

ATTO CAMERA

RISOLUZIONE IN COMMISSIONE 7/00164

Dati di presentazione dell'atto

Legislatura: 18

Seduta di annuncio: 116 del 29/01/2019

Firmatari

Primo firmatario: [DE FILIPPO VITO](#)

Gruppo: PARTITO DEMOCRATICO

Data firma: 29/01/2019

Elenco dei co-firmatari dell'atto

Nominativo co-firmatario	Gruppo	Data firma
PINI GIUDITTA	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
CARNEVALI ELENA	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
CAMPANA MICAELA	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
PAGANO UBALDO	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
RIZZO NERVO LUCA	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
SCHIRO' ANGELA	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019
SIANI PAOLO	PARTITO DEMOCRATICO	29/01/2019

Commissione assegnataria

Commissione: [XII COMMISSIONE \(AFFARI SOCIALI\)](#)

Stato iter: IN CORSO

Atto Camera

Risoluzione in commissione 7-00164

presentato da

DE FILIPPO Vito

testo di

Martedì 29 gennaio 2019, seduta n. 116

La XII Commissione,

premesso che:

una persona su quattro, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, soffre di disturbi legati alla salute mentale, ma solo il 60 per cento dei malati cerca aiuto e, in particolare in Italia, secondo l'ultimo Rapporto sulla salute mentale (2016), sono 807.035 le persone con problemi di salute mentale assistite dai dipartimenti di salute mentale (esclusi i dati della regione Valle d'Aosta e della provincia autonoma di Bolzano). Del totale circa 310 mila sono entrati per la prima volta nella vita in contatto con i dipartimenti di salute mentale. In entrambi i sessi risultano meno numerosi i pazienti al di sotto dei 25 anni;

circa il 40 per cento delle richieste ai medici di base e il 20 per cento dei ricoveri sono conseguenti a patologie psichiatriche e la spesa sanitaria per le patologie di natura psichiatrica è di 3,5 miliardi di euro. 5 milioni di cittadini, circa, devono ricorrere alle cure private;

secondo le più consolidate evidenze scientifiche la metà di tutte le malattie mentali inizia all'età di 14 anni, ed è quindi fondamentale riconoscere da subito i sintomi delle patologie, tra cui spicca la depressione;

la legge 13 maggio 1978, n. 180, nota anche come «legge Basaglia» ha avviato in Italia un percorso di riforma della psichiatria e del superamento del rapporto tra malattia mentale e pericolosità sociale, al radicale mutamento del sistema dei trattamenti sanitari obbligatori nonché alla preferenza per servizi e presidi socio sanitari extraospedalieri di cura, prevenzione e riabilitazione diffusi nel territorio, per favorire l'inclusione sociale;

l'abolizione del rapporto disturbo mentale/pericolosità sociale sposta il fulcro dell'assistenza psichiatrica sul fronte dei diritti sociali, della fruizione delle prestazioni assistenziali volte a garantire il diritto fondamentale alla salute mentale, tutelato dall'articolo 32 della Costituzione e restituisce il diritto di cittadinanza alle persone con problemi di salute mentale;

dal 1978 ad oggi, gli unici atti di carattere generale che si sono occupati di normare i principi della legge 180 sono stati il progetto obiettivo *Tutela salute mentale 1994-1996* di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale n. 93 del 22 aprile 1994* e il progetto obiettivo *Tutela salute mentale 1998-2000*, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999*, testi sicuramente condivisibili, ma privi per propria natura della «forza» giuridica necessaria e ormai ampiamente datati;

lo stesso superamento dell'istituto del manicomio, pilastro della rivoluzione della «legge Basaglia», è stato lento e ci sono voluti circa vent'anni, perché gli ospedali psichiatrici fossero sostituiti da centri di salute mentale (CSM), da centri diurni (CD) per favorire la permanenza a casa, da strutture residenziali per chi ha bisogno di assistenza per lunghi periodi e da servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), cioè i reparti psichiatrici degli ospedali generali;

negli anni il sistema sanitario nazionale, nelle sue articolazioni regionali, ha organizzato su tutto il territorio nazionale la rete dei servizi per la salute mentale articolata, secondo quanto riportato nel rapporto salute mentale del Ministero della salute, in 163 dipartimenti di salute mentale, 1.460 strutture territoriali, 2.284 strutture residenziali che ospitano oltre 30.000 persone, 899 strutture semiresidenziali, 285 servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri, per un totale di 3.623 posti letto, oltre 22 unità ospedaliere accreditate per ulteriori 1.148 posti letto. Si tratta di una rete che garantisce ogni anno l'assistenza a più di 800.000 persone, grazie al lavoro di circa quarantamila operatori, guardato come un modello a livello internazionale;

