

La seduta comincia alle 15,20.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti dell'ARAP (Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica), della SIP (Società italiana di psichiatria), della SOPSI (Società italiana di psicopatologia), dell'AILP (Associazione italiana libero-professionisti psichiatri), della DIAPSI (Associazione difesa malati psichici), di Nuova psichiatria, dell'UNASAM (Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale) e della DIAPSI.GRA (Associazione difesa ammalati psichici gravi).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione del progetto obiettivo « Tutela della salute mentale 1998-2000 », l'audizione di rappresentanti di ARAP, SIP, SOPSI, AILP, DIAPSI, Nuova psichiatria, UNASAM e DIAPSI.GRA.

Avverto che i rappresentanti della SOPSI hanno comunicato di non poter partecipare all'audizione odierna.

Saluto gli ospiti e li ringrazio per aver voluto corrispondere all'invito rivolto loro dalla Commissione di partecipare alla seduta odierna per recare un contributo all'indagine conoscitiva che inizia oggi. Porgo, anzi, le scuse della Commissione

per il disagio circa l'orario dovuto a problemi logistici di cui mi assumo personalmente la responsabilità.

La Commissione ha deliberato, nell'ambito delle attività istruttorie relative ai progetti di legge nn. 152, 174 e 844, concernenti la prevenzione e la cura delle malattie mentali, un'indagine conoscitiva sull'attuazione del progetto obiettivo « Tutela della salute mentale 1998-2000 ». Tale indagine — che auspico possa essere quanto più ampia ed estesa possibile — dovrebbe consentirci, in un settore tanto importante e sicuramente molto variegato, di conoscere le varie opzioni in campo nonché le diverse proposte che possono venire da chi è maggiormente impegnato in quest'area della salute. L'onorevole Burani Procaccini è stata nominata relatrice delle proposte di legge concernenti la prevenzione e la cura delle malattie mentali.

MARIA BURANI PROCACCINI. Signor presidente, intervengo solo per comunicare che l'onorevole Luana Zanella, del gruppo parlamentare dei Verdi, mi ha incaricato di porgere le sue scuse perché non è presente per ragioni di salute che le impediscono di seguire i nostri lavori, di cui, comunque, daranno conto i resoconti stenografici.

Anch'io desidero salutare e ringraziare gli ospiti della Commissione e dichiarare, spero anche a nome dei colleghi, tutta la disponibilità ad ascoltare la vostra esposizione anche perché la riforma di una legge così importante quale è stata la n. 180 del 1978 deve essere, il più ampiamente possibile, condivisa, dovendo affrontare uno degli argomenti di ampio allarme sociale più sentiti dalla nostra società in genere. Preannuncio, fin da ora, la più ampia disponibilità, come relatrice dei progetti di legge in materia, a recepire,

ove sia possibile, i contributi che vorrete portare nel dibattito; anzi, data la limitatezza del tempo, la Commissione valuterà eventuale materiale scritto ed ogni altra documentazione utile per la stesura finale del testo del progetto di legge.

PRESIDENTE. Considerato l'alto numero di interlocutori presenti per ogni singola associazione invitata a partecipare nella seduta odierna all'indagine, darò la parola ad un rappresentante di ciascuna. Non abbiamo limiti temporali teorici, ma in questa prima fase sarà difficile fare intervenire tutti. Nel corso del dibattito e, soprattutto, in sede di replica, vi sarà certamente spazio per gli interventi di tutti.

Do ora la parola ai nostri ospiti.

MARCELLA VANNI, Rappresentante dell'ARAP. Desidero anzitutto portare i ringraziamenti di tutti i soci ARAP ai deputati che — presentando proposte di legge al fine di consentire la cura anche ai malati che non riconoscano di essere tali — hanno infranto un tabù che dura da 23 anni, da quando è entrata in vigore la legge n. 180 del 1978. Allora tutti applaudimmo all'onorevole Basaglia; credo non vi sia stato nessuno che non abbia salutato con favore la chiusura dei manicomi, il progetto di dare dignità al malato di mente. Oggi, però, è anche importante che l'opinione pubblica sappia cosa è successo dopo l'entrata in vigore di quella legge; mi riferisco per esempio alla nascita di numerosi piccoli manicomi familiari, soprattutto per la cura di malati non consenzienti, quelli più gravi, che rifiutano i trattamenti sanitari. Quando si lamenta la mancata applicazione della legge n. 180 si dimentica che, invero, essa, nella sua filosofia, è stata attuata. Vi è, infatti, anche secondo tale normativa, il momento del trattamento sanitario obbligatorio che interviene quando il malato entra in crisi e, quindi, viene condotto in una struttura per essere sottoposto a trattamento; inoltre, permane la libertà di scelta per quella categoria di malati che pur non andando in crisi sono ugualmente molto gravi.

