



U.N.A.Sa.M - odv  
Unione Nazionale delle Associazioni  
per la Salute mentale

## **AUDIZIONE UNASAM DECIMA COMMISSIONE SENATO – 06.11.2024**

***Ringraziamo la Commissione, i Senatori e le Senatrici, per averci concesso l'opportunità di essere auditi.***

L'UNASAM è una Organizzazione Nazionale a cui aderiscono 46 Associazioni di familiari e utenti dei servizi di salute mentale, impegnate in 17 regioni italiane.

E' stata fondata nel 1993 dalle Associazioni che si costituivano in Italia per sostenere i valori e i principi della Legge di Riforma Psichiatrica n.180 e per chiedere con forza la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il superamento di tutte le istituzioni totali e la creazione e diffusione dei servizi territoriali per la salute mentale.

Si è distinta negli anni per il suo forte impegno nella costruzione e approvazione dei due Progetti Obiettivo Nazionali Salute Mentale che hanno dato vita alla rete dei servizi di salute mentale su tutto il territorio nazionale e la difesa dei diritti umani per i percorsi di presa in cura delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale

L'UNASAM è l'organizzazione nazionale maggiormente rappresentativa, nel campo della salute mentale e, insieme ad altre 140 organizzazioni, ha promosso la Conferenza Nazionale autogestita Salute Mentale del 2019 e la costituzione del Coordinamento Nazionale Salute Mentale.

Per il prossimo 6 e 7 dicembre, il Coordinamento Nazionale, ha convocato, a Roma, la seconda Conferenza Nazionale autogestita che affronterà le gravi criticità che si riscontrano in gran parte dei servizi di salute mentale, in termini organizzativi (con la progressiva riduzione del personale in servizio) e in termini di risorse finanziarie dedicate.

Da almeno 15 anni, vi è stato, per scelte dei governi, un progressivo impoverimento di risorse umane e finanziarie non solo nei servizi di salute mentale, ma in tutto il sistema sanitario pubblico con uno spostamento di risorse dal servizio pubblico al sistema privato. Si registra, inoltre, un preoccupante arretramento culturale nelle pratiche dei servizi che violano i diritti umani, in particolare nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, nei reparti della Neuropsichiatria per l'Infanzia e Adolescenza, nelle RSA, nelle cliniche private e strutture residenziali di varia tipologia e capienza.

Ci riferiamo alle pratiche coercitive quali la contenzione fisica e meccanica, le porte chiuse, la prolungata ospedalizzazione e istituzionalizzazione, l'uso massiccio di psicofarmaci anche in forma depot della durata di 1 o più mesi, praticamente imposta, violando la libertà di scelta e le norme sul consenso informato. Mancano in gran parte dei servizi di salute mentale adulti e minori, percorsi di cura individuali e condivisi, orientati al miglioramento delle condizioni di salute e di vita delle persone.

Vi è un massiccio ricorso alla istituzionalizzazione che assorbe la stragrande maggioranza delle risorse pubbliche che potrebbero, se utilizzate diversamente e responsabilmente, migliorare le condizioni di vita e di salute delle persone.

Poco più di un mese fa, il Comitato Economico Sociale Europeo ha approvato un documento dal titolo "Servizi di Comunità per la Salute Mentale". Nel testo troviamo questo riferimento centrale per la salute mentale di comunità *"i servizi a livello comunitario dovrebbero essere luoghi aperti tutti i giorni, destinati a fornire una esistenza rispettosa e dignitosa, ad essere "casa", luoghi aperti 24 ore su 24, 7 giorni su 7, da cui parte il lavoro verso un determinato territorio con una popolazione definita non superiore a 80 mila persone, in cui entrano le città e i suoi gruppi informali, li attraversano, li trasformano, dove soprattutto le persone in crisi devono trovare risposte e, se necessario, anche una accoglienza prolungata notturna.*

Tutto questo, a parer nostro, può essere realizzato con le norme che abbiamo a disposizione. Non necessitiamo di nuove leggi ma di Piani d'Attuazione chiari e vincolanti per tutte le Regioni.

### **NEL MERITO DEI CONTENUTI DEI 4 DDL IN DISCUSSIONE**

**Sui DDL n.938 e n.734**, abbiamo poco da osservare. I contenuti possono essere condivisibili in quanto abbastanza in linea con la normativa vigente e i principi della nostra Carta Costituzionale, tuttavia, riteniamo che quei contenuti possono essere parte di un Nuovo Piano Nazionale Salute Mentale.

