



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 174

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

SEGUITO DELL'INCHIESTA SU ALCUNI ASPETTI DELLA
MEDICINA TERRITORIALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO
AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE
TOSSICODIPENDENZE E DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE
MENTALE

180^a seduta: mercoledì 3 ottobre 2012

Presidenza del vice presidente MASCITELLI

INDICE

**Audizione di persone informate sui programmi innovativi del
Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di
Como**

PRESIDENTE	KAUFFMANN
BOSONE (PD)	MASTROENI

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Movimento dei Socialisti Autonomisti: Misto-MSA; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Intervengono il dottor Antonino Mastroeni e la dottoressa Ornella Kauffmann, consulenti scientifici del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como.

I lavori hanno inizio alle ore 14.

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 2 ottobre 2012 si intende approvato.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

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

Propongo, ai sensi dell'articolo 13, comma 2, del Regolamento interno, l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno. Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la libera audizione di persone informate sui programmi innovativi del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda ospedaliera Sant'Anna di Como, nell'ambito del filone d'inchiesta sulla salute mentale.

Saranno quest'oggi ascoltati, nella loro qualità di consulenti scientifici del citato Dipartimento di salute mentale, il dottor Antonino Mastroeni e la dottoressa Ornella Kauffmann.

L'audizione, deliberata in maniera unanime dall'Ufficio di Presidenza su proposta dei senatori Bosone e Saccomanno, relatori dell'inchiesta, è finalizzata al completamento dell'istruttoria sul funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale. Desidero quindi salutare e ringraziare gli audendi per la disponibilità a collaborare con la Commissione e cedo loro la parola per consentirgli di svolgere una relazione introduttiva. A seguire i commissari presenti, a partire dai relatori di tale filone d'inchiesta, potranno intervenire per formulare quesiti e considerazioni.

MASTROENI. Signor Presidente, vorrei anzitutto ricordare che sono arrivato a Como nel 1994, dopo aver partecipato ad un concorso come primario dell'ex ospedale psichiatrico. Mi sono qui dedicato alla chiusura e

al superamento dell'ospedale psichiatrico, negli anni 1997-1999. Infatti, nonostante la cosiddetta legge Basaglia fosse del 1978, nella struttura c'erano ancora 450 pazienti ricoverati. Si è trattato di una grande esperienza di trasformazione, attraverso la quale abbiamo sistemato più di 400 persone in oltre 25 strutture differenti poiché c'era un coacervo di diagnosi e di situazioni completamente diverse.

Ho poi ricoperto il ruolo di primario di un servizio territoriale che in Lombardia prevede un'unità operativa con letti nell'ospedale generale, un centro di salute mentale, comunità di vario genere e centri diurni. Quando si presentò l'opportunità di questo programma regionale, la cosa mi sembrò così interessante che preferii, avendo maturato i requisiti, dimettermi dal ruolo di primario per dedicarmi, come consulente dell'azienda, al progetto. Ritengo che sia un riconoscimento importante per le scelte di vita che ho fatto e spero di riuscire ad esprimere tutto questo attraverso i fatti.

Vorrei anzitutto fare un'illustrazione generale del nostro progetto, scusandomi se dirò cose già note. Al termine del mio intervento, la dottoressa Ornella Kauffmann parlerà dei contenuti del progetto stesso. La dottoressa Kauffmann è una sociologa, che ha collaborato con il

Dipartimento già nella fase di chiusura dell'ex ospedale psichiatrico e, poi, nella nuova fase dei programmi innovativi.

Il progetto si è concluso qualche anno fa e ora stiamo conducendo un progetto che riprende le tematiche del precedente e che a me pare di qualche interesse. Parlerò quindi di questi due progetti: «Una rete per la salute mentale» e «Patto per la salute mentale», che è ancora in corso. Il discorso è poi cresciuto e sono intervenuti altri programmi innovativi. Dopo che avrò fatto il raccordo tra il primo e il secondo progetto, parlerà nuovamente la dottoressa Ornella Kauffmann.

Nel portare avanti il nostro progetto ci siamo sforzati di seguire le indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità e quei concetti che sono ormai la bibbia per chiunque si occupi di salute mentale e di promozione della salute. Nell'epoca della tragedia dell'ILVA di Taranto, il fatto che la promozione della salute non sia una responsabilità esclusiva del settore sanitario è assolutamente ovvio. Pertanto al fine di promuovere la salute si devono coordinare tutti i soggetti coinvolti: governi, settore sanitario, altri settori, associazionismo e mondo del volontariato.

