SENATO DELLA REPUBBLICA

XIV LEGISLATURA

12ª COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

Seduta n. 308

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

2º Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 GENNAIO 2006

Presidenza del presidente TOMASSINI

IC 1793

TIPOGRAFIA DEL SENATO (150)

INDICE

Audizione del Ministro della salute Storace e di un rappresentante del Ministero della giustizia

PRESIDENTE . . . . . *Pag.* 3, 12, 17
STORACE, *ministro della salute* 3
ARDITA 12

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

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

Intervengono il ministro della salute Storace, accompagnato dal dottor Pierguido Cavallina, portavoce del Ministro e dal dottor Donato Greco, direttore della prevenzione sanitaria del Ministero della salute e il consigliere Sebastiano Ardita, magistrato della Corte d'appello, direttore generale dell'ufficio detenuti e trattamento amministrativo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.

I lavori hanno inizio alle ore 14,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Ministro della salute Storace e di un rappresentante del Ministero della giustizia

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato dell'assistenza psichiatrica in Italia e sull'attuazione dei progetti obiettivo per la tutela della salute mentale, sospesa nella seduta di ieri.

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

È oggi in programma l'audizione del ministro della salute Storace e di un rappresentante del Ministero della giustizia.

Sono presenti il Ministro della salute, accompagnato dal dottor Pierguido Cavallina, portavoce del Ministro, e dal dottor Donato Greco, direttore della direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute, e il consigliere Sebastiano Ardita, magistrato della Corte d'appello, direttore generale dell'ufficio detenuti e trattamento amministrativo del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.

Ringraziando i nostri ospiti per la partecipazione, do subito la parola al Ministro della salute.

STORACE, *ministro della salute.* Signor Presidente, mi permetta innanzi tutto di salutare i membri della Commissione impegnati in un percorso ricognitivo di eventuali iniziative di modifica della legislazione in materia, qualora il Parlamento riterrà di addivenire a questa conclusione. Stiamo ormai parlando della prossima legislatura e quindi credo si possa offrire un ampio spettro di proposte su cui le forze politiche e la pubblica opinione avranno modo di far conoscere le loro valutazioni.

Grazie all'iniziativa del Senato, che ha avviato questa indagine, ho potuto approfondire un tema sul quale è bene discutere con serenità giacché ci troviamo di fronte ad un importante fenomeno sociale sul quale occorre indagare con la massima chiarezza.

Ritengo opportuno a tale scopo partire dalle condizioni che videro la nascita della legge 13 maggio 1978, n. 180. Questa legge va inquadrata in un momento storico fortemente ideologizzato da una scuola di pensiero secondo la quale la follia è una delle possibili condizioni umane e, in quanto tale, deve essere accettata dalla società e non trasformata in malattia. Questo sembra essere il punto di partenza di quel tipo di legislazione. Se al soggetto affetto da disturbi mentali si restituisce la propria soggettività (secondo le teorie dell'epoca sulle quali, come potrete constatare al termine del mio ragionamento, tentiamo di inserirci puntando a modificare ciò che non va rispetto all'impostazione originaria), è possibile la sua trasformazione in un uomo capace di relazione. Quindi si tratta di un malato che, più che di cure per i suoi disturbi, ha bisogno – secondo quell'impostazione – di instaurare rapporti umani finalizzati a superare la situazione di disagio che vive; pertanto non deve essere rinchiuso nei manicomi, ma aiutato ad inserirsi nella società.

In base a questa concezione la scienza psichiatrica si trasforma in un sistema sociale di protezione del soggetto debole, emarginato dalla società e perciò indotto a tenere comportamenti antisociali. In sostanza, poiché il soggetto è debole, rinchiudendolo lo indeboliamo ancora di più e pertanto dobbiamo creargli un *habitat* che gli consenta di tornare ad essere persona titolare di diritti. Questa è l'impostazione dell'epoca.

Circa trent'anni dopo siamo chiamati ad analizzare quanto di quella impostazione ha trovato fondamento nella legislazione per valutare se si debba considerare ancora attuale o se invece sia necessario introdurre delle modifiche. Da questo punto di vista la cronaca quotidiana ci offre notevoli spunti di riflessione. La tragedia, di cui si parla oggi sui giornali, di una figlia segregata in un bagno dalla madre per trent'anni, fa riflettere. Questo non significa avere la soluzione per quel contesto familiare, ma ciascuna persona dotata di un minimo di buonsenso è portata a riflettere su quanto accade.

Pur riconoscendo indubbi meriti all'impostazione originaria – di cui ancora oggi difendiamo il superamento della logica «custodialistica», per cui il malato veniva praticamente segregato, e l'esigenza di risocializzazione della persona – oggi tuttavia dobbiamo chiederci se ha un senso continuare a intendere la malattia mentale come una condizione sociale da accettare e non una vera e propria patologia da curare. Questo è lo spartiacque tra passato e futuro. Occorre riflettere sulla circostanza che non si può più andare avanti con una normativa che sostanzialmente stabilisce che siamo sani per legge. Dobbiamo capire cosa occorre modificare e cosa conservare e a questo scopo saranno essenziali i lavori della Commissione da lei presieduta, signor Presidente. Dobbiamo considerare sia i disagi del paziente che quelli delle famiglie.

Vi leggerò alcuni dati di assoluto interesse, che è bene che il Parlamento conosca alla fine del suo percorso legislativo, concernenti la tematica in esame e che appaiono al tempo stesso di estrema rilevanza e gravità. Si tratta di dati su cui nessuno ha compiuto una riflessione adeguata e sui quali ritengo sia giunto il momento di ragionare, essendo riferiti ad un fenomeno rispetto al quale non possiamo rimanere insensibili.

