la realizzazione di centri crisi e centri diurni, nonché la partecipazione in un nucleo di valutazione del dipartimento di salute mentale di rappresentanti di associazioni di familiari.

Per l'implementazione di tutti questi interventi, sarà importante monitorare le iniziative deliberate dalle aziende sanitarie locali per il reinvestimento in obiettivi di salute mentale delle risorse ricavate dalla dismissione degli ospedali psichiatrici.

Un terzo ambito di criticità è quello legato all'assenza di protocolli unitari per l'attuazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), che conseguentemente rappresenta un vero e proprio momento di rischio, sia per il paziente (nel caso del mancato o ritardato ricovero ovvero, all'inverso, dell'abuso nel ricorso al ricovero) che per i professionisti del settore (data la possibilità di incorrere nella colpa professionale per abbandono di persona incapace ovvero, all'opposto, per sequestro di persona). La revisione della normativa sul TSO e anche sull'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) – procedura nella quale si riscontrano problemi analoghi a quelli del TSO – deve consentire ai professionisti la possibilità di effettuare nei confronti dei pazienti non collaborativi i dovuti accertamenti e trattamenti non solo nella fase acuta, ma per tutto il tempo necessario alla cura; è inoltre opportuno un sostanziale snellimento delle procedure.

Ovviamente, il problema dei TSO e degli ASO è legato a doppio filo al tema del diritto di autodeterminazione del malato nel settore dell'assistenza psichiatrica. In tale ambito, ferma restando l'esigenza di garantire, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta delle cure del malato psichiatrico, si ritiene necessario evidenziare il problema della scarsa percezione del disturbo psichiatrico (il 10 per cento dei malati non sa infatti di soffrire di una patologia mentale) e quindi segnalare l'opportunità di introdurre adeguati meccanismi, anche obbligatori, di responsabilizzazione dei malati alla cura.

Connesso al problema dei TSO è anche il tema della contenzione, fisica e farmacologica, modalità attraverso la quale, in particolari situazioni, viene attuato un trattamento psichiatrico; trattandosi di una modalità di trattamento ormai in disuso, ma estremamente complessa e con rilevanti ripercussioni sul sistema di relazioni medico-paziente-familiari, è necessario promuovere anche nel settore in esame la predisposizione di protocolli unitari e specifici, che ne regolamentino l'uso e portino alla creazione del «registro epidemiologico della contenzione».

Altrettanto urgente è, infine, l'introduzione di disposizioni comuni sul trattamento delle urgenze, tematica questa che, data la complessità dell'argomento, necessita della definizione di linee guida comuni al fine di orientare i medici sulle modalità e sul luogo del trattamento.

Quarta area di criticità è quella legata alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici (OP) che, pur rappresentando una grande conquista della legge n. 180, non ha contribuito a risolvere del tutto i problemi assistenziali di fondo che avevano ispirato la riforma: parte dei pazienti dimessi dagli OP sono stati, infatti, accolti in comunità protette, che a volte rischiano di diventare dei «mini manicomi», in cui si sono ripetuti i tradizionali schemi custodialistici e di etichettamento. Alcuni di tali pazienti, ormai anziani e non più bisognosi di specifica assistenza psichiatrica, potrebbero trovare adeguata sistemazione nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), che sono da potenziare e che dovrebbero contemplare delle percentuali di accoglienza dedicate agli ex malati mentali, consentendo così di liberare posti nelle comunità protette a favore dei pazienti giovani che ancora oggi

trovano una grande difficoltà logistica all'inserimento. In tutte le strutture residenziali o semiresidenziali, spesso gestite dai privati accreditati, deve comunque essere realizzata un'attenta valutazione della qualità dei servizi, al fine di evitare che tali strutture si trasformino in semplici «parcheggi», privi di interventi assistenziali o riabilitativi mirati.

Un quinto livello di criticità si manifesta a livello della medicina psichiatrica penitenziaria, settore questo assolutamente trascurato dalla legge n. 180. In particolare, si pone il problema della gestione della popolazione dei pazienti psichiatrici residenti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), per i quali è iniziato da alcuni anni un processo di progressiva dimissione: è evidente, infatti, che né una dimissione «forzata», né il mancato invio in OPG risolvono il problema di fondo del trattamento di pazienti autori di reati (e spesso di reati violenti), che non sono sovrapponibili, per problematiche e percorso terapeutico, alla restante popolazione dei pazienti psichiatrici. L'impreparazione dei dipartimenti di salute mentale a gestire tali pazienti e l'impossibilità di gestire contestualmente le due tipologie di malati nelle comunità protette rende conseguentemente auspicabile un percorso di riflessione sulle riforme da attuare, al fine di garantire a tali pazienti – anche attraverso l'attivazione di convenzioni con i servizi di psichiatria territoriale opportunamente riorganizzati – trattamenti mirati e affidati a personale specializzato.