Il trattamento sanitario obbligatorio, come sappiamo tutti, si effettua negli ospedali generali presso il reparto diagnosi e cura: vorremmo sapere perché non si possa effettuare prima un'osservazione del malato, ovvero perché non si possa tenere in osservazione il malato, senza trattamento farmacologico, per capire in quale direzione orientare l'intervento.

Vorrei svolgere un'altra breve considerazione; noi apprezziamo molto l'impegno dell'onorevole Lumia e di altri deputati sulle condizioni dei manicomi. Abbiamo visto, anche attraverso la televisione, immagini raccapriccianti. Però, sarebbe anche opportuno effettuare qualche sopralluogo nei reparti diagnosi e cura degli ospedali generali dove, talvolta, i malati vengono « legati ».

Quanto all'aggiornamento ed alla modifica della legge n. 180, nel corso di questi 23 anni, gli altri paesi europei hanno continuamente aggiornato la normativa nel settore; in Italia, ciò non è stato possibile, pur essendo noti i disastri avvenuti in questo periodo. Non vi è stato un minimo di umiltà per verificare se vi fosse qualcosa da migliorare: qualsiasi legge era perfettabile, ma non la n. 180.

La nostra è un'associazione apolitica; forse, siamo stati invisi e malvisti in tutti questi anni, perché quando si dovevano denunciare aspetti sul cattivo funzionamento del settore, quando il servizio non prendeva in carico il malato — che invece doveva essere preso in carico —, abbiamo agito e l'abbiamo potuto fare perché la nostra associazione è formata solo da familiari di malati di mente; non abbiamo, infatti, operatori esterni nella nostra associazione, che è costituita — ripeto — solo da familiari di malati di mente. L'associazione è apolitica ma ha, nel suo ambito, diversi soci che manifestano simpatia per lo schieramento di sinistra. Ebbene, costoro, su tale specifico problema, vivendo quotidianamente una tragedia familiare, non riescono a capire perché il loro partito non prenda in considerazione quanto sta succedendo.

La legge n. 180 del 1978, tra l'altro, parla espressamente di protezione e difesa

dei più deboli; noi, per quanto possiamo constatare nell'ambito dell'associazione, vediamo che proprio i più deboli non sono protetti. Al riguardo, voglio portare la mia esperienza personale.

Mio figlio era destinato al ricovero presso l'ospedale psichiatrico giudiziario; poiché disponiamo di possibilità economiche, per far fronte a tale situazione molto pericolosa, siamo ricorsi ad un avvocato che ha compreso la situazione ed è riuscito ad evitare il ricovero. I figli di alcuni dei nostri associati sono stati ricoverati all'ospedale psichiatrico giudiziario perché non hanno avuto questa possibilità dal punto di vista sia economico, sia culturale: tutto ciò non significa proteggere i più deboli.

Vorrei porre una domanda: è civile lasciare che un malato sia abbandonato alla deriva, che sia deriso quando cammina per strada, che subisca abusi se è una ragazza o che rimanga incinta e le venga sottratto il figlio, perché malata di mente? È civile tutto ciò? Non lo crediamo. Abbiamo trascorso notti insonni e giorni nella disperazione, vedendo il proprio caro in preda alla follia e non potendo far nulla per aiutarlo. Ci siamo sentiti dire che bisognava aspettare, perché il malato ha i suoi tempi; passano i mesi e gli anni, il malato si cronicizza e non c'è più nulla da fare. A volte ritengo che sia criminale non poter intervenire durante l'insorgere della malattia, quando si sa che alcuni farmaci possono aiutare queste persone. È noto che la schizofrenia insorge tra i 16 e i 18 anni e poiché non si può intervenire, si può soltanto restare a braccia incrociate ad aspettare che il ragazzo se ne renda conto, ma, in questo modo, egli non si recherà presso il centro di salute mentale e non si sottoporrà ad alcun intervento, né di cura né di psicoterapia. Bisogna aspettare che si convinca: chi lo convincerà?