Tutto quello che si afferma sulla promozione della salute e sul carattere intersettoriale che l'intervento deve obbligatoriamente avere si

applica alla salute mentale, intesa come uno stato di benessere in cui la persona può esprimere le sue capacità e dare il proprio contributo alla vita della comunità di appartenenza. È infatti ovvio che la salute mentale è strettamente connessa alla salute della comunità.

Vorrei rilevare che l'attuale visione di salute, condivisa dall'Unione europea, è qualcosa di positivo. Essa non è cioè l'assenza di malattia, ma una visione secondo la quale le persone devono poter esprimere tutte le loro potenzialità e vivere pienamente la vita. Se mi permettete un paragone con l'attualità nell'ambito della disabilità e dell'*handicap*, le ultime paraolimpiadi sono state una grande dimostrazione di quanto le persone con disabilità possano vivere pienamente e in piena felicità.

In effetti, la visione che si propone della salute è una visione estremamente positiva. Essa non si basa sulla negazione della malattia, ma sulla sua accettazione. Si ha una malattia, ci si cura secondo quello che la scienza consente, promuovendo al contempo la salute con tutto ciò che è possibile, dall'attività fisica, che è sempre più fondamentale, a tutto ciò che fa stare bene. Tanto più chi è malato ha bisogno di salute; tanto più chi ha un disturbo deve promuovere la salute e tutte le potenzialità di cui dispone. L'esempio dell'attività fisica è chiarissimo.

Il fatto che l'intervento debba essere intersettoriale è difficilmente discutibile se pensiamo all'ambiente e alla qualità dell'aria; questo concetto si applica tranquillamente anche alla salute mentale. Ritengo corretto il concetto che la promozione della salute non sia una responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma un qualcosa che va al di là degli stili di vita e che è molto complesso. Tra le varie definizioni, vorrei ricordare che non c'è salute fisica senza salute mentale; la salute fisica è integralmente parte della salute del comportamento. La salute è una condizione di equilibrio che include il sé, gli altri e l'ambiente e che aiuta la comunità a capire come cercare di migliorare. Noi abbiamo cercato di tradurre in pratica queste indicazioni.

Devo poi fare un'ulteriore precisazione. Il Servizio sanitario lombardo ha caratteristiche comuni con il Servizio sanitario inglese, dove ci sono i *trust* e i *commissioner*. Da noi l'ASL riassume le funzioni di tutela, indirizzo, controllo e ispezione e negozia le prestazioni e i servizi con i cosiddetti fornitori, in primo luogo le aziende ospedaliere, ma anche soggetti del settore privato. Non è stata una scelta semplice, ne abbiamo discusso. Ricordo che all'epoca, anche in merito al coordinamento dei

primari, si pose il problema della nostra collocazione, se insieme alle discipline tariffabili oppure no. Ma torneremo su questo aspetto più tardi.

I programmi nascono dall'idea che non è aumentando la disponibilità economica per i servizi che si migliora la qualità della spesa storica; probabilmente con progetti finalizzati si sarebbero potute ottenere maggiori trasformazioni. Quel *surplus* di risorse che ci è stato messo a disposizione è stato quindi sostanzialmente destinato ai progetti. Il nostro progetto, in particolare, mi sembrò molto interessante: una sorta di progetto di secondo livello per il finanziamento di sottoprogetti locali. La nostra disponibilità è stata di 650.000 euro in tre anni che, per il 60-70 per cento (proporzione poi superata) dovevamo non semplicemente incamerare come Dipartimento, ma destinare oltre che a progetti innovativi anche al privato sociale e al mondo delle cooperative. Che il Dipartimento potesse disporre di fondi per poter finanziare progetti sinergici alle sue linee di politica sulla salute mentale era una novità. Questo ci permise anche di lavorare con gli enti locali da una posizione - se permettete - di un certo peso, dal momento che disponevamo di risorse finanziarie. Potevamo, dunque, non tanto organizzare insieme la formazione, quanto stimolare processi e sinergie.

Potevamo dialogare con l'ente, lavorare con la rete istituzionale e con la rete informale, avendo a disposizione alcune risorse.

Naturalmente per risolvere i problemi della psichiatria occorre assolutamente collaborare con altri enti. La psichiatria di comunità in Italia funziona a macchia di leopardo, perché non sempre si registrano quelle condizioni favorevoli che travalicano il servizio in sé. Occorre lavorare con la Provincia, soprattutto per il settore "lavoro e formazione" e dialogare con i Comuni, con i consorzi di Comuni e con le cooperative.

