



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 155

**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

161<sup>a</sup> seduta: giovedì 17 maggio 2012

Presidenza del presidente Ignazio MARINO

**I N D I C E****Audizione del Ministro della salute**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 7, 12 e <i>passim</i>	BALDUZZI, <i>ministro della salute</i> . . . . .	Pag. 4
BOSONE (PD) . . . . .	10, 14		
D'AMBROSIO LETTIERI (PdL) . . . . .	12		
GRAMAZIO (PdL) . . . . .	13		
SACCOMANNO (PdL) . . . . .	7, 14		
SOLIANI (PD) . . . . .	11		

---

*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; LegaNord 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-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.*

*Interviene il Ministro della salute, professor Renato Balduzzi.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14,10.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 15 maggio 2012 si intende approvato.

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Propongo che la pubblicità dei lavori odierni, oltre che attraverso il resoconto stenografico, sia assicurata anche mediante l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito interno.

Non facendosi osservazioni, dispongo l'attivazione di tale ulteriore forma di pubblicità dei nostri lavori.

#### **Audizione del Ministro della salute**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, per il prosieguo dell'inchiesta sulla salute mentale, la libera audizione del Ministro della salute, professor Renato Balduzzi, al quale do il benvenuto.

L'audizione che ci accingiamo a svolgere è principalmente intesa ad approfondire tre aspetti peculiari. In primo luogo, la Commissione ravvisa la necessità di conoscere lo stato di avanzamento delle attività funzionali alla piena attuazione dell'articolo 3-ter del decreto-legge n. 211 del 2011, in tema di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tale riguardo, appare utile soffermarsi non solo sull'atteso decreto ministeriale attuativo, ma anche sugli aspetti relativi al completamento del processo di dimissione dei pazienti non più socialmente pericolosi, attraverso progetti terapeutici individuali, e all'attivazione delle procedure per l'assunzione di personale qualificato a ciò dedicato da parte delle Regioni e delle Province autonome.

Il secondo nucleo tematico oggetto di interesse è quello relativo alla cosiddetta terapia elettroconvulsivante. Traendo spunto dalle risultanze di un recente sopralluogo in provincia di Bolzano, la Commissione ravvisa l'opportunità di completare il quadro informativo a sua disposizione, acquisendo elementi istruttori sui seguenti aspetti: quadro normativo di riferimento, strutture sanitarie presso le quali la terapia risulta praticata, dati statistici, studi sugli esiti e sugli eventuali effetti collaterali.

Il terzo nucleo tematico oggetto degli odierni approfondimenti inerisce alla neuropsichiatria infantile. In ordine a tale branca, infatti, è stato

fatto rilevare alla Commissione un aspetto di criticità, legato alla penuria di posti letto ospedalieri nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

Tanto premesso, cedo ora la parola al Ministro, ringraziandolo per la sua presenza e per la collaborazione istituzionale. Avverto che il ministro Balduzzi dovrà poi intervenire alle 15 al *question time* presso la Camera dei deputati. È quindi opportuno che ci riferisca subito sui tre temi sui quali gli abbiamo chiesto cortesemente di informarci.

A seguito della sua relazione introduttiva, i relatori dell'inchiesta sulla salute mentale, i senatori Bosone e Saccomanno, e gli altri commissari potranno intervenire per formulare eventuali quesiti e considerazioni.

BALDUZZI, *ministro della salute*. Signor Presidente, onorevoli senatori, grazie per questo invito, che mi offre la possibilità di fare il punto su una situazione specifica ma importante della politica sanitaria, situazione sulla quale è stato decisivo il ruolo svolto dalla Commissione stessa che in questo momento è riunita. La brevità obbligata del mio intervento mi impone una particolare concisione. Vorrei solo premettere che la vicenda che riguarda il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari si inserisce in un contesto più ampio, com'è ben noto alla Commissione, di inveroamento, anche nel campo carcerario, della capacità del Servizio sanitario nazionale di assicurare la tutela della salute in modo universalistico.

Dunque noi abbiamo avuto, dopo il decreto legislativo n. 230 del 1999, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'aprile 2008 che ha disciplinato le modalità per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria e che, in allegato, contiene altresì le linee di indirizzo per gli interventi in materia di OPG. Abbiamo poi avuto, con particolare riferimento agli OPG, l'accordo in sede di Conferenza unificata del novembre 2009 e, più recentemente, un ulteriore accordo, in sede di Conferenza Stato-Regioni, sugli interventi in materia di OPG. Dopo di che c'è stata, come sappiamo bene, la decisione forte di Parlamento e Governo di intervenire per disporre un termine preciso per il completamento del processo di superamento degli OPG, fissandolo al 1° febbraio 2013.