**Sul DDL n.1171** dichiariamo la nostra totale contrarietà alla visione neo-istituzionalizzante che emerge nell'articolato, all'accreditamento e normalizzazione delle pratiche coercitive, alla riproposizione del paradigma "malattia mentale = pericolosità sociale", alle proposte che emergono come ad esempio la triplicazione dei posti letto nei SPDC, la definizione di nuovi luoghi di controllo e pratiche di screening di massa. Indichiamo solo alcuni esempi che per brevità non leggerò:

Art.2 Sulla lettera f) esprimiamo grande preoccupazione laddove afferma: "adeguando l'offerta di posti letto nelle REMS secondo target di rischio individuale e sociale anche di massima sicurezza". Siamo assolutamente contrari all'ampliamento numerico delle REMS o dei posti letto in REMS ma anche alla differenziazione "secondo target di rischio". Riteniamo che le criticità presenti nelle REMS debbano essere superate con la corretta applicazione della Legge 81 che rimanda ai Dipartimenti di Salute Mentale la presa in carico delle persone autrici di reato in misura di sicurezza, evitando quindi, il più possibile,

l'invio in REMS, che potrebbero essere accolte nelle Comunità Terapeutiche ad alta o media intensità o in altre situazioni abitative, con una serie di prescrizioni e assistenza personalizzata. Non comprendiamo inoltre cosa si intende per "protezione osservazionale predittiva e trattamento preventivo proattivo". E' una proposta che rigettiamo in quanto azione di puro controllo paternalistico e repressivo di comportamenti che potrebbero essere ritenuti disturbanti, oppositivi, di contestazione (che non ha nulla a che vedere con la prevenzione, la cura e la riabilitazione), rivolto alla generalità delle persone.

Art.3 Si riferisce a nuove strutture adibite a residenza per le persone con disturbo mentale, riproponendo quindi l'istituzionalizzazione in luoghi non meglio specificati, strutture fortemente incentrate sul controllo sanitario e con misteriose "camere protette". I servizi di salute mentale di comunità devono puntare invece a piccole residenze, ad accesso volontario, nei contesti di vita delle persone e nel rispetto delle disposizioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità.

Art.5 E' abbastanza irrealizzabile prevedere "specifiche aree di attività" che il DSM dovrebbe svolgere all'interno delle Case di Comunità (inesistenti), quando non riesce a garantire l'apertura dei centri di salute mentale neppure per le "almeno 12 ore 6 giorni su 7" come previsto dall'ultimo Progetto Obiettivo Nazionale Salute Mentale, a causa del grave depauperamento di risorse umane e finanziarie.

Art.6 lettera a) La proposta di incrementare i posti letto nei SPDC "in misura di 1 posto letto ogni 5.000 abitanti" significherebbe portare gli attuali 4.803 posti letto a 12.000. Non solo è una proposta irrealizzabile per la sua dispendiosità ma significa considerare il posto letto centrale e prioritario rispetto ai servizi di salute mentale di comunità. Inoltre, il fine che viene dichiarato "affinché sia garantita la presa in carico anche di tipo preventivo proattivo con moduli residenziali dedicati a target specifici di pazienti..." è puramente di tipo repressivo/custodialistico per qualunque "comportamento" si consideri disturbante e fuori norma, quindi, una proposta di propaganda in piena violazione della Legge di Riforma n.180 e della stessa Carta Costituzionale.

Art.6 lettera b) questo contenuto è in netto contrasto col titolo dell'articolo in questione "Disposizioni per la revisione e il potenziamento dell'offerta della presa in carico ospedaliera" sia per quanto riguarda le figure professionali proposte, che per "il raccordo funzionale con i competenti uffici giudiziari".

Art.7 "Elaborare un piano nazionale di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio" L'ansia e la depressione sono condizioni umane di grande sofferenza determinate da una molteplicità di fattori. A quali misure di prevenzione "innovative sperimentali osservazionali" si fa riferimento? Rivolto a chi? Siamo tutti "osservazionabili"?