Noi avevamo una difficoltà aggiuntiva. Come coordinamento dei primari (un organismo consultivo della Regione) ci ponemmo il problema se la psichiatria, una volta che la Regione si fosse organizzata assegnando alle ASL il compito di stipulare i contratti e agli ospedali il compito di erogare le prestazioni, dovesse rimanere una sorta di riserva indiana nelle ASL, insieme alla veterinaria o all'igiene, come sembrava più congeniale. Decidemmo di accettare, invece, la sfida di vendere le prestazioni insieme a tutte le altre discipline mediche. Fu fatto un grande lavoro per stabilire le tariffe per ogni prestazione. Mentre per la chirurgia la tariffa è evidente (ad esempio, per un intervento di appendicite o per un intervento d'ernia), noi tariffammo, tenendo conto del *budget* storico, le visite a domicilio, gli

interventi sulle famiglie, oltretutto con un buono strumento di politica sanitaria. Faccio un esempio banale: facendo pagare 140 euro per gli interventi psicoeducativi sui familiari si possono incentivare le visite dei familiari e i rapporti con le famiglie; se invece si valorizza al massimo la visita medica, essa chiaramente è fine a se stessa (e infatti fu tariffata a un livello più basso, per favorire il lavoro di gruppo e l'impiego di tutte le professionalità).

La successiva diapositiva riassume la situazione del modello lombardo. Normalmente tutte le psichiatrie del mondo devono affrontare il problema che i servizi sanitari psichiatrici, come sancito dalla nostra Costituzione, sono inseriti nel sistema sanitario finanziato dalla fiscalità generale (e i soldi arrivano in base alla quota capitale), mentre il *social welfare* è a carico dei Comuni. Vi è quindi una barriera che deve essere superata. A noi pareva che in Lombardia si dovesse superare anche la barriera tra ASL e ospedali, visto che si doveva negoziare con questi soggetti. Di fatto i nostri timori non erano infondati. Una psichiatria integrata ovviamente fa in modo che il paziente non debba correre da una parte all'altra; deve essere il sistema a fornire possibilità di mobilità e un servizio integrato. Non so se ci siamo riusciti.

La collega Kauffmann, entrerà ora nel dettaglio delle attività svolte; al termine del suo intervento esporrò il mio punto di vista sulla nostra effettiva capacità di superare le difficoltà che ho illustrato.

KAUFFMANN. Signor Presidente, vorrei premettere una brevissima presentazione per spiegare meglio il taglio con cui si affrontano questi argomenti.

Quando 15 anni fa sono arrivata a Como, chiamata proprio sul tema della riconversione, avevo già avuto numerose esperienze nel corso di molti anni; sicuramente quella più significativa, che mi ha portato a Como, è stata l'aver organizzato i primi coordinamenti tra familiari, operatori e volontari. Mi riferisco in modo particolare al CLP (Coordinamento lombardo psichiatria), di cui non so se avete sentito parlare: è stato uno dei primi movimenti ad unire le nascenti associazioni di familiari (sto parlando di molti anni fa). Abbiamo, inoltre, partecipato alla nascita dell'UNASAM, l'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale. Sono arrivata a Como con questa esperienza. Devo dare atto che vi è stata una grande apertura ad accogliere l'esperienza che veniva dall'esterno; ho potuto

portare dentro l'istituzione un certo modo di ragionare e di pensare, che apparteneva più a questi movimenti.

Il nostro progetto è stato uno dei primi programmi innovativi. Questi ultimi sono nati con il piano sanitario triennale del 2004. Nel 2005 sono stati pubblicati i bandi. Il nostro progetto conteneva l'idea di valorizzare soprattutto le esperienze già presenti. Quando si è avviata la riconversione degli ex ospedali psichiatrici abbiamo unito molta gente, che ha "socializzato" questo passaggio. La chiusura degli OP, infatti, non è stata facile: c'erano molte resistenze da parte delle famiglie e anche da parte di tutti coloro che si chiedevano dove sarebbero finite queste persone.

Questo ci ha permesso innanzitutto di costruire una grande rete di associazioni culturali e di familiari: abbiamo creato gruppi di auto aiuto per i familiari, da cui sono nate associazioni. Soprattutto grazie al dottor Mastroeni, che aveva iniziato a partecipare sempre di più alla rete HPH (Help Promotion Hospital, enti sanitari per la promozione della salute), abbiamo ricevuto un significativo riconoscimento. Infatti per il nostro progetto di promozione della salute abbiamo ottenuto un premio in denaro.

Questo progetto nasce proprio dall'idea di condividere gli obiettivi di salute con gli utenti, il *team* curante e gli attori della rete formale e della

rete informale, di consolidare la *partnership* con gli enti locali e, soprattutto, di promuovere la partecipazione e l'associazionismo degli utenti.

Dal punto di vista organizzativo, abbiamo costituito l'Agenzia delle opportunità sociali, che possiamo definire una sorta di contenitore. All'inizio tale agenzia si riuniva ogni 15 giorni e ora continua a farlo periodicamente, incontrando molteplici associazioni di familiari, associazioni nascenti di utenti, associazioni di volontariato, associazioni culturali ed, infine, associazioni ortofloricole, perché anche il verde è per noi una dimensione importante.

