



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

AUDIZIONE SVOLTA PRESSO LA PREFETTURA DI TRIESTE

Giovedì 18 febbraio 2010

Presidenza del presidente MARINO

I N D I C E

Audizione dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, dottor Vladimir Kotic, dell'Assessore alla promozione e protezione sociale del Comune di Trieste, signor Carlo Grilli, e del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Franco Rotelli, del Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Giuseppe Dell'Acqua, del Direttore del Dipartimento dipendenze, Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze illegali e del Ser.T dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottoressa Roberta Balestra, del Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze legali dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Salvatore Ticali, del Direttore della Casa Circondariale di Trieste, dottor Enrico Sbriglia, del Responsabile del Centro di salute mentale di Barcolla/Aurisina, dottor Roberto Mezzina, del Responsabile del Centro di salute mentale Maddalena, dottor Matteo Impagnatiello, del Responsabile del Centro di salute mentale di Domio, dottor Pasquale Evaristo, del Responsabile del Centro di salute mentale di Gambini, dottoressa Elisabetta Pascolo Fabrici.

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

Intervengono l'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, dottor Vladimir Kotic, accompagnato dal Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 5 - Bassa Friulana, dottor Marco Bertoli, l'Assessore alla promozione e protezione sociale del Comune di Trieste, signor Carlo Grilli, il Direttore generale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Franco Rotelli, il Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Giuseppe Dell'Acqua, il Direttore del Dipartimento dipendenze, Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze illegali e del Ser.T dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottoressa Roberta Balestra, il Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze legali dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Salvatore Ticali, il Direttore della Casa Circondariale di Trieste, dottor Enrico Sbriglia, il Responsabile del Centro di salute mentale di Barcolla/Aurisina, dottor Roberto Mezzina, il Responsabile del Centro di salute mentale Maddalena, dottor Matteo Impagnatiello, il Responsabile del Centro di salute mentale di Domio, dottor Pasquale Evaristo, il Responsabile del Centro di salute mentale di Gambini, dottoressa Elisabetta Pascolo Fabrici.

I lavori hanno inizio alle ore 17.

Audizione dell'Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, dottor Vladimir Kotic, dell'Assessore alla promozione e protezione sociale del Comune di Trieste, signor Carlo Grilli, e del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Franco Rotelli

PRESIDENTE. Saluto e ringrazio per la disponibilità il dottor Vladimir Kotic, il signor Carlo Grilli e il dottor Franco Rotelli, rispettivamente Assessore alla salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, assessore alla promozione e protezione sociale del comune di Trieste e direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari n. 1 - Triestina.

Le odierne audizioni vanno inquadrare nell'ambito dell'inchiesta che la Commissione sta conducendo in relazione alle strutture sanitarie preposte sul territorio alla cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche. In questa ottica, chiedo ai singoli audendi di svolgere una breve relazione introduttiva sui profili di rispettiva competenza; a seguire, i

componenti della delegazione, a partire dai relatori dell'inchiesta, i senatori Bosone e Saccomanno, potranno porre quesiti e svolgere le proprie considerazioni.

KOSIC. Vi do il benvenuto nella nostra città e vi ringrazio per l'opportunità che ci viene data di confrontarci su un dato di cui andiamo orgogliosi.

Sono accompagnato dal dottor Bertoli, che è il nostro rappresentante nel gruppo di coordinamento interregionale sulla salute mentale nella conferenza Stato-Regioni, di cui egli sta seguendo i lavori.

Per ciò che riguarda la salute mentale, sicuramente in questa Regione si sta seguendo un percorso che ha un'eredità estremamente importante e che porta con sé un valore aggiunto per il coinvolgimento di tutte le istituzioni che si sono impegnate in questo campo. Il coinvolgimento di vari livelli di responsabilità e le scelte fatte dal punto di vista politico su come investire le risorse regionali, per garantire una qualità migliore della salute in generale e di quella mentale, in particolare hanno garantito continuità e uno sviluppo straordinario sempre in crescita.

Il percorso avviato da molti anni è stato seguito in maniera omogenea a livello regionale. Come è a voi noto, è stata avviata una riforma fondamentale per garantire e tutelare la dignità del malato, che viene considerato nella dimensione umana: come una persona che si trova

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

in una condizione di sofferenza. Si è cercato di provocare una rottura rispetto a modelli di risposta che andavano superati, coinvolgendo non soltanto il sistema sanitario, ma anche gli altri sistemi.

La riforma è stata applicata in maniera diffusa, sebbene la nostra Regione sia alquanto diversificata, sia a livello orografico, sia per l'organizzazione dei Comuni e degli enti locali, anche con riferimento al sistema sanitario regionale secondo come si è andato articolando in questi ultimi trent'anni. Comunque, ripeto, in questo percorso, nell'ambito del quale ci sono stati anche importanti cambiamenti di sistema, si è registrata una continuità di sviluppo straordinaria.

Tuttavia, non abbiamo ancora raggiunto gli obiettivi previsti. Ad esempio, in cinque centri (Latisana, Tolmezzo, Tarcento, Cividale e Codroipo) non abbiamo ancora un centro di salute mentale attivo 24 ore, rispetto alla programmazione che doveva essere attuata entro il 2008 secondo il piano socio-sanitario 2006-2008.

Come dicevo, la nostra Regione presenta una situazione abbastanza diversificata. Abbiamo una grande città, Trieste, con 240.000 abitanti; poi ci sono Udine, Pordenone e Gorizia; il territorio è molto vario dal punto di vista orografico, dal momento che ci sono le montagne, la bassa, il mare, quindi vi è una serie di variabili abbastanza importanti che hanno influito sull'organizzazione che queste comunità storicamente si sono date.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Nelle grandi città, la risposta è stata sicuramente più soddisfacente. Il problema è che bisogna garantire la presa in carico e la continuità di risposta in tutta la Regione in maniera più omogenea. Questo argomento riguarda non soltanto la salute mentale, ma anche l'assistenza domiciliare e la presenza di professionisti, dato che anche in questi settori esistono alcune disomogeneità, a livello regionale. Ad esempio, in alcune zone ci sono sei infermieri per 10.000 abitanti, in altre ve ne sono 2,2. Permangono cioè alcune criticità, disomogeneità di un certo rilievo, relative soprattutto alla continuità della presa in carico. Questo è evidenziato in maniera abbastanza precisa nella bozza di piano socio-sanitario 2010-2012, che abbiamo proposto e approvato, dove vengono affrontati questi aspetti.

A grandi linee riteniamo di dover continuare il lavoro finora svolto, non soltanto investendo maggiori risorse e professionalità nell'ambito dell'organizzazione del nostro sistema, ma anche ricercando un'integrazione, una collaborazione con gli altri sistemi. Fondamentali, da questo punto di vista, sono le opportunità che si sono aperte con la legge per l'inserimento lavorativo delle persone con disagio: la dignità della persona è strettamente legata ai diritti che possono essere acquisiti attraverso il coinvolgimento dei servizi e dei sistemi che hanno a che fare non soltanto con la salute, ma anche con il lavoro e la casa, che devono essere considerati come un diritto. Occorre rafforzare la rete sociale,

affinché questa sia in grado di adottare le soluzioni che il mondo associativo ha saputo dare.

Cito ad esempio un'esperienza sulla salute mentale veramente importante, che è stata avviata da poco a Pordenone: utilizzando i contributi a sostegno del fondo per le autonomie possibili, cioè per la non autosufficienza, abbiamo erogato uno stanziamento per sostenere, in via sperimentale, cinque strutture per patologie mentali, che si sono organizzate in maniera estremamente intelligente, dando un esempio di appropriatezza. Questo è uno dei temi su cui dobbiamo sempre più sfidare la rete sociale per cercare soluzioni nuove, altrimenti non sarà più sostenibile la spesa, dato l'ampliamento della domanda di salute legata ad una situazione socio-demografica in continuo cambiamento.

A causa di queste due variabili, credo non sia più sufficiente l'impegno delle istituzioni - per quanto grande possa essere - e dei vari sistemi, per soddisfare la domanda di salute, che si è ampliata. Necessariamente, si dovrà puntare su una maggiore responsabilizzazione di chi è portatore di questa domanda di salute, che deve diventare un consapevole protagonista, altrimenti credo sia impossibile continuare il percorso virtuoso che è in atto (che comunque non è mai il caso di sottolineare in forma autocelebrativa).

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Prima di concludere, aggiungo una riflessione finale. Su questi e su altri temi attinenti alla salute mentale, anche se di confine, soprattutto per ciò che riguarda le nuove sfide che oggi questo settore affronta, che hanno a che fare con il mondo dei giovani, le tossicodipendenze, le nuove forme di disagio che si manifestano, assume particolare rilevanza la questione della legalità. In tale ambito, ogni sistema deve assumersi le proprie responsabilità ma in uno spirito di condivisione. Mi riferisco per esempio alle varie situazioni in cui agiscono i Ser.T entro i margini della giustizia.

In tema di legalità, lo spartiacque è estremamente importante: la questione non va vista in una dimensione repressiva o persecutoria, in quanto ci troviamo di fronte a persone che hanno bisogno di essere aiutate e comprese, non giudicate. La complicità può essere una discriminante di grande rilievo, che non deve mai essere dimenticata. Si gioca su un campo dove ci sono due porte, quello della salute e quello della malattia: bisogna essere molto consapevoli della squadra in cui si gioca e di quali sono le regole del gioco.

GRILLI. Innanzi tutto, vorrei darvi il benvenuto nella nostra città.

Essendo alla mia prima esperienza politica, mi approccio a questi temi sempre con molta umiltà, ritenendo di non essere depositario della verità.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Credo che come parte politica abbiamo il dovere di porci sempre in una posizione di ascolto nei confronti delle esigenze dei nostri cittadini e del nostro territorio. Trieste, come diceva l'assessore Kosic, del quale condivido in pieno tutte le asserzioni, rappresenta sicuramente ancora oggi un grande laboratorio e una punta di eccellenza. Lo dico senza falsa modestia: si sta lavorando in maniera alacre su questi temi. Come città e come regione abbiamo la responsabilità di continuare un percorso già avviato, che non è stato privo di errori ma che ha voluto esprimere una direzione molto forte per la dignità della persona.

In una divisione delle competenze, la salute mentale come anche le dipendenze afferiscono all'azienda sanitaria; pertanto, il Comune lavora in maniera sinergica con l'azienda sanitaria e in fase di appoggio a questa struttura. Sarà poi il dottor Rotelli a spiegare più ampiamente l'attività che viene svolta dal punto di vista medico. Il nostro compito è quello di avviare percorsi di inclusione sociale, senza i quali tutte le terapie e tutti gli accorgimenti nei confronti di queste persone non avrebbero significato.

Credo che il territorio, la città, il Paese tutto debbano farsi carico di questi soggetti. Il compito del Comune e dell'ente locale è proprio quello di farsi mediatore tra le situazioni di disagio le quali possono anche rappresentare delle potenzialità nel territorio. A volte ci si appropria a questi temi con diffidenza, con paura, con una non conoscenza appropriata;

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

credo invece che in qualche maniera sia possibile avvicinarsi a queste persone in presenza di una mediazione molto forte. Ritengo quindi che il ruolo dell'ente pubblico sia fondamentale in tal senso: l'ente locale si è assunto la responsabilità di condividere percorsi non solo con le realtà produttive (senza le quali non possiamo pensare di ottenere una inclusione sociale), ma anche con la scuola e con il territorio in generale.

Si sta lavorando in maniera sinergica perché oggi abbiamo molteplici problematiche, che vanno affrontate con strumenti adeguati che ognuno degli enti può mettere in campo. Importante e fondamentale è che la risposta al cittadino venga data in maniera univoca e che ci sia condivisione di obiettivi fra gli enti. Questo è necessario soprattutto in un momento in cui è sempre più difficile reperire risorse per soddisfare bisogni che aumentano in maniera esponenziale. Ecco che la risorsa della conoscenza e della condivisione di obiettivi che definiscano con precisione i ruoli e le competenze, intervenendo in maniera appropriata nei confronti delle persone che hanno bisogno dei nostri servizi, diventa una risposta vincente nell'ambito delle tematiche che siamo chiamati ad affrontare.

Lascerei comunque allo svolgimento del dibattito l'illustrazione di ulteriori elementi, in quanto ritengo che la nostra visione possa essere meglio spiegata con le risposte che potremo fornire alle domande che vorrete porci.

ROTELLI. Signor Presidente, desidero consegnare alla Commissione una documentazione relativa all'attività dell'Azienda per i servizi sanitari, che ha come bacino d'utenza la popolazione di tutta la provincia di Trieste, con circa 240.000 abitanti. Si tratta di un'azienda un po' atipica: è una delle poche aziende sanitarie italiane che non ha la gestione di alcun ospedale, né piccolo né grande; essa si occupa solo delle strutture territoriali.

Vorrei svolgere alcune brevi osservazioni per situare qualsiasi altra considerazione. Ho personalmente diretto i servizi psichiatrici di questa città dal 1980 al 1995, dopo avere lavorato per dieci anni con il professor Basaglia, sempre a Trieste, dal 1971 al 1980. Dal 1998 ho assunto le funzioni di direttore generale dell'azienda sanitaria. La psichiatria, quindi, è un argomento che sta a cuore all'Azienda per i servizi sanitari, se non altro per la storia personale del suo direttore generale.

Riteniamo di avere compiuto in tutti questi anni un percorso molto importante e molto positivo, a cominciare dalla difficile e lunga fase di scioglimento dell'ospedale psichiatrico di Trieste che, quando cominciammo questo lavoro nel 1971, contava 1.200 ricoverati: un numero che potrebbe suonare impressionante, ma dovete tener presente che Trieste è stata protagonista dell'esodo dall'Istria. Metà della popolazione dell'ospedale psichiatrico aveva vissuto quelle vicissitudini. Si tratta

comunque di un numero molto alto per una città di piccole-medie dimensioni.

La difficile trasformazione dell'ospedale psichiatrico, a differenza di quanto normalmente si creda, fu lenta e graduale; furono necessari dieci anni di lavoro per riuscire a modificare concretamente le condizioni degli internati e per arrivare poi progressivamente alle dimensioni attuali. Dal 1976 abbiamo cominciato ad allestire servizi alternativi, partendo da un presupposto molto chiaro (che a 30 anni di distanza si rivela tuttora buono): che per una popolazione delimitata è necessario avere un centro di salute mentale aperto 24 ore su 24, sette giorni su sette, con la disponibilità di alcuni posti letto per le situazioni di crisi e di un'*équipe* che sia in grado di svolgere sia attività ambulatoriali, sia assistenza diurna e notturna alle persone in crisi, sia attività domiciliare, sia qualsivoglia altra attività di prevenzione, cura e riabilitazione che i problemi di salute mentale richiedono. Il primo centro di salute mentale lo aprimmo proprio nel 1976 e ancora oggi si basa sullo stesso tipo di modulo organizzativo fondamentale.

Attualmente Trieste ha quattro distretti sanitari, ognuno dei quali serve un bacino d'utenza di circa 60.000 abitanti con un centro di salute mentale funzionante 24 ore su 24, sette giorni su sette. Ogni centro di salute mentale dispone di alcuni posti letto per le situazioni di crisi ed è attivo durante la notte per le persone che ospita, mentre durante il giorno, oltre ad

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

essere disponibile per queste persone, svolge attività diurna, attività domiciliare e attività di lavoro con i familiari, con i pazienti, con la comunità e con il resto dei servizi sociali e sanitari della città, in stretta integrazione con tutti gli altri servizi del distretto sanitario.

Oltre ai quattro centri di salute mentale ed ai loro posti letto esiste anche il servizio di diagnosi e cura (come prevede la legge) presso l'ospedale Maggiore di Trieste. Tale servizio, a differenza di ciò che accade nel resto d'Italia, è interpretato come pronto soccorso psichiatrico. In altre parole, le persone che per vari motivi giungono al servizio di pronto soccorso dell'ospedale possono trovare ospitalità immediata nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura e da lì, se si rileva la necessità di una continuità di cura, di intervento, ma anche di ricovero e di ospitalità, vengono trasferite appena possibile, prevedibilmente il mattino successivo, al centro di salute mentale della zona da cui provengono.

Il servizio di diagnosi e cura è una struttura molto leggera che evita quelle situazioni di affollamento e super affollamento e, molto spesso, anche quei problemi di trattamento improprio che si registrano in altre città.

In aggiunta a queste strutture esistono una rete di case famiglia, che ospitano persone anche per lunghissimi periodi in una situazione di varia intensità di assistenza, ed una rete di cooperative sociali di tipo B, cioè quelle cooperative che nella loro compagine occupano almeno il 30 per

cento di persone svantaggiate, le quali ci aiutano molto a favorire il processo di inserimento sociale e lavorativo dei pazienti psichiatrici.