In precedenza ho parlato di ideologia e forse questo termine può apparire forte, ma certamente quell'impostazione trent'anni dopo mostra grandi carenze. È la classica differenza tra pensiero e azione, tra intuizione giusta che si traduce in azione che non rende giustizia al pensiero.

Vi sono testimonianze di quanto dico che portano a riflettere sulla necessità di rivedere quella normativa sottolineando le conquiste positive della legge n. 180 del 1978, e i tanti lati deboli di quell'impostazione.

Preannunzio, signor Presidente, che depositerò agli atti della Commissione il testo scritto della relazione, che sto riassumendo a grandi linee per offrirvi un ragionamento più ampio, perché i dati in essa contenuti dovranno suffragare quanto sto affermando.

Anzitutto non credo si possano ignorare i rilievi avanzati all'assistenza psichiatrica in Italia in un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità datato 2001. Parliamo del massimo livello della comunità scientifica internazionale che si esprime rispetto alla condizione del nostro Paese. Cito testualmente: «I pochi dati di cui si dispone sembrano indicare che sulle famiglie ricade il peso di una serie di cure che prima erano a carico delle strutture psichiatriche ospedaliere». Ho riletto il testo della legge n. 180 del 1978, ulteriormente definita dalla legge di riforma sanitaria n. 833, sempre del 1978, e ho rilevato che la parola famiglia non è mai citata. Sottopongo ciò alla vostra attenzione.

E ancora: «Nei casi di schizofrenia solo l'8 per cento delle famiglie beneficia di interventi psicoeducativi, nonostante questi ultimi siano considerati fondamentali per il trattamento della patologia in questione».

Il rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità afferma infine: «Una legge che prevede una riforma non dovrà solamente stabilire degli orientamenti (come per l'Italia), ma dovrà essere normativa, vale a dire definire dei criteri minimi di assistenza, realizzare dei sistemi stabili di monitoraggio, creare dei meccanismi centrali di verifica, controllo e comparazione della qualità dei servizi». Siamo quindi visti in questo modo.

Siamo pertanto a verificare le ragioni di questi dati e, grazie all'ausilio della direzione generale del Ministero guidata dal professor Greco, abbiamo letto i dati relativi alla situazione attuale dei disturbi mentali nel nostro Paese. In effetti i numeri, pur in mancanza di un sistema di monitoraggio ufficiale (è alquanto difficile raccogliere i dati), destano impressione in quanto sono davvero imponenti.

Possiamo affermare con ragionevole certezza che i disturbi mentali riguardano un adulto ogni cinque. Parliamo del 20 per cento della popolazione adulta. Circa il 20-25 per cento della popolazione in età superiore ai 18 anni nel corso di un anno soffre di almeno un disturbo mentale clinicamente significativo. Sono tutti malati mentali? Evidentemente non

possiamo definirli in tal modo tutti, ma certamente possiamo riferirci a questa categoria quando parliamo di quel 2-3 per cento della popolazione adulta che nel corso di un anno viene trattato dai servizi psichiatrici. Ciò significa che i servizi psichiatrici trattano solo il 10 per cento delle persone che in un anno presentano disturbi psichiatrici. Alla popolazione adulta dobbiamo aggiungere quella dell'infanzia e dell'adolescenza. Per quanto riguarda i bambini e gli adolescenti, almeno l'8 per cento di essi presenta problematiche psichiatriche.

Se ci riferiamo alla patologia psichiatrica definita più grave ed inquietante, la schizofrenia, è possibile affermare che lo 0,5 per cento della popolazione presenta un disturbo di tipo schizofrenico (nel nostro Paese oltre 250.000 persone).

Infine, in Italia circa 2.200.000 persone lamentano soggettivamente un disturbo psichico, con grande incremento della depressione, dei disturbi d'ansia e dei disturbi alimentari psicogeni.

Questa serie di dati ruota attorno ad un numero che personalmente mi impressiona in misura maggiore, in quanto parliamo di condizione sociale. Parliamo cioè di 600.000 famiglie che in Italia vivono il dramma di un familiare affetto da una forma di psicopatologia grave (schizofrenia, disturbi bipolari, disturbi gravi della personalità, psicosi deliranti), e tra queste circa 200.000 vivono un dramma nel dramma, perché il loro familiare ammalato non risponde alle cure oppure non vuole curarsi e tiene comportamenti particolarmente disturbati, a volte autoaggressivi (molti tentano il suicidio), a volte eteroaggressivi (tentano di uccidere o di procurare danno ad altre persone). Parliamo quindi di famiglie che vivono in molti casi in uno stato di continuato e perenne allarme e che il più delle volte sono sole. Cito un'altra vicenda grave e clamorosa, offertaci dalla cronaca, che è avvenuta di recente a Grottaferrata: mi riferisco all'omicidio perpetrato in essere da un ragazzo alla ricerca di un amico da cui si sentiva tradito, un fatto spiegabile semplicemente con una condizione di psiche malata.