A tale scopo, evidentemente, il decreto-legge poi convertito ha assegnato al Governo, in particolare ad un decreto interministeriale dei Ministeri della salute e della giustizia, da adottarsi d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni entro il termine certamente non perentorio, ma sollecitatorio, del 31 marzo 2012, il compito di definire i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza. Tali requisiti sono intesi ad integrare i requisiti a suo tempo previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, con una serie di criteri che la Commissione conosce bene e che sono stati alla base dello schema di decreto che il Ministero della salute ha predisposto nei termini legali ed ha poi inviato al concerto del Ministero della giustizia. Attualmente esso è all'esame della Conferenza Stato-Regioni.

Quali sono i criteri che sono stati seguiti per elaborare questo decreto interministeriale? Anzitutto, prendere sul serio la previsione di più tipologie di strutture in base alle categorie e alle caratteristiche, sia psicopatologiche, sia comportamentali, dei soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentiva. In secondo luogo, prevedere una gestione pubblica delle strutture, in ragione del fatto che c'è qui un'intersecazione, in quanto i soggetti di cui stiamo parlando sono ricoverati per l'esecuzione di una pena (ricordo che nel nostro Paese l'esecuzione penale rientra nella competenza della pubblica amministrazione, anche dal punto di vista organizzativo). Inoltre, abbiamo tenuto presente la necessità che siano comunque garantite tutte le attività inerenti l'esecuzione penale e la situazione giudiziaria dei soggetti, proprio perché la norma di cui all'articolo 3-ter del decreto-legge che ha dato il via a questa vicenda non ha modificato l'ordinamento penitenziario. La stessa cosa vale per la competenza delle Forze dell'ordine relativamente all'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, rispetto alla quale il Servizio sanitario non ha una competenza.

Si sono altresì richiamati i requisiti strutturali previsti dal già menzionato decreto del Presidente della Repubblica del 1997, in ordine alle strutture residenziali psichiatriche, tenendo conto della normativa vigente in materia di protezione antisismica, antincendio, acustica, sicurezza elettrica, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti e condizioni microclimatiche. Come sappiamo bene, non è esagerato insistere su questi aspetti, tenuto conto della situazione che la Commissione ha potuto constatare di persona in più occasioni.

Per quanto riguarda la capienza delle singole strutture, vorrei precisare che sarà rispettato il limite dei 20 posti per singola struttura (parametro già fissato a suo tempo dal decreto del Presidente della Repubblica del 1997). Dunque, in sede di erogazione dei relativi finanziamenti, sarà cura del Ministero verificare il rispetto di questo parametro.

Il decreto contiene altresì la definizione di ulteriori requisiti tecnologici in relazione a particolari esigenze di protezione dei pazienti e di sicurezza; l'individuazione della pianta organica da rispettare in ogni singola struttura; le indicazioni sull'organizzazione del lavoro in base ai principi generali del Servizio sanitario nazionale (ossia i principi del governo clinico per una buona pratica clinica ed assistenziale).

Signor Presidente, onorevoli senatori, questo è, in sintesi, il punto per quanto riguarda il percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Completo quindi la mia relazione facendo riferimento agli altri due temi che il Presidente ha indicato: la terapia elettroconvulsivante e la neuropsichiatria infantile. È ben noto cosa sia l'elettroshock. Si tratta comunque di una prestazione sanitaria e – quindi – la sua effettuazione è demandata ad una valutazione professionale e deontologica dello specialista, sulla base di regole generali di *evidence-based medicine*. A tutt'oggi, il documento più importante in materia è una nota inviata nel 1999 dal Ministero della salute agli assessori, volta ad evitare utilizzazioni improprie della terapia o immotivati dinieghi della stessa. Il documento ha ancora

oggi una sua validità, perché contiene gli elementi indispensabili per valutare le indicazioni d'uso, le controindicazioni, le relazioni avverse, le strutture di riferimento e i protocolli esecutivi. Non esiste una normativa specifica nazionale sull'elettroshock.