Viene poi svolto un ulteriore lavoro con i familiari, con le associazioni e con tutta la rete complessiva dei servizi sanitari che gestiamo come Azienda, quindi con tutta la rete distrettuale. Saranno poi il dottor Dell'Acqua ed i singoli addetti al dipartimento di salute mentale a fornire in merito dettagli più precisi ed una documentazione più accurata.

Riteniamo che in questi ultimi anni si sia lavorato molto per favorire l'integrazione dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari. Abbiamo costruito un buon rapporto con l'intero sistema ospedaliero e con tutti gli altri servizi distrettuali che si fanno carico dei problemi delle persone con disturbi mentali e di tutte le patologie non specifiche che esse presentano; questa situazione fortemente integrata comporta benefici per tutti.

Per quanto riguarda il numero di trattamenti sanitari obbligatori, nessun cittadino di Trieste è in un ospedale psichiatrico giudiziario di questo Paese, mentre il tasso di suicidi, che è partito da livelli molto alti, sta lentamente scendendo. Ritengo, in sintesi, che, dopo le tensioni che ci sono state negli anni passati ed a seguito di un dibattito molto intenso che su questi temi c'è sempre stato in città, oggi si possa complessivamente registrare un buon consenso tra la popolazione.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

L'Azienda per i servizi sanitari dedica il 4 per cento della spesa sanitaria globale della città di Trieste alle politiche della salute mentale. Riteniamo che la percentuale sia sostanzialmente adeguata; l'esperienza in tutti questi anni ci ha dimostrato che una percentuale che si assesti tra il 4 e il 5 per cento della spesa sanitaria complessiva è quanto i servizi di salute mentale richiedono ed è sufficiente a garantire un buon complesso di servizi.

A differenza di molti altri luoghi nel Paese, abbiamo puntato molto sul personale non medico, quello infermieristico e di assistenza di altro genere. Disponiamo di un numero significativo di psichiatri (uno ogni 10.000 abitanti) e di un addetto ai servizi di salute mentale, dipendente dell'azienda (ogni 1.000 abitanti circa).

Esiste poi un dipartimento dedicato alle dipendenze da sostanze psicoattive che raggruppa due strutture complesse: una per le sostanze legali e l'altra per quelle illegali. Anche tale struttura lavora sulla base della filosofia del forte inserimento nella comunità e nei distretti e della presenza a tutto campo nei problemi dei pazienti, vuoi sotto il profilo squisitamente sanitario, vuoi sotto il profilo sociale, in stretto collegamento sinergico con il sistema dei Comuni.

Riteniamo che, per quanto tutto sia perfettibile, l'assetto dei servizi che si è venuto determinando negli anni e che ormai si basa su un modello

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

organizzativo consolidato nel tempo, facente capo ad un unico dipartimento di salute mentale e dotato di un vertice forte e di una struttura robusta, sia complessivamente adeguato.

Le esperienze sono continuative ed abbiamo anche un rapporto costante con i Paesi più avanzati nel settore. Grazie alla significativa fama che abbiamo, meritata o immeritata che sia, sono continue le visite e gli incontri con operatori di mezzo mondo e, in particolare, con quelli dei Paesi più avanzati, che certificano costantemente un apprezzamento per il modello organizzativo e per le modalità di lavoro che trovano nelle strutture triestine.

PRESIDENTE. Dottor Rotelli, la ringrazio anche per la documentazione che ci ha lasciato e che contiene alcuni parametri che si rivelano molto importanti per la nostra Commissione, aggiuntivi a quelli da lei appena sottolineati; mi riferisco, in particolare, alla riduzione di 24 punti percentuali negli ultimi sei anni del tasso di ospedalizzazione e alla notevole diminuzione della afferenza dei cittadini al pronto soccorso, oltre al fatto che negli ultimi 5/6 anni l'Azienda per i servizi sanitari n. 1 - Triestina ha sempre chiuso in attivo il proprio bilancio. Credo che questi siano tutti aspetti sui quali certamente la nostra Commissione rifletterà: essi

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

rappresentano esempi positivi ed importanti nel nostro Servizio sanitario nazionale.

COSENTINO (*PD*). Formulerò brevi domande per capire meglio, a cui credo potrà rispondere il professor Rotelli o chiunque altro degli interlocutori lo desidera.

In primo luogo, mi sembra che rispetto alla destinazione del quattro per cento circa delle risorse dell'azienda verso le politiche di salute mentale sia stata espressa una valutazione di sostanziale sufficienza anche se poi, naturalmente, i fondi non sono mai del tutto sufficienti.

Questo parametro è più o meno simile nella Regione o vi è una differenza tra la provincia di Trieste e la Regione?

Vorrei soprattutto sapere se vi è un concorso, oltre la somma che riguarda il fondo sanitario, di spesa sociale del Comune a sostegno dei progetti e quale rapporto c'è, di che entità è l'interlocuzione tra Comune e struttura sanitaria?

L'esperienza sanitaria che avete compiuto in tutti questi anni ha prodotto dei risultati che possono essere opportunamente considerati, ai fini del lavoro di valutazione dei risultati fin qui ottenuti nelle varie realtà italiane che sta effettuando la Commissione.

Quanto al modello organizzativo, è stata espressa una certa

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

soddisfazione per un'esperienza che vede il dipartimento di salute mentale al centro di un sistema organizzato per centri di salute mentale. Al riguardo pongo due domande, anticipando che spesso i problemi nascono dalla indeterminazione e dall'autonomia dei *budget* di queste strutture. Che tipo di natura organizzativa avete scelto e quanto il dipartimento ha autonomia rispetto alle scelte di questa natura?

La seconda considerazione riguarda il rapporto pubblico-privato, che nel campo della salute mentale è un tema sempre molto aperto e vario. Avete detto che vi è un'esperienza positiva con strutture di cooperazione sociale. Ebbene, vorrei sapere se vi sono anche esperienze di rapporti, in questa realtà o in quella regionale, con strutture più direttamente private e accreditate di degenza o se un'esperienza di questo genere è problematica, se è inquadrata negli obiettivi del progetto obiettivo della Regione. Una risposta al riguardo per noi sarebbe davvero utilissima.

Infine, un'ultima contrazione a cui chiunque di voi può rispondere.

Da un po' di tempo nelle Commissioni parlamentari, sia alla Camera dei deputati, sia in qualche misura al Senato, si è aperta una riflessione a tanti anni dall'approvazione della legge Basaglia (dal 1978): una rivalutazione di quella legge, in particolare - se ben comprendo le esigenze che vengono poste in sede parlamentare - per una diversa normazione dei trattamenti sanitari obbligatori.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Ebbene, vorrei sapere se sulla base delle esperienze che avete compiuto siete in grado di fornire alla Commissione riflessioni e, quindi, un indirizzo in questo senso per permettere una valutazione sull'*iter* parlamentare dei disegni di legge di varia natura che sono stati presentati da varie parti politiche e che cominciano ad affacciarsi. Ci piacerebbe capire, proprio partendo da un'esperienza concreta, quali sono le riflessioni che voi suggerite al lavoro parlamentare.

BOSONE (*PD*). L'esperienza del CSM sulle 24 ore è una vostra peculiarità, un vostro punto di forza e, anche se non è ancora estesa completamente a tutte le realtà regionali del territorio, vanta comunque una discreta esperienza.

Vorrei sapere quali difficoltà comporta questa organizzazione, se sono legate al *budget*, piuttosto che al personale o altro; quale rapporto di integrazione esiste fra il centro di salute mentale e il servizio di diagnosi e cura. L'accesso al CSM, per esempio, è garantito e sempre diretto, oppure è filtrato dal servizio di diagnosi e cura, dal punto di vista organizzativo? Il CSM prevede un'afferenza territoriale precisa, molto cogente dei pazienti, oppure è possibile una libera scelta del medico o del CSM?

Quanto poi alla media degenza regionale nell'ambito delle strutture per la diagnosi e la cura, mi pare di avere capito che mediamente è molto bassa: non ci sono lunghe degenze nelle strutture di diagnosi e cura poiché al

riguardo il CSM svolge l'importante ruolo di snodo territoriale.

Vorrei sapere - come ha in parte anticipato il senatore Cosentino - se l'esperienza delle strutture residenziali o semiresidenziali è completamente pubblica o se vi sono esperienze di privati accreditati e, nel caso ve ne fossero, come si è rivelata.

Con riguardo poi ai centri diurni, che rappresentano un altro anello della struttura territoriale, si è fatto riferimento a diversi livelli di assistenza. Vorrei sapere quanti sono; come vengono differenziati i pazienti; se l'inserimento al lavoro (immagino che con il comparto sociale vi sia una particolare collaborazione) è previsto nell'ambito dei centri con accoglienza diurna o anche delle strutture residenziali, se è previsto per tutti e se avete previsto inserimenti lavorativi diversi a seconda dei livelli di assistenza.

SACCOMANNO (*PdL*). Rivolgo, innanzi tutto, un saluto ed un ringraziamento a tutti per aver accolto il nostro invito e, dunque, per la disponibilità.

Comprendo che *excusatio non petita, accusatio manifesta*, ma noi ci troviamo qui per svolgere un'indagine; al di là della completezza e della indubbia rilevanza dei dati che ci avete fornito, poiché al termine dei nostri lavori dovremo redigere una relazione, è nostro dovere cercare, anche laddove le piaghe non ci sono, di mettere il dito e di chiedere per avere informazioni.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Naturalmente siamo partiti con la consapevolezza di recarci in un luogo di eccellenza, ma ciò non esclude che dobbiamo poter trarre, attraverso le nostre domande, quanti più indicatori e parametri possibili per poterli confrontare con le altre esperienze nazionali. Anticipo, dunque, che non vi è nulla di personale in quanto verrà detto in questa sede.

Ringrazio, dunque, l'assessore regionale per l'ottimo spirito con cui ha tracciato le linee del lavoro svolto: ritengo siano condivisibili ed assolutamente apprezzabili; riconosciamo l'impegno e lo sforzo profusi.

Proverò ora ad addentrarmi in un percorso di lavoro che proverò a differenziare - nei limiti - tra la parte psichiatrica e quella della salute mentale, superando la *border line* delle dipendenze patologiche: lo spirito è di trarre suggerimenti, oltre ai dati generali, che potranno farci meglio inquadrare il colloquio che seguirà con gli altri responsabili.

Ho sentito parlare di *budget*, rispetto al quale devo presupporre (naturalmente faccio delle affermazioni che potranno essere smentite o confermate) che il dato sia riferibile a tutto il territorio, anche fuori Trieste.

KOSIC. Il *budget* non è omogeneo.

SACCOMANNO (*PdL*). Ne prendo atto. A proposito del personale, ritenete sia adeguamento suddiviso sul territorio per affrontare tanto le problematiche

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

della salute mentale, quanto quelle legate alle dipendenze patologiche? La struttura suddivisa in dipartimenti, così come ci è stata descritta dal direttore generale, dottor Rotelli, ha la stessa coerenza, la stessa presenza, lo stesso modello e il medesimo grado di soddisfazione su tutto il territorio?

Sarebbe utile poi disporre dei dati di funzionalità oltre che di organizzazione di queste strutture, per sapere da chi sono frequentati e con quale frequenza; quanti interventi differenziati con riguardo alla salute mentale (poi, magari, lo chiederemo anche ai tecnici); se i TSO hanno un'incidenza omogenea su tutto il territorio regionale o diversa tra il nucleo di attenzione della città capoluogo ed il resto; se la flessione dei suicidi e degli autolesionismi è omogenea sul territorio regionale.

E ancora, se è possibile, vorremmo conoscere i dati relativi agli utenti dei servizi suddivisi per genere e per età: sappiamo che stanno avvenendo notevoli cambiamenti sotto questo profilo (ho notato che avete distinto le dipendenze patologiche tra quelle legate alle sostanze legali e quelle alle sostanze illegali). Sarebbe interessante comprendere qual è il dato sociale e il tipo di risposta che si fornisce, anche nell'ottica dell'integrazione che si vuole raggiungere.

Quanto poi ai servizi di diagnosi e cura, ho notato che il numero di posti letto è ridottissimo, anche se sappiamo che per affrontare l'acuzie in modo immediato si può contare anche sui posti letto dei centri di salute

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

mentale temporanea. Secondo voi sono una risposta sufficiente per i bisogni della città che, spesso, accoglie richieste anche extraterritoriali?

Naturalmente siamo consapevoli del fatto che ci rivolgiamo a rappresentanti territoriali e che risposte più precise al riguardo potrebbero esserci fornite da altri interlocutori, che possono spaziare oltre il confine territoriale per valutare, in generale, il dato. Tuttavia siamo interessati a capire, sempre su una linea di confine, quanto le sindromi psicotiche (abbiamo parlato di suicidi) sono attribuibili o indotte da alcol e droga: sarebbero dati indicativi della funzionalità di un'organizzazione che ci è stata rappresentata con risultati ottimali.

A vostro parere, le richieste e le risposte sono in flessione o in aumento? Nel secondo caso, si registrano diminuzioni settoriali? Mi chiedo se coloro che sfuggono alla *cannabis* non finiscono poi per legarsi ad altre dipendenze (a tal proposito vi anticipo che stiamo predisponendo un provvedimento sul fumo). Vi sono casi che vengono accolti dai dipartimenti di dipendenza patologica anche per una richiesta di aiuto? C'è una conoscenza di questo fenomeno?

Quanto poi alle organizzazioni del tipo appartamento, esiste un ricambio? Esiste un sistema di controllo della ASL o della Regione per verificare se il paziente nell'appartamento una mattina non vi entra affatto o se vi è rimasto da 20 o 30 anni? Se così fosse, sarebbe un circuito più aperto di

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

quello precedente ma permanente, in cui il progetto riabilitativo diventa un progetto di ergoterapia riabilitativa, da un punto di vista psichiatrico.

Anche questo può essere un dato importante alla luce delle questioni che richiamava il collega Cosentino, riguardo alle prospettive di un lavoro legislativo importante, come pure le finalità della legge n. 180. Questo per noi può diventare un elemento davvero dirimente riguardo alla funzionalità reale. Sugli accreditamenti, non ho compreso se esistono servizi in convenzione o di altro genere, ma l'assessore regionale sicuramente saprà rispondere.

Qual è lo spazio di integrazione con l'associazionismo, dal punto di vista del supporto, della collaborazione? Quali i riferimenti tra i centri organizzati e quanto si muove sul territorio in termini di volontariato? Con quale tipo di volontariato vi confrontate? Anche qui può uscire un quadro della integrazione, nell'ambito della vita della società, estremamente importante.

Inoltre, vorrei sapere se l'assessore, nella sua programmazione, ha la possibilità di valutare qual è l'interfaccia reale dei centri di salute mentale o delle strutture residenziali (è un quesito che potremo rivolgere anche ai tecnici), per capire come essi si relazionano con le famiglie, se vi sono programmi, se è prevista un'attività informativa di sensibilizzazione per un approccio diverso - organizzato a livello regionale o di ASL - alle differenti forme di disagio mentale.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Nel controllo del paziente (questo magari ce lo potrà dire meglio il direttore Rotelli) accade che, in modo involontario o per un atto di generosità del medico, siano assegnati comunque al CSM soggetti che non sarebbero di sua competenza? Mi riferisco a demenze senili, oligofrenie o altro. Dove si colloca il confine? Che tipo di assistenza proponete per quei casi? Li trattate con le patologie croniche diverse?

Quale controllo svolgono la Regione e l'Azienda per i servizi sanitari su tutto questo mondo, sugli accessi, sui programmi? Si sa molto sugli accessi ai centri e poco sulle uscite? Forse su questo aspetto vale la pena interloquire.

I servizi sono generalisti o specialisti? Rispondono a specifiche patologie in questi settori, oppure ci sono spazi per indirizzarli anche diversamente? È possibile ricorrere all'assistenza domiciliare, visto che il CSM, naturalmente, svolge assistenza in un certo orario? L'aspetto del rapporto con il servizio a domicilio è anche importante come tema da sviluppare dal punto di vista legislativo.

Vi chiedo inoltre di fornirci dati concreti circa i percorsi che hanno portato al reinserimento lavorativo, ovviamente secondo i diversi gradi della patologia, se non li avete a disposizione in questo momento, potrete farceli pervenire anche successivamente.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Ove necessario, tra il CSM o i centri di dipendenza patologica (proprio perché a Trieste c'è questa differenza tra assistenza territoriale e non ospedaliera) e i servizi di emergenza-urgenza vi è un buon collegamento? Sono mai emersi problemi? Lo chiedo non per rivolgere un'accusa - può accadere che vi siano delle difficoltà - ma solo per verificare se possiamo proporre soluzioni ad eventuali criticità.