Secondo un sondaggio elaborato da MENS DOXA (di cui i nostri uffici hanno a disposizione i dati e che il dottor Greco fornirà alla Commissione in forma estesa), oltre la metà degli italiani si dichiara insoddisfatta della situazione attuale; circa il 70 per cento degli italiani dichiara che, se avesse un familiare malato, non ne parlerebbe fuori della famiglia, per paura, vergogna e timore del pregiudizio. Il 67 per cento degli italiani richiede servizi per la salute mentale più «vicini» ai cittadini e la maggioranza dei cittadini sostiene la necessità che anche i servizi per la salute mentale siano più «umanizzati». Si conosce il limite dei sondaggi e cioè il modo in cui si pongono le domande, ma i dati non dovrebbero essere molto diversi nel caso in cui si rivolgessero domande di diverso tipo.

Ciò che però desta maggiore preoccupazione è la disinformazione: la maggioranza degli italiani ha pregiudizi sugli psicofarmaci e confonde la depressione con la schizofrenia.

Dopo avere esaminato questi dati, è stato anche verificato l'attuale quadro normativo e programmatico per offrire al Parlamento ulteriori ele-

menti di riflessione. Mi riferisco anzitutto alla legge n. 180 del 1978, ulteriormente definita dalla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978. La riforma psichiatrica perseguiva nelle intenzioni tre obiettivi fondamentali: tutelare i diritti del paziente; favorire il recupero sociale; suggerire un modello assistenziale allargato nel territorio, fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure professionali e di interventi integrati.

Particolare interesse, anche ai fini dell'indagine conoscitiva, potrebbe essere prestato a quanto è successo negli anni successivi alla riforma, che sono stati caratterizzati – a giudizio degli esperti scesi in campo – da una debole azione di indirizzo e da evidenti criticità (su cui mi soffermerò successivamente per offrire alla Commissione l'opinione del Ministero) su come raggiungere gli obiettivi anzidetti, specialmente nel settore dell'organizzazione dei servizi.

Dalla legge n. 180 del 1978 si è arrivati al 1994 per prendere concrete iniziative di integrazione ad un testo che presentava criticità organizzative e di risultato. Sono stati pertanto elaborati ulteriori interventi normativi e programmatici. L'intenzione – voglio immaginare in buona fede – originaria del legislatore di allora era quella di colmare alcune delle lacune della legge n. 180. In particolare, nel lavoro effettuato si rileva la definizione di due progetti-obiettivo per la «Tutela della salute mentale», il primo, nel 1994 e il secondo nel 1998. Si tratta di progetti-obiettivo che hanno fornito un quadro di riferimento iniziale per dare l'avvio ad una riorganizzazione sistematica dei servizi deputati all'assistenza psichiatrica.

Abbiamo concentrato gli aspetti più significativi di tale riorganizzazione nei seguenti punti: istituzione del dipartimento di salute mentale (DSM), quale organo di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi psichiatrici di uno stesso territorio; individuazione della tipologia delle componenti organizzative del dipartimento (strutture territoriali, servizi ospedalieri, strutture per attività in regime semiresidenziale e strutture per attività in regime residenziale), e definizione dei relativi *standard* in rapporto alla popolazione (sarà interessante verificare nel corso della relazione quanti *standard* sono stati rispettati); individuazione delle funzioni del dipartimento di salute mentale e di ciascuna delle componenti organizzative; attivazione di collegamenti con altri servizi «confinanti» (medicina di base, medicina scolastica, guardia medica, consultorio, servizi sociali, servizi di neuropsichiatria infantile).

L'assetto organizzativo che ne è scaturito si è ormai consolidato. Possiamo offrire alla Commissione, signor Presidente, alcuni dati in proposito fanno rilevare la volontà di attuare i modelli organizzativi proposti.

La modifica del Titolo V della Costituzione ha in questo caso inciso perché, trasferendo alle Regioni la completa gestione anche dell'assistenza sulla salute mentale, ha consentito di verificare nel territorio come organizzare al meglio i dipartimenti di salute mentale. Restano comunque allo Stato le competenze di indirizzo e controllo.

Oggi abbiamo 211 dipartimenti di salute mentale nelle aziende ASL, uno per azienda, buona parte dei quali dotati dei seguenti servizi: servizi per l'assistenza diurna, ossia i centri di salute mentale (CSM); servizi

ospedalieri, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e i *day hospital* (DH); servizi semiresidenziali, che sono i centri diurni (CD); servizi residenziali, quali le strutture residenziali (SR).

I centri di salute mentale (CSM) sono 707: quasi il doppio rispetto allo *standard* definito dal progetto-obiettivo di uno per ogni 150.000 abitanti. Possiamo affermare, quindi, che l'obiettivo è stato abbondantemente raggiunto.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) sono solo 321, con 3.997 posti letto. I *day hospital* (DH) sono 154, di cui 147 pubblici, con 356 posti letto e 7 privati, con 19 posti letto. Le cliniche psichiatriche universitarie sono 8, con 162 posti letto complessivi. Le case di cura private sono 56, con 3.975 posti letto complessivi.

In totale, abbiamo 9.289 posti letto complessivi (57 per cento pubblici e 43 per cento privati). Ai posti letto si aggiungono i centri diurni, che sono 612, in gran parte pubblici.

Le strutture residenziali (SR), infine, sono 1.552, per un totale di oltre 17.000 posti letto.

Quindi, il quadro complessivo delle strutture pubbliche e private è poderoso, vicino agli *standard* europei ripresi dal progetto-obiettivo.

Abbiamo verificato, inoltre, le prestazioni erogate perché è bene che anche il Parlamento sia messo nella condizione di conoscere tale dato. In un anno i ricoveri ospedalieri sono 340.000 e i ricoveri nelle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private sono circa 48.000.

Ai ricoveri erogati si devono aggiungere le prestazioni ambulatoriali, rispetto alle quali il dato risulta più complesso.