Ci sono state delle vicende che hanno interessato in particolare due Regioni – la Regione Marche e, poi, la Regione Piemonte – e che diedero origine ad un contenzioso in sede di giurisprudenza costituzionale: il primo, concernente la Regione Marche, deciso con la sentenza n. 282 del 2002; il secondo, riguardante la Regione Piemonte, deciso con la sentenza n. 338 del 2003 (cito a memoria). La Corte costituzionale valutò che i tentativi da parte di quelle Regioni di immaginare una normativa regionale di divieto in relazione a questo tipo di terapia non fossero ammissibili neanche all'interno del nuovo ordinamento scaturito dalla revisione costituzionale del 2001, perché tutto ciò che attiene all'indicazione e all'appropriatezza di una terapia è qualche cosa che – secondo la Corte costituzionale – non può essere lasciato a valutazioni decentrate, riguardando, da una parte, l'autonomia tecnico-scientifica delle istituzioni e dei professionisti preposti a questo e, dall'altra, una decisione complessiva dell'ordinamento nazionale.

Questo è ancora oggi lo stato dell'arte della situazione in materia di terapia elettroconvulsivante. Lascero' agli atti della Commissione alcune tabelle che forniscono dati aggiornati del fenomeno per gli anni 2008, 2009 e 2010 – dati ricavati dalle SDO, le schede di dimissione ospedaliera – per la terapia con TEC sub-convulsiva e per altra terapia con TEC, recanti numero dei dimessi, descrizione della struttura ed altre informazioni.

Per quanto riguarda le problematiche della neuropsichiatria infantile, devo premettere che si tratta di situazioni che richiedono una presa in carico multidisciplinare di lunga durata, con degli interventi coordinati e complessi di diagnosi, trattamento e riabilitazione, che coinvolgono, non solo il paziente, ma la sua famiglia e il contesto di vita. Mi riferisco a quello che, un po' gergalmente, si chiama «sistema integrato di servizi di NPIA», cioè di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza (quindi, *équipe* multidisciplinari, con tutte le figure professionali e le strutture adeguate per assicurare e garantire i livelli essenziali di assistenza).

L'ordinamento – il comparto sanitario, e il Ministero della salute nel tempo – si è fatto carico di queste problematiche. È stato varato un progetto obiettivo materno-infantile di tutela della salute mentale e delle successive linee d'indirizzo sulla salute mentale. È però da sottolineare che, nonostante questo lavoro svolto dai miei predecessori, in stretto raccordo soprattutto con le Commissioni parlamentari, l'attuale situazione dei servizi di neuropsichiatria per l'infanzia e l'adolescenza è ancora molto disomogenea sotto il profilo territoriale e, per alcuni versi, ancora carente.

Dunque, oltre dall'auspicio che tutte le Regioni completino e migliorino la risposta ai bisogni degli utenti, ritengo che il problema sia quello di arrivare a fornire ulteriori indicazioni e precisazioni, soprattutto con riferimento al profilo della integrazione tra i servizi di salute mentale per l'età evolutiva e quelli per l'età adulta. Sappiamo che spesso i disturbi

connessi a questo tipo di patologie si concentrano nella fascia di età 15-21 anni e, dunque, c'è evidentemente bisogno di un'azione integrata dei servizi per l'età evolutiva e di quelli per l'età adulta, da promuovere eventualmente anche attraverso l'elaborazione di progetti sperimentali.

In conclusione, Presidente, anticipo in questa sede che la bozza di Piano d'azione nazionale per la salute mentale, attualmente in corso di condivisione con le Regioni per essere poi inviata alla Conferenza unificata. Trattandosi di tematiche a metà tra il sanitario e il sociale o che comunque richiedono interventi sociali importanti tanto quanto quelli sanitari, l'accordo è in sede di Conferenza unificata, ma la bozza viene condivisa preliminarmente attraverso un contatto ed un confronto a livello regionale. Tale bozza presenta tra gli interventi prioritari appunto l'area dei disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza per i quali sono dunque previsti percorsi di cura e programmi innovativi che andranno nel senso delle indicazioni che ho poco fa sintetizzato.