Queste associazioni di familiari si chiamavano ASVAP "5" e ASVAP "6". Ricordo anche che a Monza era nata l'Associazione volontari per la psichiatria. Il nostro Dipartimento, che è molto ampio e copre tutta la Provincia di Como, ha quattro unità operative e in ognuna di esse è nata un'associazione di familiari che si è poi consolidata. Abbiamo cercato di portare avanti tale aspetto nel coordinamento «Eugenio». Ricordo che Eugenio Riva è stato un familiare, promotore dell'Unione regionale delle associazioni per la salute mentale (URASAN), che ci ha dato un notevole apporto perché spesso queste associazioni di familiari vanno ognuna per

proprio conto. Abbiamo pertanto posto come condizione per lavorare con noi che vi fosse questo coordinamento.

Abbiamo poi promosso delle associazioni miste di utenti ed operatori: "Nessuno è perfetto" (NEP), "Global Sport Lario" e "Donne con l'anima", sviluppando una collaborazione progettuale con le associazioni di volontariato e molti incontri con utenti operatori di altri Dipartimenti e realtà territoriali.

Per quanto riguarda il numero verde, si è trattato di un'esperienza che all'inizio ci sembrava positiva, anche perché ci era richiesta a gran voce dalla direzione dell'azienda. Tuttavia, dopo aver fatto una formazione ed aver messo in piedi questo numero verde, abbiamo riscontrato che la domanda era scarsa. È un dato abbastanza interessante; avevo infatti già lavorato a Milano in un centralino di questo tipo ed eravamo stati sommersi dalle richieste, proprio perché Milano è una città più difficile. Quindi questo fenomeno si può leggere anche nel senso che a Como quando le persone cercano delle risposte le trovano.

Gli altri interventi importanti sono stati rivolti agli utenti, ai familiari, al volontariato, alla cooperazione e alla comunità (con interventi diretti ai cittadini, come ad esempio eventi culturali), allo sviluppo di una

partnership tra le istituzioni sanitarie e sociali. Si sono fatti degli accordi di programma e dei protocolli operativi. Abbiamo dato un grosso supporto all'Organismo di coordinamento per la salute mentale (OCSM) delle ASL, che in Lombardia è presente nelle ASL, nelle aziende ospedaliere e nei settori del privato e del privato sociale.

In risposta all'interrogativo del dottor Mastroeni, vorrei dire che in parte siamo riusciti nel nostro intento dal momento che il nostro obiettivo era quello di cambiare la cultura del Dipartimento. Infatti il problema di queste esperienze innovative è che se non riescono a coinvolgere tutti i soggetti restano spesso esperienze di nicchia. Siamo quindi riusciti attraverso la direzione del Dipartimento di salute mentale (DSM), il nucleo di valutazione, lo *staff* ed il comitato tecnico, addirittura a riformalizzare la *mission* del Dipartimento di salute mentale.

Ci siamo resi conto che, al di là di tutto, i bisogni dei pazienti, che coincidono con i bisogni della cittadinanza, non cambiano e il puro e semplice fatto di essere mandati fuori dal manicomio e vivere nella comunità deve significare veramente il godimento formale dei diritti per tutti. È quindi necessario quello che noi chiamiamo processo di *empowerment*: le persone devono avere piena consapevolezza e

disponibilità di questi diritti e la comunità, dal canto suo, deve accettare il malato. Ricordo infatti che lo stigma esiste ancora.

MASTROENI. Riassumendo, abbiamo promosso associazioni *no profit*, creato *ex novo* associazioni, potenziato alcune associazioni esistenti, organizzato eventi e creato rapporti.

Il DSM è diventato un *partner* importante perché tutte le cose che si dicono sulla rete mettono forse in ombra il fatto che essa per funzionare ha bisogno di un'anima e di qualcuno che la attivi. È vero che l'intervento deve essere intersettoriale e che è fondamentale che le altre agenzie, gli enti locali e tutti i soggetti diano il proprio contributo, ma se non c'è una regia e se il DSM non produce la *policy*, è difficile che la rete funzioni. Abbiamo quindi visto che più si allargava il partenariato con tutte le altre agenzie, più diventava cruciale la capacità di produrre *policy*.