In termini assoluti, si potrebbe affermare che si servono tanti cittadini. In realtà, queste strutture riescono a coprire circa il 10 per cento del tempo di sofferenza (sapete a cosa mi riferisco) dei nostri ammalati gravi: quindi, questi nostri concittadini passano in casa circa il 90 per cento del tempo di malattia e una parte di loro segue un programma terapeutico ambulatoriale.

Appare evidente che l'offerta di servizi, pur robusta e diffusa su tutto il territorio, riesce a coprire al massimo una frazione della reale domanda dell'ammalato mentale; è palese la non adeguatezza del trattamento episodico – tante volte ci siamo confrontati, signor Presidente, sulla concezione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), che sembra diventato una sorta di pronto soccorso psichiatrico e nel merito ho letto anche i suoi scritti – non solo in relazione al TSO ma anche alla semplice visita ambulatoriale o ai ricoveri brevi e ai programmi terapeutici, spesso discontinui rispetto ad uno stato di sofferenza cronico senza interruzione. Tutto ciò chiede una risposta continua.

Tale condizione esige anche un reale sostegno alle famiglie, che non sia solo economico, ma anche socio-assistenziale e terapeutico. Tantissimi, infatti, sono i casi ormai noti di fratelli e familiari di malati mentali che diventano anche loro pazienti.

È qui che la riforma normativa, su cui probabilmente nella prossima legislatura si potrà o si dovrà mettere mano, dovrà incidere maggiormente

nel riconoscimento della malattia mentale come patologia curabile sistematicamente nel medio-lungo periodo e come forte necessità di sostegno alle persone che convivono con tali pazienti, i quali, solo grazie all'aiuto di questi, oltre che alle moderne cure, potranno guarire.

Parlo della necessità di rimettere mano alla legge n. 180 del 1978 perché emergono alcune criticità. Ripeto, le impostazioni possono essere apprezzate nella filosofia di fondo, ma occorre concretezza nell'azione di attuazione della norma stessa.

Il primo punto critico riguarda la regolamentazione del trattamento sanitario obbligatorio, con il limite temporale oggi stabilito che appare inadeguato al superamento della fase acuta; nella fase acuta i pazienti vengono sottoposti al trattamento sanitario obbligatorio, vengono sedati (per usare un linguaggio accessibile ai più), ma poi quando tornano a casa ricominciano. Ciò espone malato e famiglia ad una condizione difficilmente sopportabile.

Un'altra criticità è rappresentata dall'impossibilità per il paziente di un'assistenza sanitaria specifica nel medio-lungo periodo a carico del Servizio sanitario nazionale; eppure studi importanti testimoniano che questa è la tipica esigenza di una patologia come quella di cui parliamo.

Ribadisco, poi, l'aspetto relativo alla tutela delle famiglie del paziente non adeguatamente sostenute e gravate da enormi difficoltà e responsabilità.

Il quarto elemento critico dell'attuale normativa è la mancanza di un sistema informativo omogeneo sulle attività del Servizio sanitario sulla salute strumentale. Si riscontra, inoltre, la mancanza di dati certi sul fenomeno (quanti sono gli ammalati e di quale gravità), oltre che una profonda eterogeneità – questo è un punto debole di sistema – nell'offerta dei servizi di salute mentale del Paese: vi sono singole ASL o Regioni che hanno una maggiore capacità di cura e assistono in modo soddisfacente pazienti e famiglie (nei limiti della norma), mentre vi sono altre aziende o Regioni che lo fanno in modo diverso. In questa sede non voglio certamente dare pagelle; voglio piuttosto riconoscere una situazione di fatto (in questo caso possiamo affermarlo) presente nel Paese, rispetto alla quale occorre mettere mano.

Qui non ci troviamo soltanto ad individuare le carenze che vengono suffragate dalla forza terribile dei numeri, ma anche a ragionare sui punti rilevanti per quello che in futuro potrebbe essere un auspicabile intervento legislativo e programmatico in materia di salute mentale.

La proposta di rivisitazione della normativa attuale in materia di salute mentale parte dalla duplice esigenza di assicurare il rispetto e il diritto all'assistenza del malato correlata a quella del rispetto per le persone che lo assistono. Crediamo che questa sia una carenza della legislazione vigente.

Ho troppo rispetto per la Commissione parlamentare per poter immaginare che, in presenza di eventuali elementi di critica, qualcuno possa pensare alla riedizione dei manicomi: non è questo il tema. Sarebbe davvero folle ragionare su un ritorno all'antico che nessuno ha intenzione di

proporre. Non parlo neanche di strutture analoghe, celate magari da altra terminologia, ma comunque destinate al ricovero coatto per i malati psichiatrici. È un dato acquisito che il loro allontanamento indiscriminato dalla società – per questo c'è una correlazione con lo spirito originario della legislazione vigente – produce danni ancora più macroscopici di quelli derivanti dalla patologia stessa. Non è quella la soluzione.

Poiché vogliamo ragionare nel senso del superamento delle criticità emerse, occorre capire anche qual è la possibilità di terapia di carattere continuativo per i malati, garantendo loro, una volta superata la fase acuta, un'assistenza specialistica adeguata negli anni a carico del Servizio sanitario nazionale. Per usare un termine accessibile, potremmo definire la strada proposta come un «proseguimento» della riforma psichiatrica del 1978, naturalmente incidendo laddove abbiamo riscontrato le criticità: l'impalcatura, quindi, resisterebbe, ma occorrerebbe correggere le lacune di una normativa di fronte alle mutazioni che trent'anni di storia inevitabilmente comportano.