Per quanto riguarda, infine, l'offerta di posti letto di neuropsichiatria infantile, da una verifica effettuata emerge che la medesima è quasi esclusivamente concentrata nelle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate, ad eccezione della Regione Campania dove risultano anche posti letto privati accreditati. Ad ogni modo, consegno agli atti della Commissione le relative tabelle, contenenti anche in questo caso dati aggiornati. Da tali dati si evidenzia un'assenza di posti letto ospedalieri destinati a questa disciplina nelle due Province autonome di Trento e Bolzano e nelle Regioni Valle d'Aosta, Molise e Calabria; la dotazione di posti letto ospedalieri registra dei valori minimi in particolare nella Regione Veneto ma anche in altre, come Umbria, Abruzzo e Friuli-Venezia Giulia; la dotazione di posti letto ospedalieri destinati sempre alla stessa disciplina, la neuropsichiatria infantile, in rapporto alla popolazione di riferimento (0-14 anni) registra valori massimi nelle Regioni Toscana, Marche e Lazio. Anche su questo lascerò agli atti della Commissione in dati aggiornati.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei fare solo un'osservazione relativa ad una preoccupazione registrata dalla Commissione in ordine ai progetti terapeutici individuali per i pazienti attualmente ospiti di ospedali psichiatrici giudiziari. Nel momento in cui si dovrà arrivare al superamento di quelle strutture esiste – come il Ministro sa, dal momento che è stata inserita dal Governo all'interno del decreto-legge n. 211 del 2011 – la disponibilità di 38 milioni di euro per l'anno 2012. La preoccupazione che si percepisce tra gli operatori sanitari, e che è evidentemente logica, riguarda il fatto che, a fronte della disponibilità di risorse economiche, non vi è stata ancora un'attivazione da parte delle Regioni di questi percorsi. È questo un aspetto che deve essere oggetto di riflessione in quanto può costituire una iniziale soluzione al problema.

**SACCOMANNO (Pdl).** Signor Presidente, ringrazio il Ministro per la sua presenza ed altresì per il passo che Governo e Parlamento hanno fatto insieme in ordine alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari;

infatti, senza una piena collaborazione del Ministero adesso staremmo parlando di un filone d'inchiesta solenne ed importante ma ancora interamente da concludere.

Rimangono però degli interrogativi, i più importanti dei quali riguardano il percorso di attuazione delle procedure di chiusura delle strutture. Credo che la presenza del Ministro in Commissione rappresenti a tal proposito una sorta di «timbratura» lungo il percorso, al fine di verificare l'andamento della situazione.

Mi riserverò poi solo pochi minuti per parlare di TEC e di neuropsichiatria infantile, argomenti che non sono meno importanti e sui quali è necessario comunque riflettere, forse anche perché sugli ospedali psichiatrici giudiziari qualche risultato è già stato ottenuto.

Signor Ministro, per mia negligenza non ho letto lo schema di decreto all'esame della Conferenza Stato-Regioni (sarà mia cura procurarmelo), le sue parole però mi inducono ad esprimere soddisfazione per i passi in avanti compiuti. È chiaro che il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici indicato nel 1° febbraio 2013 non è perentorio, ma se si sta procedendo non possiamo che esserne contenti. Il tempo a disposizione non è certo moltissimo, ma sarà sufficiente per concludere la procedura. L'importante è metterla in moto, cosa che rappresenta il nostro primo desiderio.

In ordine alla tipologia delle strutture, è mancata nel suo intervento la sottolineatura di quanto è previsto all'articolo 3-ter, comma 3, lettera a), del decreto-legge n. 211 del 2011, in cui si stabilisce l'«esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture» quale criterio per l'adozione del decreto ministeriale per la definizione dei requisiti delle strutture destinate ad ospitare i pazienti psichiatrici. Lei ha parlato di competenza, ma la parte su cui voglio soffermare l'attenzione, e che per noi è fondamentale, riguarda l'ipotesi del Governo – che, ripeto, non conosco non avendo letto il decreto ministeriale – in ordine all'attuazione di questa parte del decreto-legge.

Mi preme anche sottolineare, magari per un eccesso di zelo, la parte del comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto in cui, a prescindere dalla previsione del 31 marzo 2013 come termine per l'assegnazione dei pazienti alle strutture sanitarie previste, si stabilisce che «fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale». Questo è l'elemento cardine sul quale le chiederei di fornirci un dato: ad oggi che cosa è avvenuto? L'intero intervento legislativo, infatti, che è ben strutturato e condivisibile, non può però prescindere da quest'ultima disposizione cui ho fatto riferimento. E poiché tali persone sono dichiarate non più socialmente pericolose, se è vero che al momento esse sono ancora trattenute, allora ciò significa che stiamo compiendo un'azione *contra legem*. Dobbiamo invece farci forti di questa disposizione ed insieme sollecitare i Dipartimenti di salute mentale (che, nell'impostazione generale, dipendono da noi) a farsi carico dell'assistenza, il Governo attraverso lo strumento massimo di cui dispone il Ministro ed