Avete ricoverati di tipo psichiatrico per un periodo superiore al mese? Si tratta di pazienti che, con un ricovero superiore al mese, benché non possano essere definiti cronici, hanno già una permanenza quasi istituzionalizzata. Ci sono molti pazienti di questo tipo? È stato detto che a Trieste questa tipologia di pazienti non è presente negli apparati giudiziari psichiatrici; ma dai registri o dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO), risulta che nei reparti o nei luoghi psichiatrici, nell'ambito della Regione, ci sono persone ricoverate per oltre un mese, in centri di diagnosi e cura acuti, quindi per il periodo massimo di permanenza, di degenza?

Per quanto riguarda i Ser.T, vorrei sapere se risultano frequenti i decreti di affidamento, per esempio di metadone, intorno ai 30 giorni o se la media è discretamente più bassa. Qual è il rapporto tra i dipartimenti della dipendenze patologiche, soprattutto per quanto riguarda la droga, e le comunità terapeutiche? Vi è un'organizzazione, una collaborazione, o

anche qui possiamo si registrano contrasti, come accade in tante parti d'Italia?

Mi è parso di capire che le dotazioni organiche dei Ser.T siano soddisfacenti: vale solo per Trieste o per tutta la Regione? Qual è il rapporto tra i Ser.T ed i pronto soccorso, per esempio per le chiamate per *overdose*? C'è un buon rapporto con la medicina penitenziaria, assessore?

KOSIC. Ha riacquisitato la fiducia.

SACCOMANNO (PdL). Quindi si registra un livello di qualità indubbiamente maggiore: rispetto al passato, secondo la sua conoscenza e la sua riflessione, si può riscontrare un mondo sanitario indubbiamente migliorato, che offre servizi migliori.

PRESIDENTE. Rispetto a questa enorme quantità di domande, anche molto dettagliate, dal momento che l'interesse della Commissione è quello di fare un'analisi molto accurata della situazione esistente, vi chiederei di fornirci brevi risposte (mi rendo conto che la mia richiesta potrebbe sembrarvi quasi ridicola) ed eventualmente farci pervenire un'integrazione scritta, con i dati che vi sono stati richiesti e che magari non siete in grado

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

di comunicare in questo momento. Del resto, abbiamo in programma altre audizioni, dopo la vostra, e quindi abbiamo tempi ristretti a disposizione.

BOSONE (*PD*). Prima di passare alle risposte, Presidente, vorrei chiedere un'integrazione della documentazione che ci verrà inviata. Infatti, poiché la Commissione ha già inviato in precedenza alle diverse Regioni un questionario sugli aspetti organizzativi e risulta che il Friuli non abbia ancora risposto, chiedo agli auditi di inviarci la risposta a tale questionario, insieme alla documentazione relativa a questa audizione.

KOSIC. Registro in primo luogo questa carenza grave, che onoreremo al più presto, credo già da domani, dal momento che è una giornata lavorativa.

Presidente, credo che la sua richiesta non sia ridicola, in quanto giustificata da motivazioni metodologiche, proprio al fine di valorizzare al massimo lo spirito di questo incontro, che condivido pienamente e che credo sia quello giusto per leggere in maniera opportuna, senza nostalgie, il percorso che è stato fatto.

Abbiamo fatto un investimento importante di ciò che abbiamo ereditato, in modo da affrontare le sfide che abbiamo di fronte, che sono diverse da quelle che si presentavano in passato, quando sono state

compiute scelte importanti. È necessario procedere ad un aggiornamento dell'organizzazione e la possibilità di condividere con questa Commissione il dibattito su queste tematiche credo sia un fatto importante, che può avere grande rilevanza anche in vista delle scelte che stiamo operando a livello regionale.

Vi invieremo certamente i dati dettagliati che sono stati richiesti, perché sono significativi anche nella ricerca dei sintomi che sono stati rappresentati.

Senatore Cosentino, in effetti non c'è quella omogeneità che tutti auspichiamo e che vorremmo realizzare. La cifra spesa per Trieste è sicuramente la più alta a livello regionale, mentre quella per Pordenone è la più bassa.

COSENTINO (*PD*). Più o meno la metà?

KOSIC. Quella per Trieste è pari al 4,2 per cento, quella per Pordenone raggiunge il 3,4 per cento; quindi, non è la metà, però c'è una differenza sostanziale; sicuramente bisogna fare investimenti, che in effetti stiamo cercando di fare.

Abbiamo convenzioni non con le strutture cliniche private, ma con le cooperative, che sono estremamente efficienti a livello operativo e sulle

quali investiamo molto, anche per il valore aggiunto che la cooperazione porta con sé.

BOSONE (PD). Le cooperative sociali sono finalizzate all'inserimento lavorativo?

KOSIC. Per lo più all'inserimento lavorativo.

BERTOLI. Ma sono dedite anche all'assistenza. Si parla di sistema A o B, nel senso che la cooperativa può fare assistenza o promuovere l'inserimento lavorativo.

KOSIC. Per quanto riguarda i TSO, facciamo nostri i lavori che sono stati proposti dal gruppo di coordinamento. Non intendiamo andare in direzioni opposte a quelle indicate dal gruppo di cui il dottor Bertoli fa parte. Crediamo che sia un aggiornamento che va nella giusta direzione. Non riteniamo produttivo fare diversamente da nessun punto di vista, sia per tutelare la salute dei nostri cittadini, sia per affrontare le sfide che la salute mentale oggi pone, che non possono essere intese con un approccio di carattere repressivo e che invece devono essere affrontate secondo il principio della cura e della presa in carico.

Ciò premesso, come ho già detto, consentitemi di ribadire con molta enfasi il tema della cultura della legalità, che diventa uno spartiacque importante, sulla base del quale misuriamo anche le modalità con cui affrontare queste nuove sfide. È un aspetto su cui dobbiamo coinvolgere anche altri sistemi e condividere con loro le responsabilità, altrimenti non ce la faremmo mai.

Rispondo al senatore Bosone in particolare sulla questione degli indicatori, che è stata sollevata anche dal senatore Saccomanno. Dobbiamo sicuramente introdurre nuovi indicatori per misurare l'efficacia con la quale stiamo intervenendo. Cito un dato che secondo me deve necessariamente orientarci: è indicativo che ci siano 100 borse di lavoro sia dove ci sono un certo numero di abitanti sia dove sono la metà. Non voglio fare esempi né citare sigle di Province, perché non è questo lo spirito del mio intervento. Però il numero di borse di lavoro su cui riusciamo ad investire come opportunità di inserimento ed utilizzo di uno strumento che punta in questa direzione è un dato in base al quale vorremmo misurare anche l'efficacia delle risorse sanitarie impiegate nel settore e la collaborazione con la rete dei privati.

In merito agli indicatori, di cui chiedeva informazioni anche il senatore Saccomanno, faccio presente che ce ne sono anche altri su cui vogliamo puntare la nostra attenzione. Mi soffermo, in particolare, se mi è

consentito, sulle nuove progettualità. Nel novembre 2009 è stato dato avvio ad un percorso formativo di cura e di inclusione sociale dei soggetti affetti da problemi di salute mentale nella regione Friuli-Venezia Giulia, in collaborazione con le associazioni, i medici e tutte le realtà coinvolte. Si tratta di un percorso di informazione e di responsabilizzazione di tutti i soggetti coinvolti nella rete sociale che si occupa di queste tematiche. Il primo incontro, in particolare, si è concentrato sull'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci. Su queste e su altre questioni i lavori sono in corso.

Riteniamo che il tema dell'appropriatezza della presa in carico, che presenta tempi più lunghi di 15 giorni, non può e non deve più finire nello *skyline* degli ospedali per le pressioni che vengono esercitate anche nel nostro territorio. Quello dell'appropriatezza è il vero tema sul quale, mi sia consentito, anche la stessa omogeneità con la quale a volte le risorse del sistema sanitario vengono distribuite non può fare la differenza: non è sufficiente. Credo che su tali questioni sia necessario investire di maggiori responsabilità proprio la rete, il *welfare* di comunità; i sistemi da soli non sono in grado di sostenere l'ampliamento di domanda di salute rispetto alla quale non si pongono scelte alternative.

C'è poi il problema di garantire una maggiore collaborazione con la giustizia. È questo un settore sul quale stiamo investendo, riservando

particolare attenzione agli esami tossicologici: essi vengono effettuati periodicamente. Abbiamo anche acquistato un'apparecchiatura che verrà utilizzata in un laboratorio messo a disposizione dell'intera Regione, in maniera tale da acquisire e garantire, nell'ambito di un progetto di collaborazione con il sistema giustizia e con i tribunali, un maggiore grado di fiducia.

La comprensione, infatti, deve superare un problema cui si è fatto cenno, quello della cronicizzazione di certe situazioni, che con il tempo possono alimentare non la guarigione o la ricerca di guarigione ma soluzioni che si presentano possibili. Da questo punto di vista non vediamo alternative al coinvolgimento delle strutture specialistiche nella rete che viene costruita.

La sommatoria delle intelligenze professionali dei sistemi e valoriali delle comunità, che acquistano responsabilità anche nei progetti informativi che vengono svolti ogni giorno, attraverso il diretto coinvolgimento (o perché si è dentro il processo o perché si ama il lavoro che si fa), può consentire il superamento di nuove situazioni rispetto a quanto abbiamo costruito in questi 30 anni, alimentando una dialettica che è l'unica che può garantire l'adeguamento dei servizi ai bisogni e non viceversa.

ROTELLI. Proverò ad intervenire in merito ad alcune questioni generali, lasciando che sugli specifici argomenti si esprima più puntualmente chi segue, a mio avviso molto bene e giorno per giorno, la situazione.

In questa regione non esistono case di cura dedicate, aspetto fondamentale in materia di psichiatria. Per tutta una serie di attività ci si avvale di cooperative sociali, che al massimo hanno la gestione di alcune case famiglia e di alcuni appartamenti dove è ospitato un ristretto numero di persone.

Le cooperative sono sottoposte ad un costante monitoraggio effettuato dal dipartimento di salute mentale su qualunque attività esse svolgano; il dipartimento resta dunque responsabile di tutto ciò che viene fatto, nel bene e nel male. Questo aspetto deve risultare assolutamente chiaro. Abbiamo anche attivato un sistema di *budget* personalizzati di cura: in tal modo costruiamo un percorso di obiettivi e risorse destinati al singolo individuo. Il dipartimento elabora i singoli progetti per i quali vengono allocate le risorse economiche.

Il progetto personalizzato prevede sia prestazioni dirette a carattere assistenziale da parte del personale, sia prestazioni di supporto all'inserimento lavorativo e sociale o all'inserimento nella vita familiare e della comunità. I *budget* personalizzati cercano di coprire complessivamente l'arco dei bisogni della persona.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Per collocare meglio la questione vorrei sottolineare alcuni passaggi importanti. Ricordo che il Friuli-Venezia Giulia è una regione che già dal 1980 ha varato per la psichiatria una normativa speciale in applicazione della legge n. 180 recependone, poco dopo la sua entrata in vigore, la sostanza. Si è applicato un modello molto preciso di servizi, in cui era già previsto un forte intervento sul piano del sociale.

Già a quel tempo le unità sanitarie locali dell'epoca erano state caricate dalla Regione di responsabilità e di possibilità anche finanziarie per fare fronte ad una serie di bisogni che altrove sarebbero stati definiti di carattere sociale più che sanitario. La Regione fu in grado di dimostrare già allora di avere una visione ampia in merito alla necessità specifica della psichiatria di rispondere in modo non solo medicalizzato e medicalizzante.

Questo approccio è poi continuato sia come tradizione che come disponibilità finanziarie. Noi abbiamo solo potuto ampliare un arco di interventi già abbastanza esteso ed i Comuni che si sono dimostrati sensibili hanno supportato ulteriormente questo sistema. Ad ogni modo, abbiamo sempre potuto contare su una storica disponibilità da parte delle aziende sanitarie di fondi di una certa entità, che hanno consentito di intervenire più complessivamente sulle situazioni sociali.

In merito alle differenze all'interno della regione tra città e città, dobbiamo tener conto di un dato storico: è ovvio che laddove è esistito un

ospedale psichiatrico (Trieste, Gorizia e Udine) è stato più agevole sotto il profilo quantitativo costruire nuovi servizi. L'ospedale psichiatrico ha rappresentato nel bene e nel male una risorsa storica importante.

La riconversione delle risorse destinate a suo tempo all'ospedale psichiatrico ha storicamente consentito per alcuni territori una maggiore facilità nella risposta; in altri, dove i servizi sono stati costruiti *ex novo*, l'allocazione delle risorse ha proceduto più lentamente. Trieste, che aveva un'importante disponibilità storica di risorse e godeva di una sorta di situazione privilegiata, è stata fortemente facilitata in questo processo. In tal senso non tutti i mali vengono per nuocere.

Ripeto, riteniamo assolutamente adeguata la percentuale del 4-5 per cento della spesa sanitaria globale della Regione per le politiche di salute mentale. Mi riferisco, peraltro, ad un monte di risorse di una certa consistenza, di poco superiore alla media nazionale, delle risorse allocate in sanità. Ad ogni modo, la disponibilità complessiva non condiziona in modo importante la percentuale di risorse destinate alle problematiche psichiatriche, che - ripeto - consideriamo giusta.

Per quanto riguarda la legge n. 180, la mia opinione personale è che non ci sia assolutamente nulla da cambiare. La legge n. 180 del 1978 ha abolito una struttura di eccezione di cui, a mio avviso, non bisogna sentire la mancanza; essa ha reimmesso dei cittadini nel circuito complessivo della

sanità assistenziale. Se in altre regioni i servizi di pneumologia o cardiologia non sono sufficienti, nessuno immagina di fare leggi; si pensa solo che occorra darsi da fare per fare in modo che essi funzionino. Non è necessaria una legge per creare un buon dipartimento di oncologia o cardiologia.

Non abbiamo mai avuto difficoltà con i trattamenti sanitari obbligatori: la legge è molto semplice e molto praticabile. Sappiamo anche che nella pratica essa viene alleggerita nelle procedure, a volte anche in modo fin troppo disinvolto. Ad ogni modo, il trattamento sanitario obbligatorio è consentito dalla legge ed è consentita la proroga. Non vedo cosa ci sia bisogno di cambiare.

Il problema semmai è un altro. Il trattamento sanitario obbligatorio viene disposto solo nel servizio diagnosi e cura e a volte in quel passaggio si affastellano una serie di problemi che diventano ingestibili, oppure c'è una necessità di *turn over* talmente alto che il meccanismo non risponde più. Anche questo, però, dipende dalle caratteristiche generali e dalla dimensione dei servizi.

Il servizio diagnosi e cura può anche disporre di pochi posti letto senza essere una bolgia infernale, se i centri di salute mentale funzionano e se funzionano 24 ore su 24. Se invece il servizio diagnosi e cura è l'unico terminale, è chiaro che non è possibile gestire la struttura in modo civile.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Ripeto, è fondamentale disporre di un centro di salute mentale attivo 24 ore su 24, con una sua specifica popolazione di riferimento ma anche con una certa elasticità che gli consenta di accogliere qualunque paziente che voglia necessariamente accedere a quello specifico servizio e a quella specifica *équipe*, nonostante si cerchi sempre di offrire ai cittadini un riferimento certo e credibile individuato nel servizio distrettuale e nel centro di salute mentale della zona in cui si risiede.

La fluidità del passaggio dal servizio diagnosi e cura al centro di salute mentale è garantita dal fatto che il dipartimento di salute mentale è strutturato verticalmente, in modo tale da evitare che si pongano elementi di contraddizione tra un servizio e l'altro. Esiste comunque un vertice in grado di governare il circuito ed il sistema con un'autorità unica.

Peraltro questo problema non si pone: per statuto e per loro ordinamento i centri di salute mentale hanno il compito di provvedere a tutta l'assistenza psichiatrica, compresa l'acuzie. Il servizio diagnosi e cura funziona quindi come pronto soccorso, mentre il centro di salute mentale sa di doversi assumere la responsabilità in tempi rapidi in tutti i casi in cui è necessario che ciò avvenga.

BOSONE (PD). Qual è la durata media delle degenze nel servizio di diagnosi e cura?

ROTELLI. La degenza è di pochissimi giorni. Sarà poi il dottor Dell'Acqua a fornirvi ulteriori dettagli, con una grande quantità di dati e di documentazione.

Certo, il dipartimento di salute mentale ha una grande autonomia di *budget* che viene rinegoziata all'inizio dell'anno: da quel momento in poi il direttore del dipartimento ne ha la piena disponibilità ed è in grado, nei limiti delle leggi e delle regole che sono abbastanza stringenti, di avere una sua gestione assolutamente autonoma.

SACCOMANNO (PdL). A proposito di *budget*, vorrei rispondesse ad una mia curiosità. Dicevate che la maggior parte delle cooperative sono di tipo B. Sappiamo che per le cooperative di tipo A sono previsti gli affidamenti in gara, mentre per quelle di tipo B sono previste anche le chiamate dirette. Solitamente per quanto tempo sono affidati loro i servizi e qual è il criterio di controllo?