Pensiamo ai progressi della psichiatria e dei relativi moderni farmaci di cura (questo è un dato ormai acquisito); all'esigenza di adottare interventi terapeutici e socio-riabilitativi scientificamente fondati su prove di efficacia; alla prevalenza di nuove patologie ed in particolare del trattamento delle fasi acute; all'enorme diffusione di malattie che potremmo definire nuove (o forse trent'anni fa erano sconosciute), come la depressione, i disturbi d'ansia ed i disturbi del comportamento alimentare; e, particolare non indifferente, anche all'autonomia delle Regioni, che è profondamente diversa rispetto al 1978, nel contesto dell'organizzazione dei servizi.

Ragionando sulle priorità di un nuovo intervento normativo, abbiamo pensato ad alcune questioni concrete. Mi riferisco, innanzi tutto, alla revisione della normativa sul trattamento sanitario obbligatorio. Questa revisione deve garantire la possibilità di operare nei confronti dei pazienti non collaborativi. A mio avviso, si tratta di un punto fondamentale per poter effettuare i dovuti accertamenti e trattamenti per tutto il tempo necessario alla cura dei disturbi da cui sono affetti, non limitando quindi questo periodo ai pochissimi giorni tipici delle fasi acute. Per farlo bene, occorre un sostanziale snellimento delle procedure.

Un'ulteriore priorità dovrebbe riguardare l'introduzione di strutture di alta specializzazione deputate al trattamento e alla cura (e non al ricovero ora e per sempre) su richiesta del malato o su disposizione del dipartimento di salute mentale.

La terza priorità è quella relativa all'effettiva assistenza psichiatrica domiciliare prolungata nel medio-lungo periodo per i malati che possono essere curati in famiglia. La quarta riguarda il potenziamento delle attività di intervento psichiatrico in età infantile e sugli adolescenti. Anche questa è un'esigenza fondamentale; la letteratura sul tema ci insegna quanto sia importante prendere per tempo questo tipo di malattia e intervenire proprio laddove si manifesta con più facilità per la fragilità della persona colpita: ci si riferisce all'età dell'infanzia e dell'adolescenza.

Quinto punto da tenere presente come priorità è l'attivazione estesa di strutture residenziali protette di medie dimensioni per la lunga degenza.

Come sesto punto ricordo che sono decisivi l'aggiornamento e la formazione degli operatori, finalizzati a garantire al malato l'assistenza di personale medico e paramedico adeguatamente addestrato e preparato.

Inoltre, nell'ottica del rispetto della logica del reinserimento della persona nella società (ed il lavoro è un valore fondamentale per la riabilitazione e l'inserimento sociale), bisogna puntare all'introduzione di sistemi di lavoro protetti ed adeguatamente retribuiti per i malati psichici con prospettive di inserimento graduale nel mondo del lavoro.

Un'altra priorità, l'ottava, riguarda la riorganizzazione dei servizi oggi esistenti per soddisfare le esigenze cui ho accennato, salvaguardando la centralità dell'assistenza psichiatrica territoriale.

Come nono punto, sottolineo la necessità di individuare risposte differenziate per le varie patologie.

Con il decimo punto si evidenzia l'esigenza di attivare programmi di individuazione precoce delle psicosi schizofreniche.

L'undicesimo punto concerne la necessità di attivare interventi nelle carceri: a questo riguardo avremo poi modo di ascoltare le osservazioni del consigliere Ardita per quanto riguarda i detenuti con disturbi mentali.

Infine, dodicesima e ultima priorità, bisogna attivare un sistema informativo finalmente omogeneo su tutto il territorio nazionale.

Nel frattempo, il Ministero ha attivato una commissione nazionale per la salute mentale, presieduta dal sottosegretario Cursi, al fine di valutare gli specifici punti di debolezza e suggerire i necessari correttivi. La Commissione si è insediata qualche giorno fa e quindi ha iniziato i suoi lavori da poco.

È stata intrapresa una serie di iniziative anche prima del mio arrivo al Ministero. Nel 2003 è stata promossa una campagna di comunicazione, per combattere il pregiudizio nei confronti di chi soffre di malattie mentali, rivolta alla popolazione in genere. Stiamo per avviare un'analoga iniziativa, attraverso un programma apposito rivolto in particolare alla popolazione giovanile e al mondo della scuola.

È stato adottato un programma nazionale, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, per la realizzazione, in ciascuna Regione o Provincia autonoma, di progetti di prevenzione per la salute mentale, che avranno per oggetto interventi in ambito scolastico e interventi di promozione per la collaborazione stabile tra medici di base e dipartimenti di salute mentale. Tutte le Regioni interessate hanno avviato i progetti. La conclusione è prevista per la primavera e sarà effettuato poi un seminario finale di confronto delle esperienze.

Il centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie ha anche approvato un interessante finanziamento, di 500.000 euro, per un programma nazionale per la salute mentale, che è articolato in alcuni progetti specifici (torna qui il tema dell'individuazione precoce della schizofrenia e della prevenzione della depressione) la cui attivazione è prevista per quest'anno.

Altri progetti di ricerca sono stati finanziati tramite le quote del fondo sanitario, ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Quest'anno, avendo a disposizione qualcosa in più, potremo forse porre in campo ulteriori iniziative.