il Parlamento attraverso il Presidente di questa Commissione. Questo probabilmente è l'unico elemento che dobbiamo controllare in questo periodo di transizione. Infatti, una volta avviato il percorso attraverso la presentazione dello schema di decreto al concerto del Ministero della giustizia e all'esame della Conferenza Stato-Regioni, rimane il dato – quello più angosciante – relativo a quei soggetti che hanno risolto i loro problemi con la giustizia e che devono quindi essere reinseriti in un normale percorso sanitario, non perché si stia concedendo qualche particolare ricompensa ma perché abbiamo voluto una norma di legge che sancisse tutto questo; norma che peraltro avrebbe dovuto essere assolutamente ultronea, pleonastica, addirittura inutile, dal momento che il trattamento di queste persone nell'ambito dei Dipartimenti di salute mentale rappresentava un fatto dovuto.

Mi è piaciuta l'ultima sottolineatura del Presidente – se posso chiosare – quando ha parlato di progetti finalizzati e personali per queste persone. È chiaro che, se oggi non abbiamo questi progetti e questi piani personali, noi non stiamo parlando di nulla, perché queste persone non sono messe nelle condizioni di riprendere il loro percorso nel Dipartimento di salute mentale.

C'è poi un'altra mia importante preoccupazione. Siccome i soldi sono un elemento non secondario in questa vicenda (e la mattina in cui ci voltiamo da un'altra parte poi ci giriamo di nuovo e non li troviamo più), io sono preoccupato di tutte quelle cifre che si dice che entro il 2012 noi dobbiamo spendere tali fondi. Su questo punto c'è anche la pressione sulle Regioni, soprattutto per le vecchie abitudini che vi sono. Noi abbiamo finalizzato i soldi dell'*ex* articolo 20 da utilizzare nel 2012, ma non abbiamo previsto le procedure per poter accelerare e renderli fruibili realmente tali somme nell'ambito del 2012. Io sono preoccupato. Il decreto non riguardava questa parte, lo diciamo chiaramente, ma riguardava altro; però sarebbe probabilmente importante che venisse fuori qualcosa e che, sulle procedure di utilizzazione immediata nel corso dell'anno, noi dicesimo qualcosa in qualche parte della normativa. Diversamente – e accetto scommesse – sono soldi che scompariranno tranquillamente.

Signor Ministro, io vorrei che ci si occupasse delle procedure e di questi altri aspetti, fatto salvo che in questo momento il mio discorso su chi ha cessato di essere socialmente pericoloso e sulla tutela di quel percorso è il primo *input* importante. Poi sono senz'altro soddisfatto delle cose che lei ha detto e delle proposte che ha avanzato, che naturalmente in piccolo possono essere curate meglio.

Sulla TEC abbiamo ascoltato persone molto competenti e tra l'altro – questo mi fa piacere – anche entusiaste del lavoro che svolgono. Talvolta, però, eccessivamente entusiaste. Non dobbiamo preoccuparci solo di chi è annoiato e non vuole fare le cose; io sono preoccupato anche per l'eccesso in positivo. Il miglioramento dell'umore a me va bene; ma non vorrei che una mattina vediamo qualcuno con la faccia triste e gli facciamo l'elettroshock per farlo ridere. Qualcosa di questo tipo sta arrivando. Quali sono i sistemi di monitoraggio e di controllo di cui disponiamo? Questo

mi permetto di chiedere. Lei non lo ha citato, signor Ministro, ma c'è stato un decreto Bindi su questo tema; delle risposte erano state date (anche dopo i pronunciamenti della Corte costituzionale), che indicavano la valenza scientifica e ne prendevano atto. Io sulla valenza scientifica mi affido; ma il controllo su un uso esorbitante rispetto al dato scientifico diviene una preoccupazione, quando la mia capacità di gestire lo strumento mi rende troppo sicuro e quindi lo utilizzo in maniera eccessiva. Come monitoriamo dunque questo sistema? Non voglio frenarlo illogicamente, ma voglio che ne abbiamo piena contezza. Ciò che è terapia deve essere usato sulla base di quanto previsto dalle norme (ad esempio per i casi gravi di depressione). Questo è ciò che mi sento di dire sulla TEC. Il controllo clinico e una serie di altri aspetti non possono essere affidati alla buona volontà di tanti. Lì tutti ci complimentavamo: «Com'è bravo l'anestesista» e ci è stato detto «Questo qui vuole». Perché, ci può essere un altro anestesista che non vuole? Qual è la storia? Ci devono essere delle basi per cui le cose si possono fare con metodo. Gli aerei non cadono più perché una mattina ci fu un inventore che decise di applicare un monitoraggio *step* dopo *step*; anche nel nostro caso dobbiamo fare così.