ROTELLI. Intanto premetto che ci riferiamo alla specifica situazione di Trieste. In tale contesto le cooperative di tipo B non hanno, che io sappia o che riesca a ricordare, servizi affidati in modo diretto ma, di norma, partecipano a gare per fornire beni o servizi. Ci può essere qualche eccezione

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

legata esclusivamente alla presenza di un'unica cooperativa B che svolge un certo tipo di attività o al fatto che ad una gara si sia presentata solo quella cooperativa per qualche fattispecie, peraltro, di entità sicuramente molto marginale.

La parte importante dell'attività svolta da cooperative di tipo B a Trieste in nome e per conto dell'azienda sanitaria è sicuramente all'interno di un *global service* assegnato con una gara di appalto europea ...

SACCOMANNO (*PdL*). Quindi le cooperative non hanno un rapporto diretto, ma attraverso un *global service*, quindi con un *general contractor*.

ROTELLI. Questo per quanto riguarda la parte più cospicua del loro fatturato. Poi ci sono invece dei piccoli segmenti, molto minori, di attività in cui si sono sviluppate le più varie modalità: da gare riservate alle cooperative sociali, ad alcuni affidamenti che sono arrivati a raggiungere un'unica cooperativa. Comunque, le posso fornire volentieri informazioni più dettagliate.

Le cooperative di tipo A, invece, vengono coinvolte nell'assistenza dei pazienti. Mentre le cooperative di tipo B svolgono soltanto attività di produzione, le cooperative di tipo A svolgono attività di assistenza. Anche in quel caso abbiamo lavorato sulla base di una procedura abbastanza complessa, che se vorrete potrà essere rappresentata in modo più dettagliato: è

piuttosto complessa.

Abbiamo sviluppato un sistema di *budget* personalizzati che prevedono spesso l'intervento assistenziale da parte di cooperative sociali di tipo A. Per raggiungere ed ottenere questo risultato, abbiamo sviluppato dei bandi in cui chiedevamo a tutte le cooperative sociali di tipo A presenti sul territorio di manifestare l'interesse a fornire un determinato livello di assistenza ad un determinato tipo di paziente. Tra coloro che hanno manifestato interesse abbiamo bandito le gare per vedere chi offriva le migliori condizioni qualità-prezzo per intervenire nel settore. Anche in questo caso, se vi interessa la documentazione specifica, provvederemo a farvela avere.

PRESIDENTE. Prima di cedere la parola all'assessore comunale alla promozione e protezione sociale, Carlo Grilli, voglio ricordare che la Presidenza e la Commissione si farà carico di raccogliere (magari con l'aiuto dei relatori), per semplificare il vostro lavoro, le domande alle quali non è stata data una risposta compiuta: provvederò a trasmetterle per iscritto ai nostri interlocutori, che potranno inviarci le relative risposte; in modo da organizzare i lavori in maniera più organica.

GRILLI. Interverrò brevemente perché è già stato detto molto, anzi credo sia già stato detto tutto.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Se la Regione ha il compito di dare indirizzi legislativi, poi la messa in atto spetta in questo territorio all'azienda sanitaria, al Comune. Quindi l'ente locale ha un ruolo di collegamento e di collaborazione.

Più che dare risposte, mi piacerebbe sollecitare una riflessione della Commissione, che mi sembra sia stata accennata, ma forse non ancora ben definita.

Si parla di salute mentale e quindi di giovani, di inserimento lavorativo e quant'altro. Nella nostra città soprattutto, che ha un'alta incidenza della popolazione anziana, stiamo registrando un'alta percentuale di persone che iniziano a manifestare problemi di demenza senile, di Alzheimer e che vengono quindi prese in carico dal centro di salute mentale, che garantisce risposte adeguate. Tuttavia c'è bisogno di una forte collaborazione da parte del Comune, nell'ambito dei servizi domiciliari, per l'accompagnamento dell'anziano presso la struttura.

In previsione di alcune riflessioni che poi farete nelle sedi proprie su questo tema, vorrei richiamare la vostra attenzione su coloro che spesso e volentieri si trovano ad avere a che fare con un congiunto con il quale, fino ad un certo punto della vita hanno interloquito in un certo modo e poi, improvvisamente, ha bisogno di tutto e di tutti e, soprattutto, di comprensione.

Sul nostro territorio - forse rischiamo di apparire autoreferenziali - si sta facendo molto e ne siamo orgogliosi. Questo però non ci deve fare

assolutamente sedere.

Per noi Trieste rappresenta un laboratorio in continua evoluzione. Siamo in presenza di una società che sta cambiando, che si sta evolvendo: sicuramente l'ente locale, in collaborazione con la Regione che da gli indirizzi e l'azienda sanitaria che li mette in atto dal punto di vista prettamente sanitario, ha la necessità di adeguarsi ed essere flessibile rispetto alle nuove sfide che il territorio ci offre.

Ripeto, la mia non è proprio una risposta, quanto piuttosto una sollecitazione sul tema che a me, e soprattutto alla mia città, sta molto a cuore.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli auditi per la disponibilità, per il prezioso contributo e per la cortesia che avrete nel rispondere alle domande che mi prenderò la libertà, a nome della Commissione, di inviarvi per iscritto.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Audizione del Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Giuseppe Dell'Acqua, del Direttore del Dipartimento dipendenze, Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze illegali e del Ser.T dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottoressa Roberta Balestra, del Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze legali dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, dottor Salvatore Ticali, del Direttore della Casa Circondariale di Trieste, dottor Enrico Sbriglia, del Responsabile del Centro salute mentale di Barcolla/Aurisina, dottor Roberto Mezzina, del Responsabile del Centro di salute mentale Maddalena, dottor Matteo Impagnatiello, del Responsabile del Centro di salute mentale di Domio, dottor Pasquale Evaristo, del Responsabile del Centro salute mentale di Gambini, dottoressa Elisabetta Pascolo Fabrici.

PRESIDENTE. Diamo inizio alla seconda parte dei nostri lavori.

Saluto e ringrazio per la disponibilità il dottor Giuseppe Dell'Acqua, Direttore del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, la dottoressa Roberta Balestra, Direttore del Dipartimento dipendenze, Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze illegali e del Ser.T dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina, il dottor

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Salvatore Ticali, Responsabile della Struttura complessa dipendenza da sostanze legali dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 1 - Triestina e il dottor Enrico Sbriglia, Direttore della Casa Circondariale di Trieste.

Inoltre, saluto e ringrazio i Responsabili dei Centri di salute mentale di Trieste e cioè il dottor Roberto Mezzina, Responsabile del Centro salute mentale di Barcolla/Aurisina, il dottor Matteo Impagnatiello, Responsabile del Centro salute mentale Maddalena, il dottor Pasquale Evaristo, Responsabile del Centro salute mentale di Domio e la dottoressa Elisabetta Pascolo Fabrici, Responsabile del Centro salute mentale di Gambini.

Le odierne audizioni vanno inquadrare nell'ambito dell'inchiesta che la Commissione sta conducendo in relazione alle strutture sanitarie preposte sul territorio alla cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche.

In questa ottica chiederei al dottor Dell'Acqua, alla dottoressa Balestra, al dottor Ticali e al dottor Sbriglia di voler svolgere una breve relazione introduttiva sui profili di rispettiva competenza.

Successivamente se il dottor Mezzina, il dottor Impagnatiello, il dottor Evaristo e la dottoressa Pascolo Fabrici, intendono integrare le relazioni, potranno farlo. A seguire i componenti della delegazione, a partire dai relatori dell'inchiesta (il senatore Bosone ed il senatore Saccomanno), potranno porre quesiti e svolgere le proprie considerazioni.

Cedo, quindi, la parola al dottor Dell'Acqua.

DELL'ACQUA. Per maggiore sintesi abbiamo consegnato una serie di documenti in cui sono contenuti e posti in evidenza alcuni numeri che possono aiutarci.

La questione della salute mentale a Trieste - ne avrete già parlato con il direttore generale, dottor Rotelli, e con gli assessori - è una questione che affrontiamo con molta intenzionalità e molta passione da circa 40 anni.

Ciò che oggi posso dire del dipartimento di salute mentale ha a che vedere con una storica sequenza di processi di cambiamento, di processi innovativi che si sono verificati nel corso degli anni.

Oggi l'organizzazione del dipartimento di salute mentale, così come definito e descritto dal progetto obiettivo 1999/2000, è la realtà organizzativa sulla quale si fonda tutto ciò che concerne la prevenzione, la cura, la riabilitazione, l'inclusione sociale, la lotta allo stigma. Nei documenti che ho consegnato è contenuta una guida alla salute mentale da cui emerge la complessità del lavoro che svolgiamo.

Qual è la modalità di lavoro, la scelta che si è fatta, sempre in conseguenza a quanto detto? Il dipartimento di salute mentale basa la sua operatività su uno strumento estremamente delicato ma molto efficace che è il centro di salute mentale aperto 24 ore. Se avrete tempo e possibilità domani, vi sarei molto grato se poteste visitarlo: è l'elemento costitutivo di questa

organizzazione.

Il centro di salute mentale è aperto 24 ore, sette giorni su sette e ve n'è uno ogni 60.000 abitanti. Trieste è una città che conta 237.000 abitanti, dunque uno ogni 60.000 abitanti.

Ogni CSM è dotato di posti letto (da sei a otto); ogni centro si fonda su un'*equipe*, i cui responsabili sono qui presenti, cui si affiancano altri tre o quattro medici psichiatri, due psicologi, due assistenti sociali, due tecnici della riabilitazione, alcuni operatori sanitari ed infermieri professionali per garantirne il funzionamento.

Il CSM ha un rapporto molto stretto con le attività distrettuali (credo ne abbiate parlato con il dottor Rotelli): è la scelta compiuta dalla nostra Regione per «distrettualizzare» e portare nel territorio tutto il possibile. Il centro di salute mentale risponde immediatamente alla domanda: non ci sono liste d'attesa; c'è quella che si definisce la «bassa soglia di accesso», cioè le persone possono arrivare e rappresentare il loro male, fermo restando che chiunque può telefonare, che sia la persona, la mamma o il papà.

Il sistema di servizio è ulteriormente articolato nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, anche questo previsto dal progetto obiettivo. Nella fattispecie triestina questo ha una sua particolarità, vale a dire che è un servizio aperto (lo sottolineo), poiché i principi etici che sono alla base del lavoro, a Trieste, sono molto importanti, direi anzi che sono una priorità

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

assoluta rispetto al lavoro che si fa. Ci sono soltanto sei posti letto (invece dei 16 previsti dalla legge; abbiamo altri letti nei centri di salute mentale) e la degenza media è bassissima, nel caso di ricovero: non va oltre i due giorni e mezzo o tre, perché il trattamento ed il lavoro terapeutico si svolgono nel centro di salute mentale.

Un'unità operativa si occupa del progetto riabilitativo, che parte dal centro di salute mentale: in qualche maniera essa sostiene tutto ciò che ha a che vedere con il progetto. Mi riferisco ad esempio alle abitazioni, all'abitare assistito, nelle quali possono soggiornare non più di otto persone (60 posti complessivi). Anche questo è un aspetto importante, su cui richiamo l'attenzione della Commissione, dal momento che nel nostro Paese ci sono luoghi dove sono ospitate 20, 40 o anche 60 persone. Noi abbiamo fatto una scelta tecnica, ovviamente, che garantisce l'efficacia e l'efficienza dell'intervento.

Vi è poi una serie di reti di cooperative sociali, di associazioni che supportano il lavoro terapeutico riabilitativo. Abbiamo previsto più di 200 borse di lavoro all'anno per l'inserimento lavorativo; 14 cooperative sociali sono *partner* del dipartimento di salute mentale, per l'attuazione di programmi che vanno dall'agricoltura alla pulizia, al *catering*, alla cucina e così via. Vi illustro molto rapidamente i dati, salvo eventuali approfondimenti.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Trieste - insieme a tutta la Regione Friuli, per la verità - sostiene il più basso numero di trattamenti sanitari obbligatori. Non è un dato che dimostri chissà cosa, però certamente è indicativo, perché esiste un rapporto con il territorio.

Un altro dato che ritengo importante sottolineare è che gli interventi, per due terzi, avvengono non nella sede del centro di salute mentale, ma presso il domicilio del paziente o in altri luoghi della città. Anche questo è un aspetto significativo, perché dimostra che si va incontro alle esigenze della persona.

Ogni anno, in media, 25-26 persone entrano in un'attività lavorativa retribuita regolare, come assunti o soci di cooperative, o come assunti presso enti pubblici o privati, per impieghi quali carrozziere, fiorista o altri mestieri di questo tipo. Circa 200-220 persone beneficiano di borse di lavoro, cioè di percorsi formativi lavorativi. Esistono associazioni, ormai molto radicate, di persone con disturbo mentale che svolgono attività in questo senso ed associazioni di familiari che convergono nei programmi di lavoro del dipartimento di salute mentale. Da circa 25 anni, lavoriamo con programmi specifici di sostegno alle famiglie, fin dall'esordio psicotico e nel trattamento di lungo periodo.

Un altro punto importante, su cui si soffermerà anche il dottor Sbriglia, è che ormai da due anni non registriamo alcuna presenza in

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

ospedali psichiatrici giudiziari. Anche questo dato può essere considerato in vari modi; comunque è un macroindicatore importante: indica che si lavora nel carcere per filtrare gli invii in ospedale psichiatrico giudiziario o addirittura anche prima del carcere, oppure quando si verifica l'invio in OPG si lavora per un rapidissimo rientro. Come sapete, abbiamo anche programmi ministeriali a tale riguardo.

Vi illustro ora un altro aspetto importante, che non è merito del dipartimento di salute mentale ma che attiene ai servizi di prossimità sviluppatisi in città, con il lavoro che si fa in carcere e quello svolto dal servizio di tossicodipendenza e di alcolismo. Trieste, storicamente, ha sempre registrato un tasso elevato di suicidi, forse dovuto al fatto che è una città più mitteleuropea che mediterranea, più slovena che italiana: «mitteleuropatica», diciamo a volte. Ebbene, negli ultimi 12 anni, grazie anche all'adozione di un programma specifico per affrontare questo problema, il numero dei suicidi si è ridotto del 45 per cento: siamo passati da tassi medi pari a 25 per centomila, a Trieste (a fronte di un tasso italiano pari a 7-8,5 per centomila), ad un tasso del 13,5-15 per centomila. Di questo siamo davvero orgogliosi, ma il risultato è merito anche della città che si sta muovendo. Noi abbiamo avuto la fortuna di partire con un programma di prevenzione in questo momento contingente.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Il dipartimento di salute mentale funziona come ho detto: ci sono 4 centri di salute mentale, un centro di diagnosi e cura, 60 posti residenziali, borse di lavoro, associazioni familiari, cooperative. Il bilancio consuntivo del 2008 è di 19 milioni di euro.

Vi lascio un documento in cui sono indicati - è una modalità di lavoro del dipartimento - il *budget* disponibile anno per anno, il consuntivo e gli obiettivi collegati al *budget*. Le cifre che trovate qui riportate sono esatte, non per merito mio che sono salernitano, ma grazie agli amministratori triestini, che sono precisissimi.

Il dipartimento di salute mentale funziona come una struttura operativa dell'azienda sanitaria, con un proprio *budget*; significa che è un dipartimento strutturale, dunque io ho competenza clinica e di *budget*. Nel dipartimento di salute mentale lavorano 230 persone, dipendenti dell'azienda, tra cui 26-27 medici (mi richiamo ai numeri che vi ho detto prima), divisi per centro. Queste 230 persone vengono poi supportate e surrogate per progetti particolari dalle associazioni o dalle cooperative sociali.

Da circa quattro anni, sperimentiamo in maniera estesa il progetto terapeutico riabilitativo individuale o *budget* di salute. Apro e chiudo immediatamente una parentesi: la figlia della signora Zafran Tercic, che avete incontrato, era titolare di uno di questi progetti, che l'aveva portata a

ottimi livelli di competenza e di vita. Di questo, se volete, possiamo parlare in un altro momento.

Il *budget* terapeutico riabilitativo individuale, in sostanza, è la quota di denaro che spendiamo per tenere una persona in una struttura residenziale o comunitaria. Il mantenimento delle persone con disturbo mentale (adesso affronto la questione dal punto di vista economico) oscilla dai 3.000 ai 5.500-6.000 euro mensili. L'ipotesi di lavoro che abbiamo fatto è che questa quota può essere investita a partire da quella persona, cioè come se quella persona fosse titolare dei soldi, per sostenere l'abitare (magari in casa), l'accompagnamento, l'attività sportiva, l'attività formativa. Si realizza così un'economia sociale molto importante, cioè più soggetti convergono nel progetto terapeutico di questa persona, ad esempio la società sportiva triestina, la società di nuoto, i panettieri e così via.