Per quanto riguarda il rapporto con le ASL, ad un certo punto la Regione ha deciso di creare degli organismi di coordinamento tra la ASL e gli ospedali per superare difficoltà e separatezze. Ricordo che come Dipartimento non abbiamo mai tradito l'anima di psichiatria sociale; voglio dirlo anche rispetto ai nostri critici autorevoli. Ho ascoltato, ad esempio, il

mio amico Dell'Acqua dire che in Lombardia c'è una cattiva psichiatria. Non posso accettare questa affermazione. Ribadisco infatti che noi non abbiamo mai tradito l'anima di psichiatria sociale, pur lavorando nell'azienda ospedaliera. Bisogna però capire che l'azienda ospedaliera deve assumersi la responsabilità sociale d'impresa, che non riguarda solo il sanitario, e che la ASL mantiene i suoi compiti di promozione e tutela della salute.

Noi abbiamo creato un ufficio comune, ASL-ospedale, per la promozione della salute e, francamente, ci troviamo bene. Riteniamo quindi che questa sia la soluzione affinché tutti i *know-how* dell'ospedale vengano messi a disposizione. Sembra inoltre che anche in Inghilterra questi *trust* facciano prevenzione. D'altronde è impossibile che la ASL faccia prevenzione e le conoscenze siano però in capo ad altri. Bisogna quindi lavorare insieme.

Vi è poi un aspetto fondamentale da rilevare, che caratterizza tutta la fase attuale e che secondo noi è ha rappresentato una rivoluzione copernicana. Il progetto dell'ufficio europeo dell'OMS è fondamentale, ma anche in questo caso le cose vanno messe in pratica. I cittadini sono produttori di salute oltre che consumatori o, come diremmo noi, utenti, e

l'empowerment è essenziale per migliorare l'efficacia delle cure e l'efficienza dei servizi. Sono proprio le carenze di alfabetizzazione sanitaria che, secondo l'OMS, provocano le disuguaglianze peggiori. Noi abbiamo mantenuto il termine inglese di "*recovery*", che ha fatto cambiare il volto della psichiatria. Voi sapete che il servizio sanitario nazionale inglese stabilisce che tutti i servizi debbano essere orientati alla *recovery*. Non traduciamo il termine, perché è difficile, ma con esso si intende il recupero della salute mentale. In America, inoltre, il massimo organismo federale, che detta agli Stati le linee guida in questo settore e guida le politiche assicurative (il sistema "*Medicaid and Medicare*"), ha stabilito che tutti i sistemi statali devono essere orientati alla *recovery*. Le principali caratteristiche del processo di *recovery* sono le seguenti: esso deve essere diretto dagli utenti, individualizzato, centrato sulla persona, olistico e non lineare (perché si possono avere ricadute). Con l'espressione "centralità della persona" si intende la necessità di ascoltare le persone in carne e ossa e non mitizzarle.

La speranza, che pure è tra le componenti principali del processo di *recovery*, non è presente nelle linee per la guarigione redatte dai clinici, ma è un aspetto che il movimento degli utenti ritiene fondamentale. Penso lo

sia anche in altri settori, non solo in psichiatria: ad esempio in oncologia. I progressi della medicina sono stati tali che i pazienti ora stanno molto meglio. Vi è tuttavia una piccola quota di pazienti che continua a stare gravemente male e ad essere ricoverata, ma c'è un'enorme quantità di persone che sta bene per la maggior parte dell'anno. Queste persone devono vivere la loro vita pienamente.

Nella famosa Conferenza ministeriale europea sulla salute mentale, tenutasi ad Helsinki nel gennaio 2005, si sono evidenziati proprio gli aspetti su cui noi ci siamo concentrati: come far partecipare ai servizi e agli interventi integrati i pazienti e i loro curanti (*carer*), cioè chi si prende cura di loro (ora si dice, con un brutto termine, "badanti") e riconoscerne l'esperienza.

Il Comitato dei Ministri della salute d'Europa dichiarò solennemente: «Sosterremo le organizzazioni non governative attive nel settore della salute mentale e stimoleremo la creazione di organizzazioni non governative e, in particolare, di associazioni degli utenti. Saranno particolarmente benvenute le organizzazioni di pazienti impegnate nello sviluppo delle proprie attività, inclusa la creazione e la gestione di gruppi di auto-mutuo aiuto». Noi abbiamo fatto esattamente questo.

Vi posso dire che al momento attuale vi sono gruppi di aiuto di utenti che gestiscono altri utenti. Si tratta di utenti formati da un corso di base e uno avanzato. I sistemi assicurativi americani, sempre presi a modello, hanno riconosciuto la figura del *peer supporter*, in base alla filosofia: «*I have been there*», «Io ci sono passato». La figura del pari che supporta i pazienti è stata riconosciuta - e viene rimborsata - ormai in quasi tutti gli Stati americani come una funzione importante. Abbiamo pensato di assegnare funzioni importanti ai nostri pazienti formati, anche riuniti in associazioni. Oggi esistono quattro gruppi composti da utenti formati (che noi chiamiamo *peer supporter*), che gestiscono gruppi di utenti, svolgendo ad esempio attività sportive (portano le persone in barca a vela sul lago). Uno di questi gruppi nasce a Dongo sul lago di Como. Ne avrete sentito parlare: si sono fatti assegnare dal sindaco una sede fuori dal sistema sanitario, in una bella palazzina della Guardia di Finanza che il Comune aveva ristrutturato, e si ritrovano ogni settimana per attività che tutti riconoscono come complementari a quella del Dipartimento: prenotano barche, accompagnano i pazienti, organizzano *trekking* e così via.