In ambito internazionale, il Ministero ha partecipato attivamente alla stesura della dichiarazione del piano di azione sulla salute mentale dell'Organizzazione mondiale della sanità, seguendone le azioni di attuazione; allo stesso modo si collabora al perfezionamento del documento programmatico di settore, messo a punto dalla Commissione europea.

Nell'ambito del nuovo sistema informativo nazionale del Ministero della salute, è imminente l'attivazione di un sistema *ad hoc* per la rilevazione dei dati sulle attività assistenziali dei dipartimenti di salute mentale, concordato con le Regioni. Il sistema fornirà informazioni dettagliate sulle caratteristiche dei pazienti e sulle prestazioni fornite. Evidentemente queste informazioni potranno essere finalizzate all'incremento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio, nonché generare un adeguato insieme di indicatori di qualità, in relazione ai quali, poi, finalmente si dovrà affermare il grande tema del finanziamento delle attività destinate all'assistenza psichiatrica, perché è evidente che su questo dobbiamo immaginare maggiori risorse per quello che intendiamo chiedere in più ai fini di una migliore organizzazione del servizio.

Signor Presidente, credo di avere esposto un quadro abbastanza dettagliato: il tema è indubbiamente affascinante e quindi conviene impegnarci per tempo.

Ovviamente sono a disposizione della Commissione: se si riterrà utile ottenere ulteriori elementi al riguardo, alla luce del dibattito che avrete al vostro interno, sarò disponibile a fornirveli anche in forma scritta.

PRESIDENTE. La ringrazio, signor Ministro, per il suo prezioso contributo. Credo di interpretare il pensiero della Commissione affermando che siamo molto soddisfatti di avere udito una relazione così esauriente e profonda, anche con molti spunti propositivi che ovviamente dovranno essere oggetto di discussione.

Passiamo ora all'audizione del consigliere Sebastiano Ardita, che pertanto invito ad intervenire quale rappresentante del Ministero della giustizia.

ARDITA. Signor Presidente, nell'affrontare il tema del disagio mentale all'interno degli istituti penitenziari, voglio premettere che questa problematica ha un ampio respiro e riguarda una molteplicità di situazioni tra loro profondamente diverse. Accanto, infatti, alla situazione dei soggetti cosiddetti internati, ossia di quelli riconosciuti come autori di reato ma contestualmente dichiarati non imputabili per un vizio di mente e che si trovano confinati all'interno delle realtà degli ospedali psichiatrici e giudiziari, vi sono molte altre situazioni diverse, per le quali registriamo che di fatto esiste un vizio di mente che riguarda coloro i quali si trovano detenuti in carcere. Vi sono soggetti i quali, nonostante siano affetti da

malattia mentale, vengono ritenuti imputabili e dunque condannati e ristretti; vi sono soggetti i quali presentano disturbi mentali sopravvenuti rispetto al momento della commissione del reato e/o della carcerazione.

I dati che abbiamo raccolto recentemente sono il frutto di una indagine statistica, che viene definita ISS (indagine sullo stato di salute), la cui origine trae spunto dal fatto che – come è noto – vi è una notevole difficoltà di bilancio nella gestione dei fondi per la sanità penitenziaria e dunque, tra le misure che sono state introdotte dal nostro ufficio, vi è quella di razionalizzare al massimo le spese e di conoscere quale sia l'incidenza delle malattie di ogni genere, comprese quelle psichiatriche, e dove tali malattie siano particolarmente presenti. Ciò al fine di avere un indice economico sulla base del quale effettuare una ripartizione dei fondi che sia la più razionale possibile, posto che siamo in una condizione di grande difficoltà in questa fase della nostra realtà penitenziaria, che conta oltre 60.000 detenuti.

Questo indice dello stato di salute ci consente, quindi, di avere anche una mappa di quello che oggi è in effetti il problema della malattia psichiatrica in carcere e i dati di tale mappa sono sostanzialmente abbastanza rilevanti. Infatti, dalla compilazione di circa 100.000 schede commissionata ai direttori degli istituti penitenziari, ai reparti sanitari, dall'aprile 2004 al settembre 2005 (quindi, si tratta di una quantità di schede pari, in genere, al flusso di detenuti che abbiamo presso i nostri istituti nell'arco di questo periodo temporale), sono stati rilevati 10.837 casi di depressione (intesa come malattia emersa, diagnosticata dai sanitari) e 6.383 patologie mentali diverse, tra cui psicosi e nevrosi, pari a circa il 6,04 per cento delle schede raccolte.

A questi dati vanno aggiunti quelli relativi ai soggetti con problematiche a carico del sistema nervoso centrale, con 2.915 casi registrati (dato di poco inferiore al 3 per cento). Inoltre 823 soggetti (pari allo 0,78 per cento) sono colpiti da deterioramento psichico. Mettendo insieme tutte queste patologie possiamo affermare che più del 20 per cento del totale della popolazione detenuta soffre di malattie mentali o comunque a carico del sistema nervoso.

È possibile individuare la dimensione esatta del fenomeno collegandolo ad un dato fino ad oggi non considerato. A tale scopo ho realizzato una rappresentazione grafica che descrive la presenza di queste patologie all'interno della geografia nazionale degli istituti penitenziari.

Per quanto concerne le malattie mentali, fatta eccezione per la depressione, sono stati registrati 907 casi in Piemonte, 901 in Lombardia, 208 nel Veneto, 729 in Emilia Romagna, 606 in Puglia, 292 in Sicilia, 261 in Calabria, 303 in Sardegna; sono comunque disponibili i dati di tutte le altre Regioni.