Per quanto riguarda la neuropsichiatria infantile, abbiamo ricevuto delle grida di allarme sulla mancanza di disponibilità di posti letto sul territorio. Leggerò la nota che ella cortesemente ci ha lasciato, signor Ministro, ma ritengo che anche in questo ambito si debba andare a porre uno sguardo, in termini estremamente positivi, perché è una fascia che si allarga. Nel momento in cui ci sono crisi sociali, suicidi e problemi familiari che si ingigantiscono, è chiaro che le fasce più deboli possono risentire di questo. Mi permetto di aggiungere – può sembrare un fatto particolare – che ho conosciuto una famiglia con un bambino che aveva necessità di una psicoterapia a causa di una sindrome che prevede la psicoterapia; ma anche istituti accreditati l'hanno negata, se non a pagamento. Si può fare questo? Questo accade nel mondo del disagio più grave, nel mondo dove c'è maggiore difficoltà. Parlo di istituti scientifici accreditati e convenzionati, che negano questo tipo di terapia; probabilmente anche tale aspetto deve essere rivisto.

BOSONE (PD). Signor Presidente, vorrei premettere che la psicoterapia non è a pagamento solo per i bambini; ormai è un dato di fatto che non esiste più psicoterapia fornita dal Servizio sanitario nazionale. È un servizio a richiesta, svolto in assoluto regime professionale. Per quanto riguarda il decreto sulle strutture, è molto opportuno quanto diceva il senatore Saccomanno relativamente alle procedure. Effettivamente qualche allarme è arrivato; ci è stato detto che, anche là dove ci sono i soldi non si riuscirà mai ad arrivare a ristrutturare in tempo. È necessaria quindi una maggiore attenzione per velocizzare le procedure banalmente autorizzative (urbanistiche, eccetera); non so se ciò sia tecnicamente possibile, però, andrebbe fatto, altrimenti temo che non sarà possibile arrivare in tempo, visto che siamo già a metà del 2012.

Una domanda che viene posta da alcune strutture territoriali – ho letto velocissimamente questa bozza di decreto – è se le strutture messe a disposizione per i pazienti autori di reato, vista la loro complessità e il fatto che sono strutture nuove e disponibili, potranno essere messe a disposizione anche dei pazienti del Sistema sanitario nazionale non autori di reato, cioè se potranno essere messe a disposizione anche dei pazienti che non hanno bisogno di misure di sicurezza. Potrebbe essere opportuno, anche per arricchire il servizio di offerte territoriali, utilizzare questa occasione per allargare il ventaglio della potenzialità assistenziali per i pazienti con disagio mentale non autori di reato.

Sulla TEC non aggiungo nulla a quanto ha detto il Ministro, se non che nella relazione conclusiva dell'inchiesta, che dovremmo velocemente portare a termine, probabilmente dovremo introdurre un riferimento alla necessità di una maggiore sorveglianza e di un maggiore controllo su quello che succede. L'unica nota che posso aggiungere a quanto ha detto il senatore Saccomanno è che ho avuto l'impressione che non si arrivi alla TEC come *extrema ratio*, ma che in realtà questa venga applicata anche prima di arrivare all'*extrema ratio*; questo sarebbe in contraddizione anche con il decreto legislativo n. 230 del 1999. Dovrebbero essere davvero perseguite tutte le altre strade prima di arrivare alla TEC, nella cura delle depressioni gravi, eccetera.

La neuropsichiatria infantile è un tema molto importante, cui dovremo dedicare molto spazio nella relazione finale. Per questo motivo vorrei chiedere di acquisire dal Ministero il nuovo piano nazionale sanitario sulla salute mentale, che è all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni (se non ho capito male) e di cui noi non disponiamo. Sarebbe invece utile averlo, per poter scrivere con cognizione di causa la relazione finale, in modo da non entrare in contraddizione con esso o eventualmente integrarlo aggiungendovi elementi di valutazione propri della Commissione d'inchiesta.