Di questi gruppi ne abbiamo ormai un certo numero. Stiamo organizzando ora un corso avanzato per la conduzione di gruppi particolari;

si tratta di normali gruppi di auto-mutuo aiuto, ma orientati all'azione, al fare. Sarà un'esperienza di nicchia, ma si tratta di persone che preferiscono restare con noi e continuare un'attività di supporto all'assistenza. In Lombardia stiamo cercando di far riconoscere questa figura.

In questi giorni stanno iniziando corsi analoghi organizzati dai Dipartimenti di Legnano, di Garbagnate, di Varese, di Busto Arsizio; essendo, quindi, ormai impiegata in un certo numero di Dipartimenti, vorremmo che la figura di esperto nel supporto tra pari e in salute mentale fosse riconosciuta, altrimenti rischiamo una censura da parte dell'ispettorato del lavoro. Ci siamo arrampicati sugli specchi: non avendo ancora trovato il modo di remunerare questa attività, non possiamo assumere le persone che se ne occupano. Vi è, però, una cooperativa con cui costoro collaborano e da cui possono avere rimborsi.

È questo il nocciolo del nostro progetto.

KAUFFMANN. Vorrei aggiungere che la prima fase del corso base si è conclusa con un diploma. Siamo riusciti, attraverso una società esperta in questo settore, a fare veri e propri esami e i partecipanti hanno avuto un

diploma di primo livello. A breve si svolgerà un corso avanzato e un nuovo corso base per altri utenti.

Stiamo facendo anche un'altra esperienza significativa: abbiamo svolto con le caposala un corso di formazione di sei incontri. Alcuni pazienti (persone presenti in questi gruppi) si daranno il cambio nella gestione di una specie di *help desk* di supporto al *front office* del CPS. Questi pazienti, insieme alle caposala, con cui ci stiamo organizzando in questo momento, gestiranno la prima accoglienza dei nuovi utenti e avranno una cartella che descrive tutti i servizi che offrono, tra cui i gruppi di auto aiuto. Questi pazienti seguono i tirocini ai CART (Centri di Attività Risocializzanti Territoriali). Questi ultimi offrono servizi innovativi e sono una specie di centri diurni, maggiormente collegati al territorio. I nostri *peer supporter* hanno svolto tirocini presso queste strutture proprio per formarsi al supporto ad altri utenti. Abbiamo cercato di formarli partendo dalla considerazione che non si tratta di sostituire gli educatori o gli infermieri, ma di proporre un servizio diverso, che gli infermieri e gli educatori non possono fornire, ossia, come diceva il collega, l'esperienza «*I have been there*» («Anch'io ci sono passato, ma ce l'ho fatta»). I nostri utenti, infatti, anche se ogni tanto devono fare dei ricoveri, poi si

riprendono, tornano al proprio lavoro e riescono a vivere abbastanza bene, perché la loro qualità di vita è migliorata.

Il problema di questo progetto è sicuramente la sostenibilità a livello economico. Noi ora godiamo di finanziamenti regionali, ma il nostro obiettivo sarebbe riuscire a rendere questa attività strutturale, con un riconoscimento della figura del *peer supporter* da parte della struttura ospedaliera e del DSM.

BOSONE (PD). Signor Presidente, sono convinto che studiando le diverse realtà presenti in Italia si riscontrano esempi molto diversificati tra loro. L'unico fattore comune è la chiusura degli ospedali psichiatrici, anche se qualcuno cerca di riaprirli sotto altra forma, più o meno diffusa o dimensionata.

Questo accade perché nel Paese non vi è stata una sufficiente promozione di modelli condivisi sulle modalità con cui assistere una malattia che si cronicizza, a volte per tutta la vita. Tutto sommato la riflessione sulla malattia mentale potrebbe essere estesa ad altri tipi di patologie croniche e degenerative: il discorso vale per l'Alzheimer e per altre malattie croniche, degenerative e non.