Durante le riunioni che si sono svolte presso le consulte, è stata lanciata l'accusa, in particolare nei confronti dei genitori dell'ARAP, di non volersi fare carico dei propri figli: reputo tale accusa una vergogna. Se avessimo questa intenzione,

avremmo potuto abbandonare i nostri figli per strada, come succede a tanti che non hanno famiglia, oppure a chi ha visto dissolversi i legami familiari a causa della malattia. Non è giusto rivolgerci un insulto di questa natura: crediamo che per abbattere lo stigma sia necessario, in primo luogo, curare il malato, anche se egli non è consenziente.

Vorrei ancora chiedere: perché i soldi impiegati per ricoverare i pazienti presso cliniche private convenzionate non sono stati utilizzati per creare cliniche pubbliche? Forse perché l'articolo 64 della legge n.180 del 1978 vietava nuove strutture psichiatriche? L'emergenza psichiatrica esiste ed i centri di salute mentale inviano i pazienti presso le strutture che operano nel settore, perciò è indispensabile che la struttura pubblica offra osservazione, diagnosi e cura per il tempo necessario.

Vorrei concludere invitando i componenti la Commissione a mettere da parte la propria collocazione politica ed a lavorare insieme per ricercare una soluzione ai gravi problemi che ho descritto, limitando i danni ed aiutando veramente chi è affetto da gravi patologie.

CARMINE MUNIZZA, *Presidente della SIP*. Ringrazio la Commissione per averci concesso l'opportunità di discutere dei problemi della psichiatria.

Vorrei dividere il mio intervento in tre parti, la prima delle quali concerne una brevissima descrizione della società italiana di psichiatria: rappresentiamo 6.000 soci e costituiamo la massima espressione degli psichiatri italiani, soprattutto di quelli che lavorano presso i servizi pubblici (per il 90 per cento). La nostra associazione è organizzata in sezioni regionali, presenti in tutte le regioni: solo la sezione della Valle d'Aosta è associata a quella del Piemonte e quella della Lucania con la sezione della Puglia. Siamo dunque consapevoli di quanto accade nel nostro paese e, poiché siamo una società scientifica, tendiamo a produrre ricerca riguardo l'organizzazione psichiatrica in Italia. Qualche tempo fa ho avuto un incontro con il presidente Palumbo, al quale ho

illustrato la situazione ed ho presentato una sintesi della ricerca, che consegno anche ai membri della Commissione. Ho avuto un incontro anche con l'onorevole Burani Procaccini, che si è svolto molto piacevolmente nelle terre piemontesi, per cercare di capire come affrontare i problemi del nostro settore.

Svolgo la seconda parte del mio intervento sullo stato di attuazione dell'assistenza psichiatrica nel nostro paese, fornendo alcuni dati elaborati dal centro studi e ricerche in psichiatria della nostra associazione ed alcuni dati prodotti dall'Istituto superiore di sanità.

Per quanto riguarda la disponibilità delle strutture, nel nostro paese esistono 320 servizi psichiatrici di diagnosi e cura, per un totale di oltre 4.000 posti letto; 65 case di cura private per un totale di 5.600 posti letto; 1.341 strutture residenziali, sia pubbliche che private, per un totale di 17.343 posti letto; 257 posti in *day hospital*, 645 centri di salute mentale, 481 centri diurni, 433 imprese sociali che occupano circa 4.000 persone.

I numeri sono noiosi, ma ho voluto citare queste cifre per dimostrare l'impegno del nostro paese rispetto al problema della salute mentale. Tale impegno non indica una situazione in cui non esistono problemi, ma segnala che un percorso è iniziato relativamente da poco tempo: tutta la sanità del nostro paese ha oltre un secolo di storia mentre la psichiatria di comunità risale al 1978, ovviamente con tutti i problemi che si sono avuti.

La regolamentazione ha inizio con il primo progetto obiettivo nel 1996: sono dunque trascorsi pochi anni. A mio avviso, non tiene conto della realtà chi pensa che un'organizzazione tanto complessa possa trovare realizzazione completa in così pochi anni.