nonostante tale organizzazione, oggi non sono pienamente attuate alcune scelte e non sono pienamente esigibili alcuni diritti prospettati dalla riforma della psichiatria a causa di una applicazione disomogenea per qualità, efficienza, efficacia da regione a regione e a causa delle risorse dedicate alla salute mentale dal servizio sanitario nazionale, anche nel raffronto con altri Paesi europei;

in particolare, i dipartimenti di salute mentale (Dsm) presenti nelle regioni vanno diminuendo di numero, in ragione di accorpamenti di più aree territoriali conseguenti a programmi di «razionalizzazione» e di contenimento delle risorse con conseguente estensione del bacino di utenza (in alcune regioni fino a 2 milioni di abitanti) che crea vere e proprie impossibilità di governo, ponendo fine alla dimensione della «piccola scala» che era uno dei principi fondativi della riforma del 1978 e del lavoro territoriale;

il quadro complessivo del personale dei Dsm risente non solo delle diminuite risorse finanziarie ma anche di difficoltà di investimento per quanto riguarda le risorse umane del servizio sanitario (si vedano ad esempio i recenti rapporti della Siep, la Società italiana di epidemiologia psichiatrica);

i Centri di salute mentale (Csm), presenti mediamente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100.000 abitanti), non sono equamente distribuiti e, in alcune regioni, per via delle razionalizzazioni e degli accorpamenti, vanno ulteriormente riducendosi di numero, insistendo su aree estese e popolazioni sempre più numerose, con fasce orarie di apertura ridotte e solo per 5 giorni alla settimana, facendo sì che gli interventi di gestione della crisi, di presa in carico individuale, di sostegno alle famiglie e all'abitare e di integrazione sociale finiscano per essere insufficienti o del tutto assenti;

il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) rappresenta, drammaticamente, l'unico servizio all'interno del territorio che risponde nell'arco delle 24 ore e il suo buon funzionamento è strettamente dipendente dalla coerente organizzazione dipartimentale e da un investimento rilevante sul Csm. La fragilità del servizio territoriale e spesso la totale mancanza di coordinamento e di comunicazione producono sovraffollamento, pratiche di contenzione, porte chiuse. Sono questi, infatti, i luoghi del trattamento sanitario volontario (Tsv) e del trattamento sanitario obbligatorio (Tso), e per la maggior parte (8 su 10) rimangono luoghi chiusi non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le associazioni di familiari e utenti, per il volontariato formalizzato e informale;

il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) regolamentato dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 (articoli 33-35), un atto composito, di tipo medico e giuridico, che consente l'effettuazione di determinati accertamenti e terapie ad un soggetto contro la sua volontà, che talvolta è stato praticato in modo violento con episodi estremi di morte del paziente, ha modalità di esecuzione diverse tra una regione e l'altra o anche nell'ambito della stessa regione. Differenze, queste, che espongono i cittadini a cattive pratiche e a lesioni dei loro diritti fondamentali, solo in ragione della loro appartenenza territoriale. Anche nelle statistiche il ricorso a questa pratica trova differenze molto significative (da un tasso di 6/100.000 per anno in alcune regioni a 30/100.000 in altre) mostrando ancora di più, e drammaticamente, le differenze delle politiche territoriali;

le «strutture residenziali» sono presenti in tutte le regioni e ormai consumano più della metà delle risorse regionali per la salute mentale e la tendenza a ricorrere al «posto letto residenziale» riduce irrimediabilmente la consistenza e la capacità di intervento dei servizi territoriali;

alcune strutture residenziali appaiono sovradimensionate nel numero, lontane dalla quotidianità dei paesi e dei quartieri, anonime, prive di oggetti, regolate ancora da logiche manicomiali. Spesso separate dal Csm, con *équipe* del tutto distinte e con profili professionali inadeguati, presentano un volto totalmente autoreferenziale. Sono dunque luoghi che non danno sbocco a forme di habitat/convivenza più autonome e integrate nella comunità;

solo con la legge 17 febbraio 2012, n. 9, e la legge 30 maggio 2014, n. 81, è stata stabilita la chiusura dei sei ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), le cui condizioni erano simili se non peggiori di quelle dei vecchi manicomi. Il superamento effettivo di queste strutture è stato completato nel 2017 per far posto non solo alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (REMS), ma soprattutto a percorsi di cura e riabilitazione individuali con misure di sicurezza non detentive (le Rems dovrebbero ospitare *ex lege*, non più di 20 posti letto);

anche in questo caso però, le differenze tra le singole regioni sono enormi, visto che a edifici all'avanguardia provvisti di spazi verdi, laboratori e aree ricreative, resistono strutture che assomigliano a piccole carceri in cui si applica ancora il regolamento penitenziario nonostante l'accordo della Conferenza unificata del 26 febbraio 2015;