L'idea di un *welfare* comunitario, quindi, soprattutto in tempi di crisi, è a mio avviso un modello vincente, che dobbiamo cercare di promuovere nel Paese, perché valorizza la parte più strettamente sanitaria, quella sociale (del privato sociale e del sociale pubblico), quella relativa all'organizzazione dei pazienti, al volontariato, insomma a tutto ciò che concorre a creare il mondo del paziente cronico, con meccanismi di sussidiarietà orizzontale, che devono poter funzionare.

Vorrei poi soffermarmi su un nodo che mi sembra sia stato posto. Mi riferisco alla necessità di abbattere la divisione fra ciò che è sanitario e ciò che è sociale. Tale barriera purtroppo esiste in Regione Lombardia, non tanto perché esistono le aziende ospedaliere e le ASL, ma perché in questo momento esiste ancora una divisione culturale tra ciò che è sociale e ciò che è sanitario. Tale divisione non può più esistere. Dico questo perché se vogliamo esportare un modello dobbiamo renderlo sostenibile dal punto di vista dei costi. Il fondo sociale, come ormai si avverte, è stato praticamente azzerato e, al contempo, quello sanitario si sta riducendo. In questo momento, quindi, l'assistenza ne può risentire; a maggior ragione, allora, dobbiamo valorizzare al massimo il volontariato e puntare sulla capacità di fare comunità da parte dei nostri cittadini.

Vorrei poi sapere se nell'organizzazione di questo *welfare* comunitario (nel quale ci metto dentro tutto, dalla riabilitazione alla residenziale, all'assistenza domiciliare, alle barche, alla biblioteca) possa rientrare l'idea, che porto avanti da un po' di tempo, del *Diagnosis related group* (DRG) di percorso, che in Lombardia è stato sperimentato per patologie esclusivamente sanitarie, come la broncopneumopatia cronica e il diabete. Vorrei sapere cioè se, a vostro avviso, questo modello sia esportabile sulla malattia mentale. In questo caso potremmo infatti avere un *budget* assegnato per paziente e per anno nel quale siano comprese tutte le necessità, anche la remunerazione della comunità o dell'associazione che aiuta l'integrazione e l'inserimento lavorativo. È ormai chiaro, rifacendosi alla definizione di salute dell'Organizzazione mondiale della sanità, che, ad esempio, il paziente che fa *trekking* segue una parte integrante della terapia e non un aspetto di divertimento e di supporto. È quindi chiaro che bisogna vedere un unico percorso di questo paziente, nel quale ci sono attività più puramente legate al trattamento terapeutico, farmacologico o psicologico e, poi, una serie di altre attività che garantiscono il fatto che il paziente sia considerato una persona in relazione con gli altri e non semplicemente un

soggetto cui ogni tanto si presta qualche cura perché dà fastidio. Questo è il concetto fondamentale.

Per quanto riguarda la sostenibilità economica, vorrei capire se l'estensione di questo modello produrrebbe qualche vantaggio economico; infatti, abbandonare il paziente significa che poi ci ritorna in termini di intervento di trattamento sanitario obbligatorio, in termini di costo ospedaliero e di tanti altri costi. L'abbandono cioè ha un costo, così come di fatto è un costo la sanitarizzazione completa del paziente con problemi di salute mentale. Al contrario, la diffusione dell'idea di accompagnare un paziente in un percorso potrebbe comportare un abbassamento di costi, soprattutto se l'idea del DRG di percorso, che mette insieme parte sanitaria e parte sociale, può avere un senso e rendere sostenibile questo tipo di progetto che voi oggi dite si sostiene solo se c'è un finanziamento *ad hoc*.

MASTROENI. Signor Presidente, una volta che il sistema di rimborso sia stato reso chiaro, noi siamo abituati ad adeguarci al sistema di rimborso proposto. Qui è stato usato un *escamotage*. In un sistema basato sulle prestazioni ci sono state due importanti varianti, da noi proposte e poi accettate dalla Regione. Poiché siamo in un sistema a prestazione, non si

sapeva come rimborsare tutte queste attività. La Regione non ha cambiato il sistema a prestazione e questo ha consentito di utilizzare i flussi di dati normali ma ha autorizzato, per esempio, un'associazione di familiari (e oggi anche un'associazione di utenti) a rendicontare prestazioni che vengono riconosciute come se le facessimo noi. In altre parole, un familiare vede un altro familiare e se noi gli abbiamo dato 5.000 euro loro devono in qualche modo rendicontare 5.000 euro di prestazioni. Questo naturalmente non vale per tutto; ad esempio non vale per la visita medica o la psicoterapia. Vale invece per il colloquio, che viene pagato come se fosse stato fatto da un operatore del Servizio sanitario nazionale. Questa è stata una scelta coraggiosa per consentire di continuare a rendicontare senza uscire dalla gabbia del finanziamento a prestazione.