Nell'organizzazione psichiatrica del nostro paese lavorano circa 30.000 persone di cui oltre 5.000 medici, 1.800 psicologi, 16.000 infermieri professionali, molti assistenti sociali, per una spesa totale stimata dai 4 ai 5.000 miliardi. Non si può, dunque, affermare che non esista assistenza psichiatrica di comunità; essa ha

una propria storia molto caratterizzata, che inizia con l'opera grandiosa di Franco Basaglia, che ha coinvolto direttamente gli psichiatri.

Vi lascio alcuni dati di tale ricerca, effettuata su tutto il territorio piemontese — quindi, ventidue dipartimenti di salute mentale — nonché, a campione, sui centri di Genova, Como, Bolzano, Trieste, Venezia, Modena, Roma, Napoli e Catania. Si è cercato, quindi, in qualche modo, di approfondire il fenomeno sul piano nazionale, utilizzando una metodologia internazionale; l'indagine ha avuto un finanziamento da parte della Comunità europea, del Ministero e della regione Piemonte. Perciò, le risorse pubbliche hanno, in qualche modo, concorso a finanziare la ricerca, con la quale, tra l'altro, si è cercato di mappare le aree attraverso indicatori socio-demografici. Si è, cioè, cercato di mappare le strutture presenti in quell'area e di definire i livelli di specializzazione delle prestazioni prestate.

Ribadisco il discorso degli indicatori socio-demografici dell'area perché, molto spesso, si parla di un finanziamento asettico del 5 per cento rispetto alla situazione nazionale: ebbene, è un gravissimo errore riferire ciò senza ulteriori specificazioni. Credo si debba pensare a finanziamenti legati ad indicatori di deprivazione sociale. Lasciatemi dire che sono nato in un paese della Calabria nel quale i pazienti psichiatrici usufruivano di una rete che permetteva loro una qualità di vita diversa da quella di cui godono nella città di Torino, luogo dove svolgo la mia attività. Quindi, credo che i finanziamenti vadano connessi ad indicatori di deprivazione sociale quali i tassi di disoccupazione, la solitudine di vita, il superamento di una certa età e quant'altro. Fatte tali precisazioni, dall'indagine emerge che la continuità assistenziale è realizzata attraverso l'operato del centro di salute mentale ed è prevalentemente interna al dipartimento. In qualche modo, il dipartimento di salute mentale, dove esiste, cerca di dare risposte abbastanza complessive a tutto il percorso del

paziente psichiatrico, avendo come fulcro e punto di coordinamento il centro di salute mentale.

L'organizzazione ha maturato esperienze di gestione in una logica di costi coerenti con il principio della contribuzione economico-finanziaria; il dipartimento di salute mentale ha un *budget* specifico. L'organizzazione per la salute mentale è fortemente unitaria, con componenti strettamente integrate tra loro: le agenzie, cioè, sono collegate ed il percorso del paziente grave — dal centro di salute mentale al servizio psichiatrico di diagnosi e cura, alla eventualità della struttura comunitaria, al centro diurno — ha un punto di riferimento, che è il centro di salute mentale. Anche l'integrazione con i distretti è abbastanza funzionale e tendenziale.

L'organizzazione assorbe risorse finanziarie che variano dal cinque al dieci per cento delle risorse disponibili per l'azienda. Mi spiego meglio: in una situazione come quella della regione Piemonte, Torino centro ha un volume di spese per il settore psichiatria che ammonta al 7,9 per cento del *budget* dell'azienda; a Tortona, che è un paesino ridente dell'alessandrino, la spesa è del 2,8 per cento. Le situazioni, cioè, sono differenti, anche perché a Torino centro, ad esempio, arrivano grandi flussi di immigrazione.