Ogni anno 160-170 persone accedono a questo programma terapeutico riabilitativo individuale, che è uno dei punti di forza del dipartimento di salute mentale. In totale, ogni anno, nei servizi di salute mentale sono coinvolte 4.500 persone, con il tasso più elevato nella Regione. I servizi sono aperti, a bassa soglia, e ogni anno altre 1.000 persone circa entrano in rapporto con questi servizi.

SACCOMANNO (*PdL*). Ne escono altrettante?

DELL'ACQUA. Sì, ne escono altrettante, se rimaniamo sui 4.200-4.300 pazienti. Un 30-35 per cento di questi 4.200 malati è affetto da disturbo mentale severo nella forma del disturbo schizofrenico; un 20 per cento è affetto da disturbo mentale severo nella forma dei disturbi della personalità o dell'umore gravi; un altro 20 per cento ha disturbi mentali non severi, ma complicati da situazioni sociali molto complesse; un terzo di questa popolazione ha invece disturbi mentali più lievi. Coloro che escono dalle strutture non sono necessariamente quelli con disturbi mentali più lievi.

BOSONE (PD). Cosa può dirci a proposito della doppia diagnosi?

DELL'ACQUA. Come sa la mia collega, la dottoressa Balestra, sono molto critico sull'espressione doppia diagnosi, perché è un modo per spendere il doppio del denaro per una stessa persona. Secondo i nostri dati, non c'è una percentuale altissima di doppie diagnosi: siamo su tassi piuttosto accessibili, anche perché, con buon accordo tra di noi, cerchiamo di considerare la prevalenza del disturbo.

In sostanza, se una persona ha un disturbo mentale più o meno severo, la prendiamo in carico al dipartimento di salute mentale; se invece c'è una prevalenza della tossicodipendenza, intervengono i colleghi di quel

settore. In momenti particolari di crisi, per la diagnosi e cura o per l'avvio di un programma terapeutico in cui c'è bisogno di un lavoro comune, il centro di salute mentale accoglie anche la persona con doppia diagnosi: non ci tiriamo indietro.

BALESTRA. C'è un protocollo operativo da alcuni anni, per seguire le persone che hanno un problema con morbilità.

SACCOMANNO (PdL). Qual è il *range* di età delle persone malate?

DELL'ACQUA. L'età media delle persone che accedono ai servizi è di 50 anni e tende a diminuire sempre più. Questo vuol dire che almeno il 13-14 per cento di queste persone è sotto i 25 anni di età.

È per noi molto importante che persone all'esordio psicotico (di questo si tratta, il più delle volte) arrivino il più rapidamente possibile alla cura dei servizi. Come sapete, esiste un fattore di rischio grave, che è il ritardo dell'inizio delle cure nel disturbo psicotico: la durata del disturbo psicotico non trattato si definisce DAP.

Vi consegno del materiale di comunicazione sociale, che è importantissimo nel nostro lavoro, proprio perché i servizi devono essere non il luogo dove si finisce, ma luoghi di attraversamento, in cui si riceve

realmente una cura. Domani, se sarà possibile visitarne qualcuno, durante il sopralluogo, forse capirete meglio questo aspetto.

BALESTRA. Vorrei specificare alcuni elementi circa la doppia diagnosi.

Da tempo esiste una operatività integrata e congiunta, che si è concretizzata in un accordo di programmazione delle risorse avente anche carattere operativo. La finalità di tale accordo, sintetizzato in un documento congiunto aggiornato nel 2009, è quella di seguire sempre meglio ed in modo sempre più integrato i soggetti aventi un problema psichiatrico correlato ad un disturbo da dipendenza. Data la ricchezza dei servizi, si cerca di contemperare altri strumenti in modo da utilizzare tutte le risorse a disposizione, quindi non solo l'approccio farmacologico ma anche le borse di lavoro o la residenzialità.

Si lavora sulla base di accordi che coinvolgono chi segue la persona ma anche chi si occupa maggiormente delle risorse riabilitative e dell'approccio con la famiglia, a seconda dei problemi del soggetto. In questo senso abbiamo introdotto una buona prassi.

PRESIDENTE. Dottoressa Balestra, nella sua esposizione potrebbe anche brevemente soffermarsi sull'attività dei Ser.T?

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

BALESTRA. Il dipartimento delle dipendenze nasce nel 1998 come dipartimento strutturale, quindi con una propria autonomia di *budget*, dall'unione di due servizi molto diversi per storia, cultura, pratica, cioè il Ser.T e il servizio di alcologia, ed è composto da due strutture complesse: dipendenza da sostanze legali e dipendenza da sostanze illegali. In questi anni è stato compiuto uno sforzo sempre più evidente per giungere ad una migliore integrazione tra questi due servizi, stante che di dipendenza entrambi si occupano, così come, in maniera sempre più marcata, anche di poliabuso e di polidipendenza.

La sede centrale è ubicata all'interno del parco di San Giovanni, che vi invito a visitare domani nel corso del vostro sopralluogo. Il Ser.T - che definisco in tal modo per brevità - è organizzato in quattro strutture territoriali presenti sull'area provinciale, ricalcando le competenze dei quattro distretti; conseguentemente, ogni *équipe* multiprofessionale ha un bacino d'utenza di 60.000 persone. Anche il servizio di alcologia opera sul bacino provinciale, sebbene stiamo tentando di sviluppare ed implementare un servizio di alcologia sempre più territoriale.

Ancorché tali servizi nascano da una tradizione di tipo ospedaliero evolvendosi poi successivamente - è un processo che il dottor Ticali conosce meglio di me - ed implementando anche l'associazionismo, di fatto non esiste una cultura dell'alcologia territoriale, così come la intendiamo

noi. Da due anni, quindi, stiamo lavorando in questo senso, proprio per andare incontro ad una popolazione che, come sapete, presenta un pesante livello di abusi alcolici e conseguenti problemi di dipendenza.

Alle quattro *équipe* multiprofessionali del Ser.T se ne aggiunge una quinta che si occupa delle strutture residenziali e semiresidenziali; si tratta di un centro diurno specificamente per la disintossicazione e gli interventi riabilitativi. Questi due centri sono allocati in due diversi edifici, recuperati e restaurati nello sforzo di offrire agli utenti sedi più che dignitose, proprio al fine di evitare ciò che succede un po' in tutta Italia: i Ser.T sono generalmente allocati in strutture fatiscenti o indecorose.

Abbiamo effettuato un investimento, affinché le persone che entrano nel centro si sentano immediatamente a proprio agio. È anche questo un modo, così come accade nella psichiatria, per condurre una lotta allo stigma e facilitare l'accesso al servizio, che per noi rappresenta una priorità.

Circa le modalità di lavoro, il modello è quello basato su programmi integrati in cui la parte farmacologica e sanitaria va a braccetto con quella riabilitativa. Anche noi usufruiamo di borse di formazione, borse lavoro, interventi sulla casa, interventi a domicilio.

Per noi la parte più specifica e *hard* è rappresentata dall'ambulatorio delle terapie sostitutive. Il dato relativo all'utenza segue un *trend* in crescita. Nella documentazione che vi abbiamo consegnato è anche

raffigurata una minima fotografia specifica dei dati di attività intensa; in particolare, negli anni 2008 e 2009 abbiamo registrato un incremento complessivo di circa 500 utenti nei due servizi. Il dato è in aumento anche perché aumentano le persone dipendenti da tabacco e da gioco d'azzardo patologico: dipendenze di nicchia su cui stiamo però investendo in modo particolare. Il gioco d'azzardo è molto praticato nella zona intorno a Trieste, in tutto il territorio di confine con la Slovenia e sta diventando un problema sociale imponente.

La sede in cui viene effettuata l'accoglienza ospita anche l'ambulatorio delle terapie sostitutive, presso il quale ogni giorno si registra un notevole afflusso di persone (circa 200), che si presentano per ricevere la terapia loro assegnata e che può prevedere la somministrazione di metadone o buprenorfina, i due farmaci attualmente usati per la dipendenza da oppiacei, ovvero altre terapie sintomatiche o psicofarmacologiche. Vengono altresì effettuati gli esami delle urine per i *test* tossicologici: conviviamo da sempre con il doppio mandato della cura e del controllo; questa funzione specifica degli operatori del Ser.T richiede l'espletamento di tutta una serie di attività certificative, oltre che di attività di consulenza per alcune questioni particolari.

Si è posto da qualche tempo il problema dei lavoratori addetti a mansioni a rischio: come servizio pubblico per le dipendenze, abbiamo

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

quindi ereditato nuovi compiti. Da circa un anno e mezzo è stata avviata nella nostra Regione, in collaborazione con alcune grandi aziende della provincia, un'operazione di monitoraggio sull'uso di alcol, mentre per il resto delle dipendenze l'amministrazione regionale ha inizialmente frenato e, quindi, credo che l'attività verrà avviata quest'anno.

Per le diverse patologie correlate sono stati predisposti progetti speciali: esse sono sottoposte a *screening* presso uno specifico ambulatorio e sono stati predisposti dei protocolli con gli infettivologi e con i ginecologi. È molto curata anche la salute della donna rispetto alle malattie sessualmente trasmesse ed è particolarmente seguita anche la maternità e tutta la fase gestazionale mediante un'*équipe* specificamente dedicata, messa a disposizione dall'ospedale Burlo Garofolo che lavora con noi.

Per quanto riguarda la situazione carceraria, la Regione autonoma ha un po' tergiversato nel farsi carico del passaggio di competenze previsto dalla riforma della sanità penitenziaria. I vecchi presidi per le dipendenze sono così transitati in maniera sperimentale: nel 2003 abbiamo cominciato ad assumere le attività del presidio di tossicodipendenza, ma di fatto dall'anno scorso siamo riusciti a garantire una presenza quotidiana di infermieri presso la casa circondariale, sia la mattina che la sera.

Poiché non si riusciva a trovare il personale, le unità infermieristiche del nostro servizio hanno aderito al progetto, garantendo prestazioni

aggiuntive di tre ore, al mattino e alla sera. Nel 2009 abbiamo seguito in carcere circa 100 persone con problemi di dipendenza.

Vorrei poi sottolineare lo sforzo molto consistente che facciamo rispetto alla fascia giovanile. Sono stati avviati sia progetti di prevenzione primaria che progetti di riduzione dei rischi. Nel 2006 è nato il progetto «Overnight» (descritto più specificamente nella documentazione che vi abbiamo consegnato), cui partecipano *partner* del privato sociale che lavorano nelle discoteche, soprattutto in occasione dei grandi eventi o nella stagione estiva, al fine di evitare incidenti stradali.

Il progetto è finanziato dalla Provincia ed è sostenuto anche dal Ministero; esso prevede la messa a disposizione di mezzi di trasporto alternativi, quali bus navetta dedicati o buoni taxi, per un *target* che registra comunque un certo consumo di alcol e per il quale esiste un livello di rischio abbastanza elevato.

Per una riduzione del danno, soprattutto nei casi più evidenti di *overdose* o di patologie infettive, è stata pure attivata una unità di strada gestita insieme al privato sociale. Lo stesso comune di Trieste si fa carico dell'emergenza freddo durante i mesi invernali.

TICALI. La struttura complessa dipendenza sostanze legali nasce dal vecchio servizio di alcologia, istituito nel 1981 nell'ambito degli ospedali,

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

con una unità operativa alcologica in cui 16 posti letto erano riservati agli alcolisti. Ci siamo rapidamente trasformati abbandonando l'ospedale: abbiamo liberato i posti letto e scelto il territorio, anche perché quello che seguiamo è un problema di tipo cronico postacuto. L'alcolista in fase acuta è di competenza ospedaliera, mentre il territorio si occupa della fase successiva postacuta e, quindi, della cronicità.

Alla fine degli anni Novanta ci siamo accorti che molti degli alcolisti che curavamo manifestavano grossi problemi legati all'uso di tabacco. A quel punto siamo stati quasi obbligati ad occuparci di quei problemi dedicandovi una parte dell'*équipe* e ad oggi (dati 2009) risulta che più di 400 persone hanno usufruito del trattamento.

La stessa cosa è accaduta con il gioco d'azzardo patologico. Poiché molti alcolisti avevano problemi anche di dipendenza dal gioco, abbiamo pensato di occuparci anche dei giocatori di azzardo. In questo momento circa 50 giocatori d'azzardo settimanalmente frequentano gruppi seguiti da un operatore professionale, uno psicologo o uno psichiatra, mentre l'assistenza sociale li assiste per le problematiche economiche.

Tengo a sottolineare che nel trattamento viene coinvolta tutta la famiglia che deve partecipare a riunioni dedicate per essere supportata. I giocatori, visto che ormai sono passati alcuni anni, si sono organizzati in gruppi autogestiti che, all'interno del nostro servizio, si incontrano

settimanalmente. E' stata altresì costituita un'associazione denominata Asso di Giada in cui prestano la loro attività alcuni professionisti per continuare il trattamento negli anni.

Torniamo all'argomento alcol. Come è già stato accennato, la nostra è una città in cui si è sempre bevuto e dove i posti letto dedicati agli alcolisti sono sempre stati numerosi; di lavoro ce n'è in abbondanza. Nelle nostre strutture sono previsti trattamenti personalizzati, complessi o integrati a cui, necessitando di multidisciplinarietà, lavorano più professionalità. E' necessario trattare la persona nel suo insieme: non ci occupiamo solo della parte fisica o di quella psicologica, sociale, ma dell'intera persona e in ambito familiare. Il principio essenziale su cui ci basiamo è di non trattare esclusivamente l'individuo, ma la persona in tutte le sue aree vitali insieme alla famiglia.

Il trattamento fondamentale, principale è quello di gruppo, secondo l'antica teoria hudoliniana. Si può infatti affermare che siamo nati con Hudolin, dal quale poi ci siamo, in parte, discostati personalizzando i trattamenti. Molte persone non sopportano i gruppi: per alcuni sono previsti quindi trattamenti esclusivamente individuali o psicologici, mentre per altri trattamenti di supporto sociale. Ciò che è stato detto poc'anzi sul sociale in psichiatria vale anche per noi. Sono previste borse lavoro, borse di studio, cooperative sociali che aiutano a trovare i finanziamenti per pagare, magari,

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

affitti pregressi non saldati. Insomma, seguiamo il profilo sociale con una certa attenzione.

Sono previsti anche trattamenti di medicina integrata. Per coloro che non accettano volentieri i trattamenti tradizionali, pratichiamo anche l'agopuntura e l'acudetox in un'apposita stanza in cui non si parla (per fare in modo che raggiungano un certo grado di rilassamento): è un trattamento che ha dato buoni risultati e che, all'occorrenza, associamo al trattamento farmacologico.

Credo siamo l'unica azienda in Italia ad offrire un trattamento 24 ore su 24. Di solito ci sono i NOA e altre strutture simili. Noi offriamo una struttura residenziale dove c'è la possibilità di essere ricoverati per problemi complessi o più gravi, oppure se si è in attesa di trapianto di fegato, per problemi fisici o polinevritici, per grossi problemi familiari oppure per programmi alternativi al carcere.

Ufficialmente disponiamo di 15 posti letto, anche se in realtà ne abbiamo 20, ed il trattamento che adottiamo è di tipo comunitario: le persone che alloggiano nella struttura non aspettano che arrivi la guarigione, ma si adoperano attivamente; sono impegnate dalle 6 del mattino fino alle 23.

Nel corso della giornata, oltre alla parte medica, devono occuparsi della pulizia personale, del rifacimento dei letti, della pulizia dei bagni e di altre faccende. Si tratta quindi di una residenzialità 24 ore su 24 con trattamento di

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

tipo comunitario, in cui gli alcolisti fanno la loro parte e gli operatori l'altra. In questa comunità naturalmente vi è anche la parte medica (comunque vengono trattate anche le patologie, tipo il diabete, la cirrosi e così via) e la parte psicologica.

Tutta la giornata è scandita da appuntamenti. Come ho già detto, la giornata comincia alle 6 di mattina e termina alle 23: dopo essersi alzati, ci si deve dedicare alla pulizia personale; poi seguono la ginnastica, la terapia farmacologia, il momento in cui il gruppo si riunisce e decide. Tutti i giorni sono previste attività di educazione sanitaria e di due gruppi terapeutici; per non parlare delle attività di animazione o la frequentazione dei laboratori di scrittura, di lettura e via dicendo.

In questo tipo di trattamento è sempre implicata la famiglia, che non solo deve partecipare a tutte le attività, ma anche a dei gruppi in cui è seguita da psicologi, dall'assistente sociale o dal medico. Questo è il trattamento residenziale, 24 ore su 24.

C'è poi il trattamento semiresidenziale, il cosiddetto *day hospital*, in un centro diurno in cui, a seconda della situazione, i pazienti possono restare tutto il giorno (cioè dalle 8 del mattino alle 18 circa), oppure mezza giornata, perché magari per l'altra mezza giornata lavorano.