al di là delle criticità evidenziate, è necessario diffondere una maggiore cognizione sulla curabilità dei gravi disturbi psichiatrici, dai quali si può guarire, avendo ben presente che, secondo le attuali conoscenze scientifiche, sono da considerarsi multifattoriali con componenti psicologiche, biologiche e sociali;

appare oggi sempre più urgente assicurare una uniformità di trattamento ai malati mentali su tutto il territorio nazionale, con interventi che si pongano in continuità con la legge 180 e con i progetti obiettivo «*Tutela salute mentale*»;

affinché si possa affermare un dibattito privo di conflitti ideologici, utile alla stesura di norme che partano dalle buone pratiche che esistono nel nostro Paese, è necessario che le istituzioni ascoltino e dialoghino con chi quotidianamente affronta la malattia mentale: le oltre 800.000 persone affette, i circa 2 milioni di familiari che le seguono, gli operatori del Servizio sanitario nazionale;

infine, se si riconosce che i bisogni e i diritti di chi soffre di disturbi mentali, anche gravi, sono da rispettare, diventa fondamentale che l'inclusione sociale, abitativa e lavorativa rientri a pieno titolo nel percorso terapeutico-riabilitativo visto che una delle maggiori problematiche aperte nel campo della salute mentale è rappresentata dalla difficoltà che gli utenti, le famiglie e i servizi hanno nel portare avanti percorsi di inserimento lavorativo. Ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68, le aziende hanno l'obbligo di assumere persone rientranti nelle categorie protette in relazione al numero dei propri dipendenti ed insieme alle cooperative sociali rappresentano una reale opportunità di impiego per chi soffre di disturbi psichiatrici anche gravi. Si tratta, però, di due possibilità ancora troppo poco utilizzate ed estremamente difficoltose per le quali un ruolo importante viene svolto dalla collaborazione tra i dipartimenti di salute mentale e le politiche sociali degli enti locali, come dimostrano le esperienze più avanzate,

impegna il Governo:

ad adottare iniziative per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio e disturbo mentali, promuovendo l'esercizio attivo dei loro diritti costituzionali e delle loro libertà fondamentali;

ad aggiornare, al fine di garantire l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, i livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, 12 gennaio 2017, privilegiando percorsi di cura individuali in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni, per una piena inclusione sociale secondo i principi della «*recovery*» e sulla base di un processo partecipato;

ad adottare, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, un nuovo piano nazionale per la salute mentale includendovi interventi, azioni e strategie finalizzati alla promozione della salute mentale, alla prevenzione del disagio e dei disturbi, al contrasto della discriminazione e delle violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali;

a promuovere la seconda conferenza nazionale per la salute mentale, per un confronto vero sulle condizioni del sistema di cura per la salute mentale, dal quale uscire con un rinnovato impegno per attuare i principi della legge n. 180 del 1978, a partire dal diritto alla tutela della salute mentale e dai diritti di cittadinanza, così come indicato dall'articolo 32 della Costituzione;

ad adottare iniziative per ricostituire la Commissione ministeriale salute mentale quale tavolo di confronto permanente tra il Ministero, le regioni e la società civile che rappresenti, a livello nazionale, le competenze degli operatori e gli interessi delle persone con problemi di salute mentale e delle loro famiglie;

ad adottare le iniziative di competenza per verificare il rispetto della normativa in materia trattamento sanitario obbligatorio in modo tale che vi sia uniformità di trattamento e di applicazione di questo istituto nei riguardi delle persone con disturbo mentale;

ad adottare iniziative per assicurare, in collaborazione con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della programmazione e dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale attraverso un approccio multisettoriale e intersettoriale, al fine di favorire l'inclusione nelle attività del territorio, promuovendo l'uso del *budget* di salute come strumento di integrazione sociosanitaria a sostegno dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali;

a considerare, come dichiarato dallo stesso Ministro della salute in data 13 ottobre 2018, la salute mentale quale obiettivo prioritario nell'ambito del piano nazionale prevenzione definendone, inoltre, adeguate risorse, in sede di riparto della disponibilità finanziarie per il servizio sanitario nazionale, visti anche i livelli essenziali di assistenza, da destinare alla tutela della salute mentale;

a mettere in campo iniziative concrete volte a far fronte alle drammatiche differenze nell'accesso alle cure e ai servizi forniti dai dipartimenti di salute mentale nelle varie regioni, a tal fine prevedendo l'inclusione di un *set* di indicatori specifici nei principali strumenti di valutazione del servizio sanitario nazionale, attraverso i quali monitorare l'impegno delle regioni nel superamento delle eventuali disuguaglianze evidenziate.

(7-00164) «De Filippo, Pini, Carnevali, Campana, Ubaldo Pagano, Rizzo Nervo, Schirò, Siani».

Classificazione EUROVOC:

EUROVOC (Classificazione automatica provvisoria, in attesa di revisione):

integrazione sociale

psichiatria

malattia