Una sesta area di criticità riguarda la carenza di percorsi formativi specifici per gli operatori in ambito psichiatrico: scarseggiano, infatti, i percorsi formativi e di aggiornamento finalizzati a garantire un'adeguata e continuativa formazione specialistica al personale addetto al trattamento di queste patologie. Conseguentemente, va garantita una maggiore integrazione della Salute Mentale nella didattica dell'assistenza sanitaria (inclusi i corsi ECM) e nelle strutture e va altresì prevista una riforma degli studi universitari, da anni inadeguati alle esigenze di sviluppo del settore. In ambito medico, ad esempio, il venir meno della specializzazione in criminologia e le problematiche operative che caratterizzano la specializzazione in psicopatologia forense (per la quale il Ministero della salute non ha indetto specifiche borse di studio) sono una testimonianza evidente delle difficoltà organizzative-formative che ostacolano la specializzazione nel settore. Le cliniche universitarie di Psichiatria dovrebbero essere direttamente coinvolte nel SSN, ad esempio assumendo la responsabilità di almeno un modulo assistenziale, poiché non sarebbe possibile provvedere alla formazione del personale de SSN con insegnamento e tirocinio adeguati se carenti di diretta competenza.

Infine, non si possono sottovalutare anche le criticità legate alla scarsità di percorsi mirati di inserimento/reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti affetti da disturbi mentali. Se si considera, infatti, che il lavoro costituisce un valore fondamentale per la riabilitazione e l'inserimento sociale, si comprende l'importanza dell'introduzione di sistemi di lavoro protetti ed adeguatamente retribuiti per i malati psichici con prospettive d'inserimento graduale nel mondo del lavoro; altrettanto importante è la

promozione di specifici momenti di formazione professionale, anche sul campo, da alternare ai momenti di lavoro vero e proprio.

5. Conclusioni

Una vera riforma dell'assistenza psichiatrica deve essere mossa dall'esigenza di superare l'accezione di «psichiatria» per arrivare ad una nuova nozione di «salute mentale», connotata sia in termini di prevenzione e diagnosi precoce che in termini di miglioramento della qualità di vita dei malati. In tale prospettiva, è necessario che l'attenzione non sia limitata alle malattie croniche o agli episodi acuti della patologia psichiatrica, bensì estesa a tutti i disturbi mentali delle diverse fasce di popolazione a rischio come l'infanzia e l'adolescenza, gli anziani, i tossicodipendenti e gli alcolisti.

Perché questi obiettivi siano raggiunti, la strategia di intervento deve essere focalizzata sull'integrazione in rete di tutti i servizi che oggi operano in maniera disaggregata, nonché sulla riorganizzazione e differenziazione delle diverse forme di assistenza o presa in carico del malato oggi disponibili anche individuando una figura di coordinatore interdipartimentale e interservizi.

Al raggiungimento di tali obiettivi deve collaborare anche l'Università, come ente formativo, in sinergia con le amministrazioni regionali e i dipartimenti territoriali.

Tali processi di riforma dovranno essere implementati con il supporto diretto sia delle famiglie dei malati, che devono rimanere parte integrante del «cammino terapeutico» del paziente, sia delle associazioni di familiari e volontari, che rappresentano una risorsa fondamentale da valorizzare ulteriormente nella definizione sia teorica che operativa del progetto terapeutico. Solo attraverso lo sforzo comune di tutte le figure e le istituzioni coinvolte nel problema, sarà possibile combattere lo stigma di cui sono fatti oggetto, ancora oggi, e indipendentemente dal tipo e dalla gravità della patologia, coloro che presentano disturbi mentali.

Sotto il profilo delle competenze normative e gestionali, infine, è importante che le Regioni, in stretta collaborazione con gli Enti locali e nel rispetto degli indirizzi generali nazionali, siano responsabilizzate sull'attuazione degli interventi di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, proseguano e implementino i progetti obiettivo già in atto, rispondendo in prima persona dei risultati raggiunti nel perseguimento dell'obiettivo di destinazione del 5 per cento dei fondi sanitari regionali alle attività di salute mentale.