Per situazioni meno complesse vi è poi un centro serale. Due volte alla settimana, dalle 6 alle 21, è in funzione quello che noi chiamiamo

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

«dispensario» - usando un termine piuttosto antico - in cui è prevista una sessione educativa ed una dedicata alla terapia di gruppo, sempre allargata a tutta la famiglia.

Esiste poi una fitta rete, poiché abbiamo consulenze con gli ospedali, con il carcere, con tutte le agenzie del Comune, con la Uepe e con le associazioni di volontariato. In questi anni abbiamo costituito circa 48 *club* alcolisti. Nelle altre Regioni ci sono gli Alcolisti anonimi e l'Acat; a Trieste ci sono anche l'Hyperion, La Ricerca ed altre perché si è preferita la differenziazione.

Intratteniamo poi rapporti con la commissione medica locale patenti, con la quale è stato siglato un protocollo d'intesa che prevede la presenza nella stessa di un nostro operatore: tutti i giovani al di sotto dei 30 anni che hanno commesso una violazione dell'articolo 186 passano da noi, come pure chi è stato coinvolto in un incidente. Vengono sottoposti ad uno *screening*, visitati dallo psicologo e dal medico e viene stilata un'eventuale diagnosi; dopo di che li invitiamo a seguire un corso di educazione alla salute sui problemi alcolcorrelati, che registra un gran seguito, soprattutto fra i giovani.

Quando si redigono le relazioni parlamentari generalmente si commette l'errore di dire che nei Ser.T aumenta il numero dei giovani per l'alcologia senza specificarne il motivo. È vero che aumentano, ma perché da noi vengono anche tutti quelli con problemi legati alla patente: non sono tutti

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

alcolisti, sia ben chiaro; sono persone che hanno avuto problemi di alcol, ma non alcolisti. A coloro che presentano problemi di abuso cerchiamo di fornire un certo tipo di informazione.

Bisogna poi fare un ampio discorso sul tema «alcol e lavoro», per cui, assieme alla medicina del lavoro (l'Obsal) in questi anni abbiamo cercato di formare ed informare varie aziende. Abbiamo cominciato con la Polizia stradale, con la Polizia di Stato di Trieste, per passare poi ai portuali, al Piemonte cavalleria, alla Trieste trasporti, alle guardie giurate. Si tratta di un lavoro importante che ha portato alla sigla di un protocollo pubblicato su una rivista di alcologia e che si trova anche su *Internet*, in cui è indicato come applicare la legge n. 125 del 2001 e l'accordo Stato-Regioni del 2006 su alcol e lavoro in maniera che i lavoratori e i sindacati non vadano in *tilt*.

Potrei andare avanti parlando delle scuole e di molto altro, ma mi fermo qui non prima però di aver fatto un accenno al tabacco.

Pensate che abbiamo iniziato seguendo 150 alcolisti l'anno; ora (dati 2009) siamo arrivati a seguirne 2.038. Sono dati che nessuna altra parte d'Italia registra; tutta Milano, che conta un 1.500.000 abitanti registra un quarto dei pazienti che seguiamo noi. Questo per dire come siamo organizzati.

A fronte di 1.400 persone circa che ricorrono a noi per problemi legati all'alcol, ce ne sono circa 450 che vengono per il tabacco; è stato fatto un grosso lavoro che ci è valso anche un premio, il «Format 2008» per le aziende

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

libere dal fumo. Abbiamo pensato di iniziare formando prima i formatori, gli addetti alla sanità, quindi i centri diabetologici, i centri pneumologici, quelli cardiologici, il percorso gravidanza, e poi diamo la possibilità di ricevere cure *gratis* agli operatori della sanità e non solo.

Questo ambulatorio, che ha iniziato trattando 50 persone, ora è arrivato a seguirne 435.

BALESTRA. Vorrei aggiungere un'informazione: il Ser.T è aperto sette giorni su sette. Credo sia l'unico Ser.T in Regione che è riuscito a garantire un'apertura quotidiana; gli altri il venerdì chiudono.

SACCOMANNO (PdL). Quale orario osservano?

BALESTRA. La mattina del sabato dalle ore 8 alle 14, così anche la domenica e i festivi. Di domenica è prevista l'apertura dell'ambulatorio per le terapie e la reperibilità del dirigente sanitario per ospedali, pronto soccorso, carcere ed altro.

SBRIGLIA. Innanzi tutto, ringrazio tutti per l'invito rivoltomi: lavoro nelle carceri da 28 anni e questa è per la prima volta che ho il piacere di vedere che la montagna va da Maometto e non il contrario e questo, già di per sé, per me

è un fatto positivo e confortante.

Lavoro nelle carceri di Trieste da 20 anni e in questo arco di tempo si sono verificati tre casi di suicidio tra le persone detenute di cui ho perfettamente memoria. Si tratta di una donna e due uomini, tutti e tre giovani. Ricordo le loro storie, cosa è accaduto prima, cosa è successo quando mi hanno informato: insomma, ho un ricordo molto vivido. Devo anche dire che sono trascorsi 20 anni e se tutto fosse fatto sulla scorta di un calcolo matematico potrei dire che, dopo tutto, il sistema congegnato con gli operatori soprattutto dell'Azienda sanitaria ha funzionato.

Questi 20 anni in un posto potrebbero far pensare allo star fermi: in effetti è così, personalmente mi trovo qui da venti anni, ma in questi anni il carcere è cambiato continuamente. Non c'è stato anno che io abbia gestito il carcere dell'anno precedente.

Nei primi anni in carcere vi erano persone dedite soprattutto al contrabbando (essendo Trieste una città di confine, era sviluppata l'economia anche illecita con i Paesi dell'Est); poi siamo passati ai tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata, che vedeva in questa area spazi per sviluppare i propri affari; successivamente abbiamo assistito all'implosione dei Paesi dell'Est, con tutto ciò che è successo in termini di migrazioni, di conflitti e quant'altro. E ancora le guerre interetniche praticamente qui, appena oltre il confine con tutto ciò che comportavano dal punto di vista

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

dell'accoglienza delle persone che venivano nella nostra città con storie personali difficili da governare, difficili anche da immaginare.

Si è poi passati dalla guerra interetnica a quelle di religione: come certo ricorderete, in questa zona si contrapponevano gruppi che facevano riferimento sia ad una strana interpretazione dei principi dell'Islam, che ad una strana interpretazione dei principi del cristianesimo. Quindi, anche queste conflittualità si riflettevano pesantemente all'interno del carcere.

Senza dimenticare le immigrazioni clandestine classiche, di sciami enormi di persone che provengono da tutte le parti del mondo: in una giornata tipo si possono contare non meno di 30-35 nazionalità diverse. In carcere ho scoperto un detenuto lappone (non sapevo neanche come fossero): si era imbarcato come mozzo su un'imbarcazione ed è stato arrestato per reati banali, legati all'abuso di alcol; in carcere è stato difficile comunicare con lui, appartenendo ad una minoranza all'interno di un contesto ben più ampio. Lo stesso discorso vale per i cinese o gli indiani, per non parlare dei pachistani, degli indonesiani e degli iracheni.

Ormai definisco il carcere un mappamondo di ferro, dove al posto delle parallele e delle meridiane ci sono le grate; anche all'interno di questo contesto, si riesce a collocare un'umanità che è la più varia. La lingua in carcere è l'esperanto penitenziario; la cosa stranissima è che ci si comprende. Sebbene possa sembrare irragionevole, si crea una sorta di

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

microclima culturale, anche di rispetto: tutto è legato al bisogno, che consente a tutti quanti di spiegarsi. Tra una parola in pugliese stretto e una in cirillico, alla fine c'è una risultante che appare positiva.

Parliamo ora della sanità in carcere. Attualmente, ho circa 220 detenuti, di cui ben 89 - quindi una percentuale alta - hanno problemi di salute. Ci sono 28 tossicodipendenti in terapia con il metadone, 40 tossicodipendenti in senso lato, 11 alcolisti e dieci detenuti con problemi di carattere psichiatrico.

A fronte di questa situazione, però, non ho a disposizione psicologi ed educatori, o comunque ne ho un numero estremamente modesto. Faccio quindi riferimento soprattutto all'aiuto che mi viene offerto dal dipartimento di salute mentale per le persone con problemi psichiatrici, al dipartimento dipendenze per ciò che riguarda i detenuti tossicodipendenti o al dottor Ticali, che viene a tenere lezioni ai detenuti per insegnare loro a combattere il cattivo vizio del fumo (benché il carcere sia il posto tipico dove ci si farebbe una bella fumata).

Anche all'interno di questo contenitore cerchiamo di indurre (ovviamente con il consenso informato) le persone detenute ad assumere atteggiamenti ragionevoli: diciamo che il nostro sforzo è soprattutto questo. Chi mi conosce sa che, fino a qualche anno fa, ero assertore convinto di una battaglia a tutto campo contro la tossicodipendenza, che considero il

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

vero grande problema, non soltanto per chi lavora in carcere, ma per la società tutta. Ormai, mi accontento di raccogliere feriti piuttosto che morti: è una triste constatazione, perché credo si tratti di problemi di carattere globale, ai quali forse non abbiamo dato risposta con strumenti altrettanto globali, o meglio con risorse globali.

Il problema emerge chiaramente all'interno del carcere, dove si trovano molte persone giovani. Mentre - come è stato detto - l'età media delle persone che hanno problemi di salute mentale è intorno ai 50 anni, in carcere l'età media sta scendendo fortemente. Ormai tra i detenuti ospitiamo i bambini, cioè giovani di 18 o 20 anni - io li considero bambini - che magari la sera si drogano e poi la mattina si vedono i cartoni animati in carcere. Costoro non creano problemi sotto il profilo della gestione; potrebbero essere considerati quasi dei soprammobili: se ci si dimentica di loro, non succede nulla.

La nostra funzione però, evidentemente, non è questa: abbiamo il compito di svegliarli (volendo richiamare qualche tesi buddista), di recuperarli. Dobbiamo farlo non tanto per un motivo umanistico, quanto per i costi enormi che la loro detenzione comporta, anche dal punto di vista sanitario, che per certi versi si riflettono immediatamente sulla qualità di vita di tutti gli altri cittadini. È importante, quindi, cercare di trovare soluzioni.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Da questo punto di vista, a dire il vero, Trieste è strana, non soltanto per il vento, ma anche perché è una città che paradossalmente è aperta: nonostante ci siano varie comunità e differenze di carattere etnico (si diceva così una volta, ora è una parola che non si usa più), in effetti è una città che offre molte opportunità. Solo questa città può consentire a noi del carcere, che da anni ci muoviamo senza fondi, di ricorrere ad una sorta di questua istituzionale per ottenere dal territorio le risorse necessarie per affrontare le esigenze quotidiane.

Per esempio, domani alle ore 11 terrò una conferenza stampa perché ci portano un buono di 1.500 euro (una cifra modesta, qualcuno dirà) per acquistare la vernice per tinteggiare alcuni locali del carcere. Vi sono diverse associazioni impegnate in questa direzione. Può succedere che venga una signora con le borse piene di carta igienica per regalarle al carcere. Negli anni scorsi, ho ricevuto in regalo le tavolette copri-water, perché avevo rappresentato questa necessità: è bastata una mera dichiarazione per vedere arrivare un camion recante una quantità enorme di tavolette, che tra l'altro abbiamo ricevuto anche superando le procedure. Avremmo avuto bisogno di un decreto del Ministro; ma fino a quando arriva il decreto del Ministro, i bisogni sono già passati.

C'è qualche difficoltà nel governare queste situazioni. Dico sempre che, fino a quando le tavolette non dovremo usarle noi operatori

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

penitenziari, potremo stare tranquilli; però nella vita tutto può succedere, quindi anche questo entra nel conto. Anziché limitarci ad applicare semplicemente la norma, i miei collaboratori ed io preferiamo dormire la notte e si dorme di più quando si sa di aver fatto qualcosa di positivo.

Grazie alle «cattive» compagnie che da qualche tempo frequento - parlo del personale del dipartimento di salute mentale e quello dell'azienda sanitaria - registro un nesso fortissimo tra sicurezza e salute. Posso affermarlo anche nella veste molto più modesta e meno professionale di assessore alla sicurezza di questo Comune: mi accorgo che i problemi che mi vengono sottoposti la mattina sono quelli che riguardano i ragazzi che la sera prima hanno fatto baldoria e bevuto quantità industriali di alcol, o che vivono storie personali che sono un continuo rischio per la salute, per cui - tra le varie conseguenze - c'è anche quella di commettere reati. L'eventualità della commissione del reato, dunque, sembra un aspetto della patologia medica.

Per questo diventa importante una collaborazione ancora più forte tra gli organi di polizia e le strutture che si interessano di salute: è quanto abbiamo già realizzato a livello penitenziario. Credo però che non si finirà mai di lavorare in questa direzione; che la formazione debba essere permanente e non ci possa essere soluzione di continuità.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Con l'azienda sanitaria abbiamo organizzato corsi e incontri per superare il problema della differenza dei linguaggi. Se un operatore del dipartimento di salute mentale viene spinto o insultato da un suo assistito, comprende che quel comportamento rientra in un contesto di disagio, di problematicità. Se la stessa parola viene detta ad un agente di polizia giudiziaria, ad un pubblico ufficiale, quello deve fare rapporto, perché adesso è anche un reato perseguibile d'ufficio. Si andrebbe così ad ingolfare ulteriormente il sistema sanitario, il sistema giudiziario, il sistema nel suo complesso.

Questo è un problema di non poco conto. Da qui sorge l'esigenza di un confronto per cercare di evitare questi rischi, o almeno per ridurli, usando metodologie di lavoro nei confronti di queste persone che tengano conto che il diritto alla salute viene prima del diritto a punire, se si osserva l'ordine in cui questi diritti sono previsti dalla Carta costituzionale. Forse un'attenzione in tal senso potrebbe spiegare anche una disciplina penale diversa.

Mi rendo conto che, in un sistema in cui si fanno tante norme penali, immaginare un diritto penale speciale per un soggetto problematico potrebbe sembrare quasi una assurdità. Però come direttore penitenziario devo avere il coraggio di sottolineare questa esigenza: sicuramente non è possibile porre sullo stesso piano la situazione di chi ha un problema di

salute evidente e quella di chi commette un reato senza avere quel problema.

Mi piacerebbe pensare alla giustizia come a un abito su misura. Questa affermazione potrebbe apparire in contrasto con il principio generale che la legge è uguale per tutti. Forse uguale per tutti dovrebbe essere la percezione del dolore: se una persona ha una percezione del dolore pari a dieci e un'altra pari a venti, c'è una situazione di uguaglianza se entrambe hanno la stessa percezione, altrimenti è possibile che una delle due non sentirà più nulla e l'altra soffrirà tantissimo. In questo caso, non avremmo fatto buona giustizia.

Vi ringrazio davvero come operatore penitenziario, per questa audizione e per l'occasione che ci avete offerto.

DELL'ACQUA. A proposito della sicurezza, di cui parlava il dottor Sbriglia, volevo aggiungere che il dipartimento di salute mentale svolge in maniera costante e istituzionale un lavoro con gli organi di polizia, quasi fianco a fianco. Abbiamo fatto formazione con gli agenti del «113» per avere un linguaggio comune, proprio per evitare le situazioni di cui parlava prima il dottor Sbriglia.

In secondo luogo, per dare un'idea del lavoro che si effettua in carcere, quando ho parlato dell'OPG, devo dire che naturalmente il dottor

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Sbriglia è artefice di tutto questo con i miei colleghi: qualsiasi problema si verifica in carcere, il nostro primo obiettivo è intervenire onde evitare un rinvio del soggetto all'ospedale psichiatrico giudiziario, anche soltanto in osservazione. In tal senso, credo che questa connessione abbia funzionato.

Per quanto riguarda la questione dell'età, dovete tener conto che Trieste è la città più vecchia d'Europa, forse la seconda. Quindi, quando parlo di 50 anni come età media, bisogna tener presente che nelle nostre cartelle abbiamo anche persone che hanno 80-90 anni, ma ce ne sono anche di molti giovani.

Infine, ho dimenticato di dire - ma spero che qualche mio collega vi si soffermerà più ampiamente - che Trieste è centro collaboratore dell'Organizzazione mondiale della sanità; l'ho ribadito di recente in un convegno perché questo è un punto molto qualificante del nostro lavoro.

MEZZINA. Vorrei fare una precisazione sulla questione della collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità. Sono il responsabile del centro di salute mentale di Barcola-Aurisina e responsabile del piano di lavoro con l'Organizzazione mondiale della sanità.