Il problema si presenta quindi in termini ampi e naturalmente pone problematiche rilevanti per quanto riguarda le scelte della nostra amministrazione, che vanno impostate su più piani e su più fronti. Da un lato, vi è la necessità di fronteggiare le problematiche complesse degli ospedali psichiatrici giudiziari, individuandone l'effettiva funzione e il ruolo sociale

nel contesto attuale della detenzione in Italia; dall'altro, vi è il problema di affrontare con scelte programmatiche importanti la diversa e parallela problematica del disagio mentale in carcere per soggetti privati della libertà personale.

La nostra organizzazione penitenziaria attualmente dispone di sei ospedali psichiatrici giudiziari, siti a Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Napoli, Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto e Castiglione delle Stiviere. Quest'ultimo è l'unico per il quale la nostra amministrazione opera in regime di convenzione, nel senso che la locale ASL gestisce tutti i servizi sanitari; inoltre, rispetto agli altri è caratterizzato dalla presenza di personale sanitario (medico ed infermieristico), mentre non sono presenti agenti o ispettori, quindi personale della polizia penitenziaria, presente invece nelle altre realtà ospedaliere psichiatriche.

La problematica essenziale che si sviluppa con riferimento a questi luoghi è legata alla gestione, oltre che del presente, anche del dopo. Sorvolo sulle questioni legate all'erogazione dei servizi sanitari strettamente intesi che, come ho affermato poc'anzi e ho ripetuto anche di fronte alla Commissione affari sociali della Camera dei deputati, soffrono della mancanza di fondi adeguati per l'assistenza sanitaria di base.

In più Regioni abbiamo proceduto alla stipulazione di convenzioni, specialmente in quelle in cui sono presenti ospedali psichiatrici. In alcune Regioni ciò non è avvenuto e pertanto abbiamo difficoltà anche nel reperimento dei farmaci di nuova generazione. A prescindere da questa circostanza, nella realtà complessiva dei sei ospedali, che conta all'incirca 1.500 presenze, vi è il problema di come gestire il dopo. Il progetto individuale di trattamento, che nel caso specifico è volto non soltanto a fronteggiare le problematiche di natura psichiatrica, ma anche a trovare una collocazione nel contesto di ritorno alla vita normale e alla vita sociale, risente di un problema rilevante: in certe circostanze per l'oggettiva situazione di disagio e abbandono in cui si trovano queste persone è difficile trovare una collocazione sul territorio.

Questa circostanza, al di fuori di possibili diverse letture, comporta una replica della «condizione contenitiva» del luogo di cura psichiatrico, sia pure intendendo questo luogo come posto in cui si viene rinchiusi per scontare una misura di sicurezza. Di fatto, un soggetto che si trova in un ospedale psichiatrico giudiziario e ivi sottoposto a misure di sicurezza – che come sapete sono un provvedimento a termine – nel momento in cui viene dimesso deve fare i conti con la disponibilità nel territorio di un eventuale nucleo familiare o sociale in grado di accoglierlo.

In più circostanze è accaduto – fatto da noi più volte denunciato – che soggetti che non erano in condizione di essere accolti all'esterno abbiano finito per vedersi prorogare le misure di sicurezza. Infatti, rispetto alla condizione di «pericolosità sociale», il fatto di non avere un luogo di accoglienza all'esterno dell'istituto o un nucleo sociale stabile di riferimento ha comportato una diagnosi negativa da parte del medico chiamato a svolgere la valutazione sulla pericolosità del soggetto. La conseguenza è che lo Stato si vede costretto a trattenere un soggetto per il solo fatto che

non ha un luogo di ricovero all'esterno. Ciò comporta una riproduzione in via del tutto surrettizia della funzione storica della realtà contenitiva dei manicomi prima dell'introduzione della legge n. 180 del 1978 (legge Basaglia), brillantemente esposta dal Ministro, che ha sottolineato come essa sia stata superata nel corso degli anni.

Si tratta di impostare, per la parte di nostra competenza e responsabilità, un corretto rapporto con la realtà esterna, con i DSM (dipartimenti di salute mentale) e lavorare, sin dal momento in cui il malato di mente fa il suo ingresso in istituto, affinché il rapporto con il sistema sanitario possa viaggiare su un binario preferenziale e condurre ad una dimissione conforme alle condizioni di salute mentale del soggetto e alle sue correlative caratteristiche di pericolosità sociale, attenuata o divenuta inesistente, ai fini della dimissione.

Sulla base di una recente indagine da me pubblicata, le malattie che insorgono all'interno della realtà penitenziaria sono distribuite in base alle diverse patologie nel seguente modo: disturbi schizofrenici (37,3 per cento); disturbi psicotici (23,9 per cento); disturbi della personalità (14,8 per cento); casi di ritardo mentale (8,3 per cento); disturbi dell'umore (2,7 per cento); disturbi di ansia (2,3 per cento); disturbi correlati all'alcol (1,6 per cento); altre patologie (5,1 per cento); diagnosi dubbie (3,5 per cento). Ciò testimonia tra l'altro la difficoltà di indagine diagnostica con riferimento a questo tipo di patologie. Questo per quanto concerne gli ospedali psichiatrici giudiziari.

Oggi tuttavia vengo a parlarvi di un fenomeno diverso, rispetto al quale la realtà e le attrezzature del mondo ospedaliero sono distanti. Mi riferisco al disagio mentale in carcere. Il fenomeno è perfettamente in linea con la circostanza che nei nostri penitenziari, su oltre 60.000 detenuti, è presente una larga fascia di disagio sociale. Mi riferisco a soggetti con specifiche condizioni di disadattamento sociale i quali per queste ragioni finiscono per incorrere nella condizione del delitto che, nel sistema processuale complessivo di tutela dei soggetti, porta costoro in carcere con maggiore facilità di quanto non accada per altri.