**Sul DDL n.1179 esprimiamo una totale disapprovazione e consideriamo l'articolato in aperta violazione della Legge n.180/78 e n.833/78 e di tutte le norme citate in premessa. Indichiamo qui di seguito alcuni passaggi che ci hanno particolarmente colpito (contenuti simili sono anche nel DDL 1171) e che per brevità dell'intervento non leggiamo:**

Art.1 punto 1) Inserire tra le finalità "la sicurezza e l'incolumità dei professionisti operanti presso i servizi per la salute mentale" lo consideriamo inaccettabile perché ripropone lo stereotipo malattia mentale/pericolosità sociale superato dalla Legge di Riforma n.180. Non sono le persone pericolose ma le situazioni che si vengono a determinare, e questo riguarda tutti gli individui indistintamente.

Art.1 punto 2 lettera a) Non è chiaro quali dovrebbero essere "le attività che consentano un'individuazione precoce dei disturbi mentali per una loro reale prevenzione"

Art.1 punto 2 lettera c) Le "forme coercitive" che non sono previste da nessuna norma in vigore non si devono "limitare", come indicato, ma evitare. La coercizione non è cura e determina nelle persone grave sofferenza, sfiducia e paura verso il servizio e i curanti, se non la morte come purtroppo accaduto.

Art.2 punto 5) preoccupa fortemente la prevista attività di screening e di approfondimento diagnostico. Il rischio reale di tale attività è la medicalizzazione e psichiatrizzazione di qualunque comportamento considerato non accettabile.

art.4 punto 1) non definisce la pianta organica dei Dipartimenti di salute mentale in termini numerici, ma fa una mera elencazione delle diverse professionalità.

Art.4 punto 2) è in totale contrasto con i compiti di esclusiva presa in cura dei servizi di salute mentale e si ripropone il concetto di "pericolosità sociale" delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale. Non è compito del Ministero dell'Interno "normare misure di sicurezza all'interno dei servizi di salute mentale". Le previste misure di "contenzione preventiva" sono incostituzionali, così come è inaccettabile "la valutazione continua dell'attualità del pericolo, attraverso un costante monitoraggio con riscontro in cartella clinica". Anche qui si ripropone lo stigma e il pregiudizio sulla pericolosità sociale di chi attraversa una condizione di disturbo mentale. Il compito dei servizi è decisamente altro e per evitare situazioni di rischio i servizi devono essere dotati di personale numericamente e professionalmente adeguato al carico di lavoro in quel determinato territorio. E non si devono mai perdere di vista le situazioni complesse che richiedono continuità e coinvolgimento di tutte le parti interessate sanitarie e sociali oltre tutte le persone di riferimento.

Riteniamo dannoso per i nostri familiari trasformare un servizio sanitario così importante e delicato in un luogo gestito con pratiche che nulla hanno a che fare con la salute mentale ma con un sistema di polizia. Ne riteniamo accettabile la proposta di "garantire la proporzionalità e l'adeguatezza delle misure contenitive" per le stesse ragioni.

Art.5 punto 4) la Legge di Riforma n.180 non prevede alcuna struttura specifica per l'effettuazione dell'ASO. La proposta, quindi, è in aperta violazione della Legge 180 e della Legge 833 e viola la libertà della persona.

Art.5 punto 6) il prolungamento del TSO da 7 giorni a 15 contrasta con la Legge di Riforma n.180 e riteniamo che devono essere effettuati

esclusivamente nel SPDC, nel CSM se ha i posti letto, o nel domicilio della persona interessata e inoltre, deve essere garantita la notifica del provvedimento alla persona direttamente interessata per poter esercitare il diritto al ricorso. Esprimiamo inoltre la nostra contrarietà all'aumento dei SPDC o dei posti letto in ciascun servizio, considerando assolutamente urgente e prioritario potenziare i centri di salute mentale, sia numericamente che nell'orario di apertura sulle 24 ore, 7 giorni su 7, come proposto dal CESE (Organo consultivo dell'Unione Europea).

Art.6 punto 3 lettera b) la proposta di aumentare i posti letto in REMS ne determinerebbe l'ingovernabilità e contrasta col disposto della Legge 81/2014. Siamo contrari sia all'aumento dei posti letto nelle singole REMS sia alla apertura di nuove REMS.

E' necessaria la corretta e integrale applicazione della Legge 82/2014.

Inoltre, la REMS non è l'unico luogo in cui accogliere persone in misura di sicurezza per un percorso di cura e riabilitazione.

Art.7 punto 1 lettera a) non è definito cosa sarebbero i "centri per la riabilitazione" diffusi sul territorio. Come organizzarli, quale personale, collocati dove?