Nel 1974, Trieste è stata area pilota dell'OMS per il lavoro nell'ospedale psichiatrico, per la prima volta con Franco Basaglia. Dal 1987, la città è centro collaboratore ufficiale dell'OMS ed ha continuato per

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

questi 25 anni tale attività. Nel 2005, Trieste è stata nominata centro collaboratore e guida per lo sviluppo dei servizi in Europa: è l'unica realtà europea che ha ricevuto questo riconoscimento dall'OMS Europa, nell'ambito della Conferenza di Helsinki, quando ci venne assegnato questo compito.

La fortuna che abbiamo avuto in questi anni è quella di avere ricevuto tantissimi visitatori, che vengono qui, vedono i servizi, il nostro lavoro, ma portano anche una serie di *input* fondamentali dal panorama internazionale più avvertito, più intelligente.

Per esempio, nell'ambito delle collaborazioni e delle visite, nel 2008 abbiamo ospitato circa 800 persone di 30 nazionalità diverse. Un flusso di visitatori che ci impegna moltissimo ma che dà anche molto. Abbiamo anche promosso una rete di esperienze eccellenti che si basano sugli stessi principi, generalmente di provenienza europea ma anche sudamericana.

Abbiamo così scoperto - è questo un aspetto importante - che c'è possibilità di sostenere innovazione nella salute mentale attraverso contatti internazionali, con quelle esperienze che - ripeto - si fondano sugli stessi approcci. Parlo di abbandono delle grandi istituzioni psichiatriche; offerta di servizi globali rivolti alla complessità della vita della persona nella comunità, attivi, se possibile, 24 ore su 24, e centrati sull'utente, quindi sul protagonismo del cittadino all'interno di questo circuito; servizi volti

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

all'inclusione sociale e, attraverso questa, integrati con la comunità nel modo più pieno, sulla base del *whole life approach*, un approccio, cioè, che intende dare risposta all'intera vita.

Attualmente il nuovo piano di lavoro quadriennale con l'Organizzazione mondiale della sanità, che sta giungendo alla fase di approvazione finale, prevede collaborazioni con la Serbia, i Paesi balcanici, la Palestina, la Bulgaria, l'Azerbaigian, i tre *trust* dell'Inghilterra meridionale che guardano a noi come esperienza di eccellenza, oltre che con il Sudamerica e gli Stati Uniti, con le università di Berkeley e di Yale, al fine di costruire un'ipotesi di rafforzamento della qualità.

Il materiale che vi abbiamo consegnato contiene anche un breve riassunto delle attività di ricerca che abbiamo svolto in questi anni e che abbiamo cercato di documentare, spesso in collaborazione con importanti istituti nazionali, dall'Istituto superiore di sanità all'Istituto Mario Negri, pur non essendo il nostro un centro di ricerca per *mission*. Dalla documentazione, quindi, risulterà tutta una serie di aspetti che abbiamo voluto seguire, dal segmento dell'intervento sulla crisi a quello dei casi gravi, al carico familiare, all'inserimento lavorativo, a dimostrazione di avere condotto una serie di ricerche multicentriche o concentrate specificamente a Trieste, per cercare sempre di mantenere un'attenzione sulla qualità delle cure.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Vorrei poi segnalare che, a prescindere dalle polemiche sul ruolo che ha svolto in Italia, Trieste fu sede di una delle prime ricerche multicentriche dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici a seguito dell'iniziale applicazione della legge n. 180 che, ad opera del CNR, mise insieme 20 centri italiani. Rispetto ad un campione di pazienti affetti da schizofrenia, Trieste risultò essere, insieme ad Arezzo, la città che presentava i migliori esiti psicosociali, sia dal punto di vista dei sintomi che dell'inserimento sociale delle persone.

In questo nostro sforzo di documentazione va anche rimarcato il fatto che la regione Friuli-Venezia Giulia dispone di un sistema informativo che in tempo reale è in grado di fornire il monitoraggio dell'attività dei servizi con alcuni indicatori di esito molto importanti, quali il tasso di lunga assistenza o il tasso di trattamenti sanitari obbligatori, che potete ritrovare nel materiale consegnato e che vi consente anche di operare un confronto tra i dati di Trieste con il sistema Regione, di cui sicuramente l'assessore vi avrà parlato; Regione che in qualche modo ha mutuato l'impostazione triestina, pur calandola nei diversi territori.

La documentazione contiene anche una tabella che, mutuando una suggestione di alcuni colleghi epidemiologi di area anglosassone, tra cui Graham Thorncroft, responsabile del dipartimento di epidemiologia e sanità pubblica a Londra, mette in evidenza il principio delle tre «E», vale a

dire etica, evidenza, esperienza; oggi, nel campo della salute mentale non si tende più ad ossessivizzare la questione dell'*evidence-based* in senso medico ma si afferma che è anche giusto basarsi sulle evidenze che devono essere documentate attraverso studi idonei e che devono anche essere legate ad una impostazione etica, quindi ad una serie di principi che nella tabella cerchiamo di riassumere, e correlate all'esperienza diretta dei fruitori dei servizi, quindi delle persone, dei soggetti, dei pazienti e dei loro familiari.

Si sta cercando di costruire un sistema che vada monitorando e migliorando la qualità, tenendo conto dei presupposti etici, delle evidenze che emergono dall'attività di monitoraggio di *routine* e dall'attività dei servizi, ma anche dalle ricerche. Verificare la soddisfazione delle persone, il carico familiare e tutto ciò che accade nell'esperienza diretta dei cittadini credo sia il modo migliore per tentare di documentare l'attività.

IMPAGNATIELLO. Vorrei aggiungere solo una breve notazione in merito alle motivazioni che hanno portato all'uso del *budget* di salute. Noi siamo fermamente convinti dell'inutilità di utilizzare risorse del *budget* destinato alla psichiatria in modo eccessivamente passivo. Un tempo, quasi l'intera spesa era destinata alla residenzialità. L'idea di mobilitare la spesa in modo dinamico, centrando il programma sulla persona, come il progetto

obiettivo «Tutela della salute mentale» indica in modo esplicito, riteniamo possa portare anche le persone che hanno disturbi severi verso percorsi di emancipazione, di ripresa e di guarigione. Questo ci impone anche di aprirci e di dare risposte chiare ai familiari che domandano programmi terapeutici e riabilitativi personalizzati. Ad un familiare che avanza una simile richiesta non è possibile fornire una risposta che si basa esclusivamente sulla residenzialità, cioè su un luogo, spesso artificiale, lontano dalla vita e dalla quotidianità; un luogo che spesso non offre opportunità di emancipazione alla persona che, pur avendo un disturbo severo, deve avere la possibilità di essere incluso.

Questo un approccio è ben evocato dal progetto obiettivo richiamato, in quanto lo scopo fondamentale non è solo il livello terapeutico o il momento riabilitativo, che deve pure esserci in ogni percorso di lavoro su una persona con un disturbo severo, ma è anche il punto essenziale ultimo della emancipazione, dell'inclusione vera della persona, pena il fatto che tutto il resto rischia di saltare.

È allora comprensibile in tanti contesti lo smarrimento dei familiari, quando non ricevono tutte queste risposte in modo concertato. Noi non possiamo mai rispondere ai familiari: «Non possiamo».

A tal proposito, un'altra caratteristica del nostro sistema organizzativo è quella di elaborare in continuazione il fallimento. Noi non

possiamo mai affermare che in una certa situazione non si può più fare nulla o demandare. Ci assumiamo totalmente, per *mission*, la responsabilità della salute mentale del territorio in cui lavoriamo.

SACCOMANNO (*PdL*). Ringrazio innanzi tutto gli audendi per l'insieme delle notizie importanti che ci hanno fornito.

Non ripeto la stessa premessa che ho fatto dinanzi agli assessori Kotic e Grilli e al direttore generale dell'azienda per i servizi sanitari Rotelli, perché l'ambito di competenza e di responsabilità in capo alle vostre persone è indubbiamente diverso, com'è diverso l'ambito della conoscenza sulla quale ci confrontiamo. Voglio però chiarire alcuni aspetti, non tanto per scusare delle cattiverie gratuite: la nostra non è una Commissione che raccoglie informazioni le più belle, le più varie, ai fini di una indagine conoscitiva.

Noi stiamo conducendo una inchiesta partendo proprio da Trieste per verificare le risposte che il territorio ha dato alla legge n. 180 del 1978 e per valutare: come si è organizzato il Paese anche riguardo alle dipendenze patologiche; le risposte che dà; ciò che funziona; ciò che siamo in grado di cogliere e che può essere migliorabile, con la collaborazione dei tecnici ma anche con la loro conoscenza, che ci deve consentire di mettere il dito nelle piaghe, se vi sono, o di raccogliere dei dati positivi. Naturalmente i dati

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

possono poi essere confrontati con quelli di altre situazioni meno felici della vostra. I termini di paragone per poter indirizzare le altre realtà rappresentano elementi positivi.

Probabilmente approfitterò anche del processo inverso che intendiamo seguire in questa occasione: il presidente Marino prenderà l'iniziativa di inviarvi per iscritto una serie di domande che la Commissione riterrà opportuno formulare, in modo da ottenere dal territorio, attraverso la vostra esperienza, la massima conoscenza dei dati. Non vorrei però esimermi dall'onere di porvi nell'immediato alcuni quesiti, quantitativamente minori anche se per noi importanti.

Il senatore Bosone ed io abbiamo scelto, insieme all'intera Commissione che ce lo ha permesso, di gettare uno sguardo non solo sulle dipendenze patologiche quanto anche sul tema della salute negli istituti penitenziari, al fine di conoscere meglio la situazione esistente e il grado di soddisfazione. Nel disagio il percorso della salute, già difficile di per sé, può essere ancora più grave e, a seconda della risposta che lo Stato può immaginare di fornire, è possibile accrescere tale situazione di disagio oppure alleggerirla. In tal senso, i suggerimenti che tutti voi avete dato, compresi quelli del direttore Sbriglia, si rivelano preziosi.

Anche noi vorremmo che il carcere non fosse quel mappamondo di ferro che appare essere e che anche dietro le sbarre si potessero trovare

orizzonti di speranza, sotto il profilo sia della salute che delle condizioni successive di vivibilità.

Direttore Sbriglia, conosco bene il contrabbando, dal momento che provengo da Brindisi, città storicamente connotata da tale fenomeno. Non so a cosa si sia voluto riferire in particolare quando ha parlato della Puglia, se al contrabbando che migra in queste zone o ad altro. Ad ogni modo, vorrei sapere se esistono nel carcere da lei diretto luoghi differenziati e dedicati ai soggetti con problemi psichiatrici. Peraltro, mi è stato riferito essere un carcere ben organizzato e di ottima qualità.

Nel corso della sua esperienza ventennale ha avuto la possibilità di dedicare spazi diversi, in qualche modo più protetti, ai detenuti con problemi psichiatrici o ai tanti da lei citati che presentano delle necessità, quali, ad esempio, i tossicodipendenti? Ha la possibilità di seguirli nei comportamenti e nella cura, sulla base del rapporto che intendete con loro stabilire e del quale ci avete già illustrato i dettagli?

Chiederò poi anche quali sono i meccanismi, i tempi, i ritmi, le *performance* relativi a questo tipo di rapporto, che si differenzia anche a seconda della dipendenza cui si fa riferimento e ai dati che tali dipendenze presentano all'interno del carcere. Vorrei sapere se lei riesce a suddividere questo intero mondo.

E' chiaro, infatti, che nella commistione generale diventa più difficile curare e trattare. Le chiedo se vi è la possibilità di creare per queste persone ambienti differenziati, soprattutto sulla base dell'età. Ovviamente ciò dipende anche dallo spazio di cui dispone il carcere, altro dato che vorrei conoscere.

Naturalmente non è che sogniamo il carcere ideale, ma certamente sogniamo che anche nella vita carceraria, in un mondo così particolare, possa essere più facile introdurre percorsi di salute. Non ci fa solo tenerezza ma stimola in noi un'attenzione diversa il fatto che lei si rivolga a dei bambini, come affermava poco fa, di un'età particolare e particolari delicatezze e bisogni. Bambini che hanno la capacità di assorbire come spugne le negatività di un ambiente chiuso come quello carcerario ed anche di esaltare i problemi che si portano dietro, come quelli dati dalle diverse dipendenze patologiche da cui sono affetti.

Sempre su questo argomento vorrei ancora sapere se nelle infermerie c'è la possibilità di prevedere una degenza semiprotetta per queste persone.

Le formulo poi una domanda più per promemoria che per avere nell'immediato una risposta. Vorrei sapere quali sono le strutture e i meccanismi esistenti volti al controllo della salute di tutti i detenuti e non solo di quelli di cui ci stiamo occupando nello specifico. Quali sono i

rapporti che ella ha con le strutture di emergenza-urgenza? Quali sono i pronto soccorso di riferimento?

Con quale tempistica lei riesce a rispondere ai più variegati problemi sanitari, da quello chirurgico a quello puramente medico; da quello emergenziale generale a quello di urgenza vera e propria? Che tipo di organizzazione, di risposta esiste nel collegamento tra l'istituto da lei diretto e il mondo sanitario?

Comprendo la difficoltà di rispondere dettagliatamente in questa sede a tutte le domande che ho formulato, ma poiché le cose possono sembrare diverse nell'immediato rispetto a come le si percepiscono nel momento del bisogno, gradiremmo avere una descrizione dell'intero scenario, sapere quali sono le esigenze, le risposte fornite attraverso il servizio «118» e tutto ciò che può rispondere a problemi di salute, non soltanto relative al momento psichiatrico o delle dipendenze patologiche, che sono momenti diversi.

Vorrei inoltre sapere se vi è del personale sanitario dedicato e fisso nelle 24 ore, anche solo un infermiere, oppure no. Esistono delle convenzioni pubbliche o private che consentono di dare risposta di assistenza sanitaria continua? E nel caso ricorrano delle patologie croniche, lei è in grado di fornirci un elenco per comprendere che tipo di assistenza si può fornire? Ritengo che le risposte alle domande formulate possano fornire un quadro per noi molto utile.

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Alla dottoressa Balestra chiedo se è soddisfatta del personale che lavora con lei; è sufficiente rispetto alle richieste? Ritenete le dotazioni organiche sufficienti? Il *burn out* è regolare? E il grado di soddisfazione del personale è soddisfacente? Questo è un elemento importante: il momento relazionale incide sulla prestazione. Se, ad esempio, un sanitario risponde in maniera sgarbata ad un paziente che zoppica può pure passare, poiché il paziente può replicare allo stesso modo e andarsene. Diversa è la sensibilità richiesta nei settori che voi trattate, per cui un operatore stanco o insoddisfatto può avere approcci inidonei.

La domanda sulle piante organiche non si riferisce solo al dato organizzativo, per sapere cioè se avete sufficiente personale, ma con quale grado di sacrificio o di giusta corrispondenza il dipendente, l'operatore, le persone di cui vi avvalete come collaboratori per gestire ambiti così importanti - ed avendo dimostrato di farlo bene, ci complimentiamo - prestano la propria opera.

Vorrei anche che lei ci descrivesse le figure professionali di cui vi avvalete, in forza di un rapporto fisso o di consulenza per comprendere qual è la strutturazione, i meccanismi abituali di approccio che ritengo siano importanti (costituiscono il nostro *background* professionale). Più che il dato occasionale è quello storico che può aiutarci a comprendere.

Avete del personale amministrativo che vi coadiuva da questo punto di

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

vista, con un'autonomia che facilita i rapporti con le altre istituzioni? E qual è il grado di collaborazione e di soddisfazione che avete nei rapporti con le altre istituzioni, in generale, e con quelle con cui intrattenete rapporti più frequenti perché correlate alla vostra funzione? Anche questo sarebbe un dato utile per noi.

In quale misura riuscite ad incrementare il vostro lavoro con un volontariato assolutamente importante, forse più per una parte che per l'altra? Se parliamo di Ser.T, ad esempio, il volontariato può essere impiegato meno (salvo che nelle unità di strada, nei rapporti di formazione e informazione che ho appreso svolgono una funzione importante). Avete un rapporto di tipo routinario e organizzato?

La Regione vi fornisce occasioni, opportunità per accedere alle scuole per fare formazione o informazione? O tutto ciò è lasciato esclusivamente alla vostra libera iniziativa che, per carità, può darsi che sia assolutamente abbondante e sufficiente. Vorrei capire se vi è una richiesta organizzativa diversa o un approccio diverso in questo ambito.

Molto meglio di me voi comprendete quanto questo momento di formazione-informazione possa essere importante, anche per le differenti età che voi trattate, per gli esiti ed i tempi estremamente lunghi, le modalità di convincimento ed altri elementi importanti.

Sarebbe poi interessante sapere come organizzate i rapporti con le

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

associazioni e quali rapporti intrattenete con le comunità terapeutiche e con quali, in particolare. In ambito regionale o extraregionale? Avete riferimenti nazionali, o preferite quelli locali o extraregionali? E da cosa è motivata la vostra scelta? Quali difficoltà incontrate: gestionali, amministrative o progettuali? Siete dei professionisti e per noi risulta davvero preziosa la vostra valutazione rispetto ad un progetto, ad un indirizzo diverso al riguardo.