Pertanto, la psichiatria ha realizzato condizioni organizzative di gestione e di erogazione dell'assistenza avanzate rispetto allo stato di sviluppo disponibile, in genere, per i servizi sanitari di livello territoriale e per quello ospedaliero. Vorrei ricordare, in questa sede, che la sanità pubblica, nel nostro paese, sta apprendendo dalla psichiatria il modo di connettere insieme ospedale e territorio, che è il futuro dell'organizzazione sanitaria. Infatti, con le maggiori aspettative di vita e l'invecchiamento progressivo della popolazione, non si può pensare di dare una risposta eminentemente ospedaliera. Ovviamente, se tali sono i punti di forza, esistono tuttavia anche alcuni punti critici. L'organizzazione tende a conservare la sua situazione di isolamento marcando confini

che rischiano di trasformare una condizione positiva per l'evoluzione dell'assistenza psichiatrica in una condizione negativa di mancato conseguimento di ulteriori obiettivi di sviluppo. In qualche modo, essa ha costituito quasi un mondo a sé stante che ha difficoltà a collegarsi con le altre realtà della sanità.

L'elemento più preoccupante consiste nella circostanza che l'organizzazione, a mio avviso proprio perché si è occupata molto della necessità di organizzare nuovi servizi, ha guardato meno alla qualità; quindi, uno dei grossi problemi che ha l'organizzazione della salute mentale consiste nello sviluppare un percorso di qualità all'interno delle strutture dove si lavora. Giustamente ricordava chi mi ha preceduto che bisogna, in qualche modo, verificare cosa succede anche là dove i dipartimenti siano completi. Perciò, un invito che la società italiana di psichiatria rivolge alla Commissione è quello di procedere di nuovo a verifiche a campione sui dipartimenti di salute mentale nel nostro paese. La società italiana di psichiatria è disposta ad offrire i propri tecnici alla Commissione perché si possa valutare insieme cosa sta succedendo. Tale è lo stato complessivo nel nostro paese; sicuramente, dunque, esistono non soltanto situazioni ottimali ma anche elementi critici di un certo spessore.

Rispetto alle proposte di legge, soprattutto alla n. 174, presentata dall'onorevole Burani Procaccini, la Società italiana di psichiatria ha emesso un comunicato, che voglio far conoscere al presidente e a tutti i membri della Commissione, in cui ha preso posizione su tale aspetto. Considerata la sua importanza, ne do lettura: « La guerra di religione che si è accesa a proposito della legge n. 180 solo in minima parte è espressione di difficoltà e contrasti interni al mondo della tutela della salute mentale; in larga misura, invece, essa è il prodotto di conflitti e contrapposizioni ideologiche che a quel mondo sono estranei ». Il comunicato, poi, continua rilevando che, al di là degli schieramenti politici ed ideologici, noi riteniamo che la legge n. 180, confermata

dalla legge n. 833 del 1978, non sia il soggetto appropriato per una guerra di religione.

Osservo, infatti, che tale legge, pur essendo nata in un momento politico particolare e pur essendo stata generata, in misura significativa, da un movimento politicamente connotato, ha una valenza sul piano tecnico e socioculturale e una visibilità a livello internazionale che il mondo politico di oggi non può ignorare. La legge n. 180 è una legge-quadro che fissa alcuni principi generali di cui i più significativi sono: il superamento degli ospedali psichiatrici; l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nel servizio sanitario nazionale; l'orientamento prevalentemente territoriale dell'assistenza psichiatrica; la limitazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ad alcune situazioni ben precisate. Si tratta di principi largamente condivisi dagli operatori della salute mentale e, ci sentiamo di affermare, anche dagli utenti e dalle loro famiglie. Il superamento degli ospedali psichiatrici, che per anni è parso a molti impossibile, è oggi una realtà che tutti considerano irreversibile; inoltre, non si può negare che, grazie alla legge n. 180, la maggior parte degli italiani abbia imparato ad avere nei confronti delle patologie mentali un rispetto ed una tolleranza maggiori rispetto al passato.

La legge n. 180, confermata dalla n. 833 del 1978, delegava alle regioni il compito di individuare le strutture per la tutela della salute mentale e l'inadempimento di diverse regioni ha creato, per molti anni, una situazione di incertezza e confusione. Tuttavia, nel 1994 e nel 1999, due progetti obiettivi, emanati con decreto del Presidente della Repubblica, hanno definito, in maniera chiara ed articolata, come la tutela della salute mentale debba svolgersi, quali siano le strutture nelle quali i dipartimenti di salute mentale debbano articolarsi, quante debbano essere tali strutture e quanti utenti debbano accogliere.