SOLIANI (PD). Signor Presidente, quello di questi mesi è un passaggio fondamentale, con questo Governo, con la nostra relazione e con gli atti che sono all'ordine del giorno. Credo che sia molto importante lavorare bene e tenere la barra. Sul decreto concernente gli OPG credo di concordare; magari non è un caso che abbiamo la stessa domanda e lo stesso approccio. Mi è parso di capire dalla relazione del Ministro (non so neanche se è nell'atto) che, mentre c'è un rilievo sulle strutture nuove, quello che bisognerebbe mettere in particolare rilievo è l'indirizzo primario che è venuto dalla relazione e dalla norma che è stata poi approvata. Mi riferisco al trasferimento sul territorio, nelle strutture di igiene mentale, dei pazienti che non hanno bisogno di tutela ai fini della sicurezza. Questo è un dato molto importante perché se, per tutte le ragioni che ben conosco (risorse e quant'altro), si comincia a dare enfasi solo a quell'aspetto, noi facciamo un'operazione che rimette in piedi altre strutture, ma non ha acquisito all'impegno delle ASL, del Servizio sanitario, del territorio, del sociale, tutta la partita dei pazienti. Questa è una preoccupazione che per-

mane. È chiaro che, come si suol dire, per tenere la barra occorre sentire tutti i venti.

Abbiamo avuto la possibilità di audire i vertici del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, che lavorano molto sul tema della sicurezza. Vi sono un decreto interministeriale e – suppongo – un tavolo di lavoro interministeriale. Occorre prestare attenzione affinché rimangano in equilibrio le esigenze espresse dall'amministrazione del Servizio sanitario nazionale e quelle della sicurezza. Si deve cercare di tutelare questo punto di equilibrio e vedremo quanto riusciremo a costruire lungo questa strada.

Infine, anch'io aspetto di visionare le note relative alla neuropsichiatria, perché ci sono degli aspetti da approfondire. Ad ogni modo, avremo modo di ragionarci.

**PRESIDENTE.** In considerazione degli impegni del Ministro della salute alla Camera dei deputati, ritengo sia opportuno rinviare il seguito dell'audizione. Attraverso gli Uffici verrà definita al più presto – nelle prossime settimane – la data della successiva seduta, per consentire a tutti i colleghi di porre delle domande e per dare la possibilità al ministro Balduzzi di rispondere in maniera organica.

Non essendovi obiezioni, rinvio il seguito dell'audizione in titolo ad altra seduta.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

**D'AMBROSIO LETTIERI (Pdl).** Signor Presidente, colgo l'occasione di questa interessante sessione per rinnovare la mia richiesta, già rappresentata alla Presidenza e a questa Commissione qualche settimana fa, in ordine alla necessità di audire il signor Ministro – che saluto, rinnovandogli il senso della mia più profonda considerazione – in merito ai problemi gravissimi che si registrano in alcune Regioni, in particolar modo nella Regione Puglia, con riferimento alle ripercussioni che si hanno sui livelli di assistenza sanitaria a seguito degli adempimenti connessi con i piani di rientro. Nel leggere, da due mesi a questa parte, le cronache del territorio pugliese, sembra di assistere – e non vorrei inermi ed impotenti – ad una sorta di funerale del Servizio sanitario della Regione Puglia, con notizie allarmanti ed inquietanti che si susseguono e che trovano riscontro non soltanto nell'inquietante allungamento dei tempi di attesa, come lei ben sa, signor Presidente, ma anche nell'aumento della mobilità passiva extraregionale, con reparti che sono sguarniti e che in prossimità del periodo estivo rischiano la chiusura, con riferimento specifico ad alcuni reparti di particolare rilevanza.

Ciò premesso e rinnovato come auspicio, vorrei cogliere l'occasione della presenza del Ministro richiedendo a lei, signor Presidente, alla Commissione ed anche al Ministro se non si ravvisi l'opportunità di aprire una riflessione un po' più a tutto tondo, assorbendo l'ipotesi – che io consi-

dero un gesto di lodevolissima responsabilità da parte del ministro Balduzzi – del superamento del *ticket* con l'idea della cosiddetta franchigia. Può sembrare inconferente rispetto al tema che ho rappresentato; tuttavia mi sembra un gesto che il decisore politico fa bene a rappresentare alla pubblica opinione e alla comunità, che svolge funzioni anche decisorie ai vari livelli di responsabilità. Dobbiamo porci il problema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario al netto delle inefficienze, degli sperperi, degli sprechi, dei saccheggi di risorse.