Quanto ad un vostro rapporto istituzionale, probabilmente soprattutto con riguardo ai Ser.T ma anche per le crisi acute legate all'uso di alcol o altro, può essere importante comprendere se tra voi e i pronto soccorso vi è una comunicazione reciproca, o se l'acuto con disturbi di astinenza, di *overdose* o altro passa direttamente dal pronto soccorso senza che vi sia, in alcuni casi, un collegamento, un relazione, un rapporto o un progetto costruito.

Mi rendo conto che le domande sono molte, ma queste sono le informazioni che a noi occorre conoscere.

BALESTRA. Comprendiamo; sono nodi cruciali.

SACCOMANNO (PdL). Naturalmente poi troveremo il modo di scambiarci queste informazioni. Sarà il Presidente a decidere quando e dove. Ma dovendo redigere una relazione, questi sono i dati che mi occorrono.

Quando ho rivolto una domanda analoga al direttore delle carceri, mi

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

interessava anche lì conoscere se il rapporto è reciproco. Che tipo di comunicazione, di scambio esiste? Qual è il ritmo circadiano con cui vi interfacciate l'un l'altro per poter seguire patologie che rientrano nelle vostre competenze, oltre quello che in termini generali ho avuto modo di cogliere e di chiedere al direttore generale?

Quanto agli affidamenti di metadone, su che medie si assestano e per quanti giorni? Sono affidamenti ai limiti della legge (30 giorni) o sono inferiori? Come si riescono a seguire?

E poi un'altra domanda impertinente: avete rilevato casi di mancanze o perdite di quantitativi importanti di metadone rispetto alla disponibilità? Lo chiedo perché, in alcuni casi, il medico, sentendosi sicuro di sé, può magari concedere più giorni. Vi sono tradimenti facili di questo tipo di fiducia? Mi permetto di rivolgervi questa domanda perché in Italia (a Biella, per esempio) si sono verificati fatti di questo tipo.

Tutti i dati più rilevanti che ci potrà fornire, anche con riguardo al tabacco, per noi rivestono importanza: proprio in questi giorni, tra le altre cose, ci stiamo accingendo ad esaminare in sede deliberante un disegno di legge importante; ma ci sarà sempre il tempo per migliorarlo, correggerlo e comprenderlo.

Un altro elemento che mi incuriosisce e che potrebbe incuriosire anche altri sono le modalità con cui diffondiamo l'informazione riguardo, per

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

esempio, al tabacco e l'alcol. Siccome riguarda soprattutto i giovani, non posso pensare che vengano utilizzati gli stessi strumenti che si utilizzano in altri campi: filmini, annunci sul giornale o cose simili. La nostra interfaccia con il mondo giovanile deve essere diversa, come ho già detto in Commissione.

Se il ministro Gelmini comunica le materie d'esame attraverso *You Tube* - non voglio dire che abbia fatto bene o male - vuol dire che esistono delle pagine comunicazionali diverse e completamente nuove.

Dobbiamo trovare l'occasione di ragionare su nuovi strumenti, che la stessa Commissione sta cercando. Qualcuno di voi ha suggerito di aumentare le risorse del Ministero attraverso l'applicazione di accise sugli alcolici per realizzare una certa campagna pubblicitaria.

Per noi è importante che persone che hanno conseguito dei successi, quali quelli che ci avete raccontato, ci suggeriscano quali sono gli strumenti di diffusione più efficaci: che sia la *blogger* mania o altri simili - non escludo che possano essere quelli - o magari le pagine degli universitari che si confrontano con l'ospedale.

Abbiamo la possibilità di farlo? Poiché voi lo avete già sperimentato, sulla base della vostra esperienza potremo migliorare la norma, conoscere meglio l'argomento e fare comparazioni.

Dottor Dell'Acqua, sono venuto qui curioso di ascoltarla, oltre che per

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

la notorietà scientifica, anche perché qualche giorno fa lei mi ha letteralmente spaventato, e le spiego perché. Quando stavamo organizzando il lavoro della Commissione in materia di psichiatria, dissi che sarebbe stato opportuno raccogliere il dato di quante persone sono ancora nei manicomi: il collega Bosone mi chiese cosa stessi dicendo. Pochi giorni fa, invece, scopro che lei ha affermato che vi è il rischio di un ritorno ai manicomi (questa, almeno, è la notizia che i giornali riportano) e che si attua ancora la contenzione meccanica. Insomma, vi è una sorta di tentazione al manicomio, ci sono persone più o meno istituzionalizzate...

DELL'ACQUA. È tutto vero.

SACCOMANNO (PdL). La domanda che le rivolgo, alla quale probabilmente non potrà rispondere ora in pochi minuti, è la seguente. Quando lei scrive che nei reparti di neuropsichiatria infantile bambini tra i 9 e i 14 anni vengono legati al letto, per me l'occasione è ghiotta per chiederle come, dove e quando ciò accade. Per noi questo è un dato importante, per il ruolo di questa Commissione: non è come leggere una pagina di giornale. Abbiamo bisogno di dati, di un confronto: quindi colgo l'opportunità offertami dalla sua conoscenza per avere questi dati.

Lei deve aiutarci. Se nel suo percorso scientifico è venuto a sapere che,

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

ad esempio, a Canicattì si verificano fatti simili, noi vogliamo comprendere, sapere e vedere di persona cosa accade.

Ci siamo preposti la visita di 10 o 15 centri in altrettante città e lo faremo, ma potremmo visitare città sbagliate e non visitare quelle di cui non sappiamo molto. Non vogliamo vedere solo l'*optimum*, ma anche sapere dove c'è il dolore, la sofferenza proprio per migliorare.

Le superdosi di psicofarmaci: non è solo letteratura quello che lei afferma. Siccome mi sembra che i dati riportati siano importanti, vorrei vederli, signor Presidente, per poter indirizzare la nostra azione.

Anche noi percepiamo la medicalizzazione generale del sistema, ma non cogliamo lo sfuggire del progetto riabilitativo. Probabilmente voi a Trieste lo rilevate, ma io non lo scorgo anche guardando in più direzioni. Vedo invece una trasformazione del sistema di accoglienza, che è passato dalla struttura di accoglienza manicomiale del passato, a case famiglia o appartamenti. Negli SPDC le permanenze medie non sono di due o tre giorni: si parla di un mese; la questione è un po' diversa. E quando il ricovero di un mese è ciclico, ciò mi ricorda altro, con qualche vacanza in più rispetto al passato.

Ho bisogno di conoscere meglio i fatti che lei riporta. Come pure devono essere controllati i reparti blindati.

Queste cose le ho viste personalmente, più da ragazzo che da medico:

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

intorno alla zona in cui vivevo c'erano diversi centri di questo tipo. Ricordo le contenzioni, che nella mia memoria hanno lasciato un ricordo drammatico di quei percorsi, o il colloquio con strani colleghi che mi parlavano dell'elettroshock come di una terapia eccezionale. Ancora oggi abbiamo cultori in centri di eccellenza di riabilitazione psichiatrica che quando parlano con me in veste non istituzionale mi raccontano che, tutto sommato, è una tecnica che ancora funziona.

Dato che lei conosce queste realtà, la Commissione deve sfruttare questa sua conoscenza.

Per quanto riguarda il personale, siete contenti dei ritmi di lavoro che ci sono? Con quali campagne informative siete riusciti ad integrare la città e la società, ad ottenere il risultato della partecipazione, delle borse lavoro, dell'associazionismo e di tutto ciò che offre la società? Le chiediamo di fornirci questi dati in modo sintetico, in modo che per noi siano di più facile consultazione.

Qual è il vostro rapporto con i medici di base, con i pediatri, con le scuole? Avete dati sui suicidi adolescenziali? Talvolta essi sono importanti. Avete verificato in che modo è possibile intervenire? Quanti sono i ricoveri per sindromi psicotiche indotte da alcol e droga, in percentuale, rispetto agli altri? Si stanno incrementando?

DELL'ACQUA. A Trieste o in generale?

SACCOMANNO (PdL). A Trieste, ma se ha anche i dati generali, sono contento che ce li metta a disposizione.

Alla dottoressa Balestra ho dimenticato di chiedere informazioni sulla mortalità per *overdose*, suddivisa per fasce di età, perché stiamo registrando dei cambiamenti in questo senso.

Quante sono le case famiglia presenti sul territorio? Ci hanno detto che sono gestite da cooperative di tipo A o B.

DELL'ACQUA. Sempre con il dipartimento.

SACCOMANNO (PdL). Non chiedo a lei quali meccanismi sono adottati per l'affidamento, se viene bandita la gara o no; vorrei sapere - è una domanda cattivissima, cui se non è in grado di risponderci ora, potrà farlo successivamente - se è a conoscenza del fatto che personale che fa riferimento all'azienda sanitaria o al mondo della politica è nella gestione di queste cooperative. Mi riferisco a quelle che prestano assistenza, non so se per tre, quattro o cinque anni, in base agli affidamenti. Ripeto, la domanda non riguarda la sua competenza professionale, ma solo la sua conoscenza: le chiedo se ha notizie a tal riguardo.

In sostanza, lei sa se vi sono uomini delle istituzioni, da quelle sanitarie (che rappresentano l'aspetto più delicato, a mio giudizio) al mondo della politica (è possibile che accada), che abbiano interessi diretti in queste cooperative, sia pure come promotori, visto che molto spesso, in certi casi, ci si mette il «cappello buono»? Sarebbe utile per noi capire qual è il meccanismo.

Il dipartimento di salute mentale effettua controlli sulle case famiglia e, in caso affermativo, con quale periodicità? Esiste un registro dei controlli? Se domani mattina vi chiedessimo le carte per verificare quando avete svolto i controlli, sareste in grado di darcele? L'azienda sanitaria ha tracciato un percorso di registrazione dei controlli su queste strutture? In sostanza, l'incaricato del controllo rilascia una certificazione all'azienda sanitaria, in modo che si possa averne un riscontro, oppure si limita a telefonare al direttore generale per informarlo che va tutto bene? Vorrei sapere se esiste documentazione di questo tipo.

Ci sono state cooperative che abbiano richiesto una certificazione di qualità sui servizi psichiatrici? Se ce l'avete, potete segnalarcela?

Gestite voi anche i casi cronici? Ve ne arrivano molti? Considerando il dato economico gestionale in crescita e l'invecchiamento progressivo della popolazione; considerando che si impazzisce più facilmente pur senza essere pazzi e che ad una certa età possono apparire demenze diversamente

motivate, oppure oligofrenie o altre patologie, vorrei sapere se questi casi arrivano comunque a voi, se li trattate. Quali sono i numeri e le percentuali di queste patologie che arrivano ai centri di salute mentale?

Vorrei avere maggiori informazioni - le ho già chieste all'assessore e al direttore generale, che ha rinvio a voi - sul rapporto che avete con l'assistenza domiciliare. Avete detto che il sabato e la domenica svolgete il vostro servizio dalle ore 8 alle ore 14, ma qual è il vostro orario, negli altri giorni?

BALESTRA. Negli altri giorni garantiamo il servizio per 12 ore.

SACCOMANNO (PdL). È importante anche il trattamento a domicilio, però: si tratta di malati delicati e molto spesso - purtroppo la natura è così - a queste situazioni di disagio si aggiungono luoghi e ambienti sfavorevoli e altre condizioni disagiate. Quindi è importante il collegamento con la famiglia. Quando in Puglia abbiamo dovuto chiudere i manicomi, ed erano tanti, i familiari si chiedevano cosa avrebbero fatto, una volta portati a casa questi malati. Per il trattamento domiciliare, c'è un'integrazione o un coordinamento con voi? E in che modo? Le vostre risposte ci consentiranno di fare un confronto con le altre informazioni che ci sono state date.

Dai dati forniti da voi e dal direttore generale, abbiamo riscontrato che esiste una medicina territoriale e non tanto una ospedaliera, che è staccata almeno dal punto di vista della gestione. Qual è il vostro rapporto con gli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura)? Vi sono degli ospedali, oltre quello del CSM?

DELL'ACQUA. C'è un solo ospedale, quello di Trieste.

SACCOMANNO (PdL). Però non è gestito dalla stessa direzione dell'azienda sanitaria.

DELL'ACQUA. L'ospedale no, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura sì.

SACCOMANNO (PdL). Il programma, proprio perché individuale e personalizzato, è sempre affidato alla vostra responsabilità: quindi vi è un rapporto di collaborazione importante?

DELL'ACQUA. Sì, è quotidiano.

COSENTINO (PD). Non ho domande da fare; il collega Saccomanno ne ha già poste molte. Vi chiedo una cortesia. Ho visto l'attività di ricerca a

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

Trieste per la valutazione degli esiti di alcuni studi che mi paiono di grandissimo interesse. Vi prego quindi di trasmettere alla Commissione il materiale che avete su questi tre studi, di cui vorrei capire meglio a che punto si trovano, soprattutto perché uno è ancora in corso.

DELL'ACQUA. Sono dei brevi *summary*.

COSENTINO (PD). Uno primo studio è sulle strutture residenziali. Vorrei sapere se avete fatto passi avanti o se esiste una memoria di cui possiate trasmettere copia alla nostra Commissione, in modo che possiamo valutarla.

Sempre in questo quadro di valutazione degli esiti, ci sono altri due studi su cui vorrei maggiori informazioni: quello sull'uso dei farmaci, nel contesto degli interventi, e quello sull'inserimento lavorativo nazionale. Sono documentazioni che potrebbero esserci utili.

Immagino che questi studi siano in corso di svolgimento, però se è possibile fare un aggiornamento, un compattamento dei dati che emergono dalle valutazioni degli esiti sarebbe per noi di grande utilità.

BOSONE (PD). Sarò breve: è stato già chiesto tutto dal collega Saccomanno.

Anch'io mi ero allarmato per le dichiarazioni apparse sul "Corriere della Sera", quindi mi piacerebbe sapere non solo se in Italia davvero ci sono strutture che assomigliano ancora molto agli ex ospedali psichiatrici, in cui si effettua una istituzionalizzazione di tipo pesante, ma anche se ci sono territori dove non c'è o è molto carente la catena della presenza territoriale. Penso che anche su questo aspetto dovremmo concentrare la nostra attenzione, per capirne il motivo, verificare se ci sono da fare interventi, implementazioni in sede legislativa o se si registrano carenze nell'applicazione della legge.

Vi pongo ora domande molto concrete. Vorrei capire quali percentuali di successo avete sul percorso riabilitativo e come valutate il successo riabilitativo, nella pratica clinica.

Vorrei sapere se i cosiddetti *budget* di salute, che penso siano preordinati dal DSM, sono gestiti dal CSM e se, nell'ambito di questo, il paziente è libero di scegliere il CSM migliore con cui rapportarsi, dal suo punto di vista, oppure se vi è un obbligo di scelta territoriale.

Avete pensato di attivare centri specificamente per la depressione, oppure già esistono, nell'ambito dei CSM? Sappiamo infatti che molte depressioni non vengono diagnosticate, perché il paziente ha una difficoltà connaturata ad accedere al CSM. In particolare, sulla depressione adolescenziale (questo si ricollega anche alle cattive abitudini di cui ha

BOZZE NON CORRETTE
(versione solo per Internet)

parlato il dottor Ticali), vi chiedo se avete pensato di attivare centri di autopresentazione o di ascolto per il disagio adolescenziale, che molto spesso maschera depressioni che, se non curate e trattate, possono portare al suicidio.

L'ultima domanda riguarda la residenzialità e i centri diurni, nel percorso riabilitativo. Vorrei sapere se nei centri diurni i pazienti sono differenziati in base alle intensità di cura, ai percorsi terapeutici (esistono centri diurni in cui vengono ricoverati indifferentemente tutti i pazienti psichiatrici) e se c'è mobilità nell'ambito dei percorsi riabilitativi, cioè se vi sono molti pazienti che migrano da un percorso residenziale ad uno di *day hospital*.

PRESIDENTE. Chiedo a tutti voi di rispondere alle domande specifiche che vi sono state poste con una relazione che ci invierete successivamente, in forma cartacea e - se possibile - anche in formato elettronico.

Vorrei ora formulare una nuova domanda e reitarne tre che vi sono già state poste. Tuttavia, considerata la delicatezza di tali questioni, propongo di passare in seduta segreta.

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 20,24).

(I lavori proseguono in seduta pubblica dalle ore 20,49)

(Segue PRESIDENTE). Ringraziando tutti gli ospiti intervenuti per la loro disponibilità e per il prezioso contributo offerto ai nostri lavori, dichiaro così concluse le odierne audizioni.

I lavori terminano alle ore 20,50.