Tra questi soggetti vi è una grande parte di tossicodipendenti, i quali sono in molti casi espressione di un disagio di natura psichica. Dico questo perché, in base alle statistiche a nostra disposizione, risulta che oggi circa il 25-28 per cento dei soggetti detenuti ha avuto un rapporto di dipendenza dalla droga, nel senso che ha fatto uso più o meno continuativo di droghe o comunque conosce quel mondo. Per una parte di questi soggetti si è potuto accertare, attraverso studi specifici appositamente commissionati, l'esistenza di una condizione, rilevabile in doppia analisi, di patologia: rispetto ad un uso o abuso di droghe, risulta alla base una condizione di sofferenza legata ad una patologia di tipo psichiatrico. A volte l'uso della droga è la conseguenza di una condizione di disagio psichico che nasce quasi come momento di automedicazione, di ricerca di forme alternative di vita. Per quanto riguarda l'alcol – per esempio – si comincia con l'abuso di questa sostanza per superare un problema d'ansia o depres-

sivo per poi incorrere nella tossicodipendenza, rispetto alla quale è difficile distinguere il problema psichiatrico.

Tutto questo comporta, per le nostre scelte, la necessità di operare con una *équipe* multidisciplinare e di essere fortemente collegati ai servizi e alle realtà territoriali esterne, in ciò rifacendosi al disposto dell'articolo 20 del decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000. Esso prevede espressamente l'ingresso in carcere di specialisti psichiatri appartenenti al Servizio sanitario nazionale, i quali in modo delicato debbono prendere conoscenza e coscienza della realtà del disagio psichico nelle carceri e concordare con i responsabili dell'amministrazione carceraria ogni tipo di possibile intervento legato anche alla realtà esterna, alla dimissione dall'istituto penitenziario.

Non vi è dubbio che l'attività svolta dal nostro ufficio si lega inevitabilmente ai servizi territoriali per la salute mentale, ai servizi esterni. Per questa ragione si è comunque operato in base ad una disciplina specifica per quanto riguarda le metodologie di lavoro. In particolare, si è operato avendo riguardo a tutte le tappe della detenzione, a cominciare dal momento nevralgico e fondamentale del primo ingresso nel carcere. Di fatto un atteggiamento di non curanza nei confronti del soggetto che per la prima volta entra in carcere è il viatico più immediato sia ai gesti di autolesionismo che alle situazioni di disagio che portano poi alla devianza, e sono in esatta contraddizione con i principi sanciti dall'articolo 27 della Costituzione, secondo cui la pena detentiva deve tendere alla rieducazione del condannato.

Per questa ragione sono stati predisposti i servizi nuovi giunti che hanno scopi ben precisi: ogni volta che un soggetto di una grande realtà metropolitana trova ingresso in carcere deve essere accolto da una *équipe*, la quale deve analizzarne le caratteristiche, studiarne le problematiche di natura psichiatrica, tenendo presente che l'approccio non è quello di una attività fine a se stessa.

I servizi nuovi giunti sono presenti nei più grandi istituti penitenziari. È quindi prevista una visita di primo ingresso del soggetto. Per la verità, ciò accade in tutte le realtà penitenziarie, ma negli istituti più grandi opera tale servizio, che è formato da soggetti che hanno una particolare esperienza anche da psichiatri, i quali devono individuare le caratteristiche del soggetto, smistarlo nel reparto più idoneo e fare in modo che il suo percorso trattamentale (nel caso di disagio mentale anche psichico) sia seguito da particolari attenzioni. Nel caso in cui viene segnalato un vizio di mente o un problema psichiatrico più grave, è possibile che il direttore del carcere disponga la grande sorveglianza o addirittura la sorveglianza a vista (il detenuto viene sorvegliato da un piantone per tutta la giornata per evitare che si suicidi). Questa però non è la linea preventiva migliore per prevenire i suicidi, in quanto occorre una gestione di trattamento avanzato, attraverso le attività lavorative, i rapporti con la famiglia, lo studio di tutte le problematiche dell'individuo e un programma di trattamento individualizzato. Per questo motivo sono state emanate circolari apposite che indicano agli operatori le linee guida da seguire.

Concludo il mio intervento dicendo che tutte le attività svolte con riferimento ai detenuti prendono spunto da un progetto individualizzato riguardante i singoli soggetti. Naturalmente il problema del suicidio, al quale abbiamo dedicato particolare attenzione, è legato alla patologia psichiatrica. Dal 2001 ad oggi abbiamo registrato mediamente un abbattimento del 20 per cento del numero dei suicidi il quale, se correlato all'incremento geometrico della popolazione detenuta, rappresenta un ottimo risultato. Soltanto nella parte finale del 2005 abbiamo registrato una recrudescenza del fenomeno, le cui dimensioni sono legate alla condizione di sovraffollamento delle carceri che tutti conosciamo e sulla quale operiamo con la dovuta attenzione nel rispetto dei principi costituzionali.

Ringrazio la Commissione per l'attenzione prestata e lascio a disposizione un documento ed un supporto informatico a corredo dell'intervento appena svolto.

PRESIDENTE. Siamo noi che la ringraziamo per il prezioso contributo offerto con la sua relazione ai nostri lavori.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,55.

€ 1,00