Con queste premesse e con queste considerazioni, attese le competenze della Commissione d'inchiesta, su questi presupposti e con queste premesse, che ho ritenuto di argomentare nei modi che ho testé espresso, rinnovo la richiesta già formulata, signor Presidente, qualche mese fa, ricevendo – se non ricordo male – anche il suo consenso.

PRESIDENTE. Senatore D'Ambrosio Lettieri, certamente le tematiche che lei ha posto sono di primaria importanza nel panorama sanitario nazionale. Sarà mia premura nel prossimo Ufficio di Presidenza, alla presenza dei rappresentanti dei Gruppi, porre in esame tali tematiche, che sembrano di interesse non solo per la Regione Puglia ma più in generale su tutta la questione dei piani di rientro e sulla possibilità di intervenire con strumenti alternativi al *ticket* alla compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica.

GRAMAZIO (*PdL*). Signor Presidente, l'altro giorno, d'accordo con la collega, avevo fatto una sollecitazione in tema di RSA, con riferimento ad una trasmissione andata in onda su Canale 5. La stessa questione è stata sollevata ieri da alcuni colleghi, al termine della seduta di Aula.

Vorrei sapere se, dopo l'intervento riguardante questa grave situazione, vi sono delle risposte – o comunque se le sue disposizioni ai competenti uffici sono andate a buon fine –, oppure se bisogna sollevare il problema, come fatto da alcuni colleghi, nell'Aula del Senato anzichè in sede di Commissione. Ricordo che questa è una Commissione che potrebbe dare delle risposte, precedendo la stessa Aula. Ieri sera il Presidente del Senato ha detto di presentare un'interrogazione sull'argomento. Il problema però era già stato sollevato in questa sede e, quindi, credo che lei possa già dare delle risposte, o farci sapere che cosa sta succedendo. Tra l'altro, vi è stata anche un'altra trasmissione.

PRESIDENTE. Immediatamente dopo la sua richiesta, la Commissione si è attivata attraverso il nostro nucleo NAS e abbiamo identificato la struttura, che si trova in Provincia di Salerno. I NAS le potranno dare le indicazioni precise sulla struttura. Abbiamo chiesto copia del *dvd* alla rete televisiva e penso lo dovremmo acquisire nelle prossime ore. Credo che, a quel punto, la risposta alla sua richiesta sarà stata esaudita. In Ufficio di Presidenza dovremo decidere se sia opportuno o meno intervenire ulteriormente.

SACCOMANNO (*PdL*). L'altra sera, nel corso di un dibattito sul progetto M.A.R.A., per il miglioramento delle residenze per gli anziani, Franco Di Mare ha mostrato un filmato in cui, all'interno di una struttura della Spezia, a una signora anziana veniva ripetuto per tutta la notte: tu devi crepare. C'era anche un'altra struttura, che mi ha ricordato le cose peggiori che abbiamo visto, ovvero gli OPG.

BOSONE (*PD*). Quelli della Spezia sono stati arrestati.

SACCOMANNO (*PdL*). Sono anche stati fatti vedere filmati di altre strutture dove veniva fatta distendere una persona che forse aveva una sindrome anchilopoietica. La persona, quindi, non si poteva distendere e veniva forzata per allungarsi. Il fatto è drammatico.

Ripeto: questo è un fatto gravissimo. Proviamo a capire da dove provengono questi dati.

PRESIDENTE. Per le vie brevi mi farò spiegare i dettagli dal senatore Saccomanno, in modo da poter acquisire anche questo secondo filmato. Insieme ai relatori dell'inchiesta sulle RSA, decideremo, in sede di Ufficio di Presidenza, che tipo di interventi attuare. Sapete che la Commissione ha già votato in merito all'esercizio dei poteri di cui all'articolo 82 della Costituzione, e possiamo pertanto agire in qualunque momento, anche eventualmente mediante visite ispettive a sorpresa. Mi attiverò immediatamente per l'acquisizione del secondo filmato e nel corso della prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza decideremo come intervenire organicamente.

*I lavori terminano alle ore 15.*