Art.9 si ripropone lo stereotipo della pericolosità sociale anche con il titolo del presente articolo "Disposizioni per garantire l'incolumità dei famigliari". Le famiglie vanno sostenute adeguatamente e tempestivamente per evitare l'aggravarsi delle situazioni, anche con l'opportunità di un luogo abitativo alternativo, se utile, e la continuità della presa in cura condivisa.

Art.11 punto 1) siamo contrari al finanziamento delle attività di screening di cui all'articolo 2 comma 5 per le ragioni già dette precedentemente

### **LE NOSTRE CONCLUSIONI**

Ribadiamo la nostra posizione, frutto della nostra esperienza diretta sul campo ultradecennale, che non di nuove Leggi necessitiamo, ma di azioni concrete e urgenti per l'applicazione corretta delle norme già esistenti, anche attraverso lo strumento di un nuovo Piano Nazionale. Unitamente a tante altre Organizzazioni con le quali stiamo promuovendo la Conferenza Nazionale di dicembre, pensiamo che sia importante per le nostre famiglie, che la Commissione, il Parlamento e il Governo diano risposta alle criticità già evidenziate, che creano sofferenza e sfiducia, assumendo questi impegni:

- Rilanciare il diritto alla tutela della salute mentale e alle cure che veda protagoniste le persone con esperienza e i familiari, proporre l'aggiornamento dei LEA e la formulazione di un Nuovo Piano Nazionale Salute Mentale
- Riorientare i Dipartimenti di Salute Mentale verso una cultura, una organizzazione, una pratica di prossimità, radicata nel territorio, rispettosa delle norme internazionali sui diritti umani delle persone con disabilità, capace di garantire nella e con la comunità percorsi di presa in cura nell'ambiente di vita delle persone, anche durante le fasi critiche e

di acuzie, attraverso progetti personalizzati finalizzati alla ripresa e all'emancipazione abolendo qualsiasi forma di istituzionalizzazione, con una specifica attenzione alle persone più a rischio di esclusione, ai bambini e ai giovani, alle persone anziane.

- Garantire ai centri di salute mentale il ruolo di registi del sistema di cure in un territorio definito, con personale adeguato per numero, formazione, ruolo professionale, con un'ampia accessibilità quotidiana e un'elevata capacità di promuovere integrazione sociale, sanitaria, lavorativa, abitativa
- Abolire qualsiasi trattamento inumano e degradante, a partire dalla contenzione meccanica e farmacologica, e ogni forma di segregazione; eliminare i trattamenti senza consenso; garantire alle persone in cura l'esercizio dei diritti comprese le relazioni con le persone significative nella loro vita.
- Promuovere la partecipazione delle persone utenti dei servizi, dei familiari, delle associazioni che operano per la piena tutela della salute mentale e dei diritti umani, negli organi decisionali, favorendo la partecipazione attiva volontaria dei cittadini/e alle attività dei servizi come insegnano tante esperienze nazionali e internazionali sotto l'egida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Sviluppare nei servizi la qualità dei luoghi, delle relazioni, delle risposte insieme all'apertura costante con le comunità locali, come garanzia per la sicurezza degli operatori/operatrici e delle persone utenti.
- Stanziare un finanziamento adeguato per i Dipartimenti di Salute Mentale che assicuri il personale necessario e crei condizioni di lavoro rispettose dei bisogni e dei diritti di chi vi lavora e di chi usufruisce dei servizi offerti.
- Portare a termine la riforma che ha chiuso gli OPG con la L.81/2014, attraverso una legge che intervenga sulla non imputabilità per infermità mentale.
- Garantire il diritto alla tutela della salute mentale per le persone ristrette negli istituti penitenziari, favorendo programmi rieducativi, formativi e di inserimento al lavoro finalizzati alla costruzione di percorsi alternativi alla detenzione attraverso l'inclusione sociale.
- Garantire la tutela della salute mentale per le persone ristrette senza aver commesso alcun reato nei Centri di Permanenza e Rimpatrio per i Migranti.
- Utilizzare gli strumenti esistenti della co-programmazione e della cogestione per ridisegnare il rapporto tra pubblico e privato sociale nella salute mentale, sotto la guida e secondo i criteri del servizio pubblico per contrastare la delega e la subordinazione della cooperazione valorizzando l'impresa sociale.

Vi ringraziamo e speriamo vivamente che le nostre considerazioni e le nostre proposte possano trovare accoglimento.