Non abbiamo però risolto il problema. A tal fine abbiamo portato avanti molte attività; ricordo, ad esempio, che per fare propaganda in merito siamo andati in barca a vela ad un congresso a Creta, partendo da Atene. In tal caso però abbiamo trovato degli *sponsor*. Altre volte ci sono attività che non rientrano nella prestazione sul paziente. Allora la Regione ha fatto un secondo passo, autorizzando prestazioni non riconducibili al singolo paziente, ma ponendo al contempo un tetto. Attualmente abbiamo

un tetto del 20 per cento, che ritengo sia onesto; l'80 per cento di prestazioni devono essere riferite a pazienti in carne e ossa, riconoscibili e che abbiano una cartella aperta. Il 20 per cento di prestazioni può essere rappresentato, ad esempio, da discussione sul paziente. L'incontro al Comune, ad esempio, non è fatto su un paziente, ma per avere una sede per potersi riunire. Questo viene rendicontato come una prestazione non riconducibile al paziente, con un tetto del 20 per cento sul totale. In tal modo portiamo a casa il nostro *budget* aggiuntivo sul programma innovativo. Si tratta, come già detto, di accorgimenti.

È indubbio che un finanziamento sul percorso, come quello che si fa in Svizzera e in altri Paesi, considerando come parametro l'esito, il miglioramento del paziente e altri risultati, penso sia visto con piacere da qualsiasi psichiatria. Ricordo però che noi ce la caviamo. Una volta che ci danno le regole ci arrangiamo per rientrare nell'ambito di queste.

BOSONE (PD). Le prestazioni di cui parlate sono completamente remunerate dal sistema sanitario; non tenete perciò conto del piccolo *budget* che c'è eventualmente a disposizione sulla parte sociale?

MASTROENI. Vorrei ricordare, ad esempio, per quanto riguarda il sottoprogetto sul verde, che noi abbiamo costruito attorno alle nostre strutture dei parchi, molto belli; abbiamo tecnici di alto livello e abbiamo fatto lavorare i pazienti con borse di lavoro. Abbiamo avuto un raddoppio dei fondi perché noi abbiamo messo 100.000 euro e Fondazione Cariplo ne ha messi altri 100.000. Per queste iniziative bisogna avere un po' di fondi. Noi li abbiamo ottenuti, ma se non hai nulla, la Fondazione non ti dà nulla. Noi abbiamo lavorato sia con la Fondazione comasca, che è una sorta di succursale provinciale, sia con la Fondazione regionale. Con i Comuni, per esempio, abbiamo inventato i cosiddetti CAF (centro aiuto alla famiglia), che nessuno conosce. Il Comune non ha soldi, ma magari ha i locali; allora noi gli chiediamo i locali e mandiamo i nostri operatori (adesso anche i *peer supporter*); oppure può garantire una persona che faccia le pulizie. Insomma, noi prendiamo quello che ci danno (la sede o la persona che fa le pulizie) e ci organizziamo come possiamo con gli operatori. Qualche volta è la Caritas a fornirci la sede. Cerchiamo così di "raccattare" (scusate il termine) un *welfare* sostenibile. Se il Comune ci dà 10.000 euro per il progetto - succede raramente, ma è successo - prendiamo quello che ci può dare. È un altro modo con cui ci arrangiamo.

La Regione ha confermato per tre anni il sistema a prestazione (con i dovuti dubbi per l'anno prossimo, dato il quadro politico), perché si è visto che nell'ambito dei programmi innovativi abbiamo erogato più prestazioni, in proporzione, rispetto al *budget* storico. Questo è il motivo per cui quest'anno per i programmi innovativi sono stati stanziati 10 milioni di euro per la psichiatria e 10 milioni di euro per la neuropsichiatria infantile. Il 2013 sarà un *rebus*.

Senatore Bosone, mi piacerebbe avere un sistema di percorso; oltretutto sarebbe anche più stimolante e si risolverebbero molti problemi. Abbiamo numerose difficoltà, ma non ne voglio parlare (con queste iniziative facciamo diventare matti i nostri amministrativi).

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Mastroeni e dottoressa Kauffmann per le interessanti relazioni che, per noi della Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, hanno aperto uno spiraglio certamente interessante sull'intero progetto di tutela della salute mentale nel nostro Paese. Non è necessario che lo ricordi, ma gli scenari con cui ci siamo confrontati nel corso del nostro percorso d'indagine sono stati estremamente tristi e preoccupanti. Voi almeno avete

aperto uno spiraglio positivo e ottimistico, che sarà certamente di grande utilità per i relatori, per proporre in sede di iniziative legislative il modello che voi quest'oggi avete illustrato.

Vi ringrazio, quindi, per il contributo offerto e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

I lavori terminano alle ore 15.