Le strutture previste dai progetti obiettivi sono state realizzate solo in parte, gli organici dei dipartimenti di salute mentale

rimangono carenti ed il disagio delle famiglie e delle persone con patologie mentali gravi è assai serio in molte regioni del paese. Tra i presidi elencati nei progetti obiettivi vi sono anche le strutture residenziali destinate a far fronte ai bisogni di lunga assistenza delle persone con patologie mentali gravi. Sono previste strutture residenziali a vari livelli di protezione per situazioni di diversa gravità; è, altresì, prevista la partecipazione del privato, sociale ed imprenditoriale, alla gestione di tali strutture, mentre il numero massimo di posti letto è fissato in venti. Le proposte di legge attualmente all'esame del Parlamento mettono in discussione tre aspetti principali dell'attuale organizzazione dell'assistenza psichiatrica: il numero e le caratteristiche delle strutture residenziali; il ruolo rispettivo del pubblico e del privato nell'assistenza psichiatrica; i luoghi e le modalità di attuazione del trattamento sanitario obbligatorio. Si tratta di problemi che, a nostro parere, è legittimo sollevare.

Mi pare che il primo punto sia già stato superato; la Società italiana di psichiatria si impegna a fornire sugli altri due punti un documento scritto, poiché abbiamo avviato due gruppi di lavoro che hanno realizzato due elaborati; attendiamo la riunione del consiglio direttivo per definirli meglio.

Vorrei sottolineare che il trattamento sanitario obbligatorio rappresenta la parte più delicata della psichiatria. Gli psichiatri non vogliono sottrarsi né agli aspetti di « controllo » che la loro professione comporta (bisogna capire come mettere in atto tale controllo), né ai bisogni di cura dei pazienti, siano essi consenzienti o meno (si tratta di bisogni reali), e neppure alle richieste delle famiglie. Dobbiamo raggiungere un equilibrio tra le esigenze espresse dai diversi soggetti: il paziente, nel rispetto della sua libertà e dignità, le famiglie, con i compiti di cura di cui si fanno carico, la collettività, che ha bisogno di sicurezza. Deve essere molto chiaro che quello che si sottrae ad uno di questi attori, lo si concede agli altri: se ci preoccupiamo eccessivamente del controllo sociale, ri-

schiamo di perdere la dignità e la libertà del paziente e lo stesso accade nel caso del carico familiare; credo che una società civile debba considerare l'articolazione complessiva di tali esigenze.

Lascio volontariamente sullo sfondo gli operatori ed i *decision maker*; tutti gli attori debbono ricercare un punto di equilibrio, che la legge n. 180 del 1978 aveva provato a stabilire: può darsi che essa debba essere superata (non è un feticcio) e la Società italiana di psichiatria è disponibile a collaborare, ma nello spirito del rispetto dei bisogni di questi attori.

Credo che esista uno strumento tecnico che viene poco utilizzato (ne domando la ragione): l'Osservatorio nazionale della salute mentale. Bisogna decidere se potenziarlo oppure escluderlo: potrebbe essere importante un tavolo dove convogliare le varie istanze, per trovare un accordo sui vari problemi.

Secondo la società italiana di psichiatria il problema non consiste tanto nel varare una nuova legge, quanto nel regolamentare in modo chiaro le varie esigenze presenti: sarebbe auspicabile un regolamento di quanto già esiste, senza troppo stravolgere la situazione; se ciò non fosse possibile, potremmo continuare a discutere per trovare un punto d'incontro.

Insistiamo — poiché i problemi che emergono maggiormente sono relativi al trattamento di pazienti non consenzienti — sul fatto che dovremmo tentare di trovare un punto di equilibrio che tenga conto dei bisogni di tutti gli attori.

MARIA BURANI PROCACCINI. Terremo senz'altro presenti le osservazioni che vengono avanzate, perché questo è il nostro compito.

ALBERTO PETRACCA, *Rappresentante dell'AILP*. Ringrazio il presidente ed i componenti la Commissione per l'invito che ci è stato rivolto. La nostra associazione è giovane, è sorta da soli 5 anni, raccogliamo circa 600 psichiatri che praticano la libera professione. Al contrario di quanto è sempre accaduto in passato, avvertiamo da diversi anni l'esigenza di

assumere un ruolo, non soltanto individuale, in grado di rappresentare le istanze delle varie componenti dell'assistenza psichiatrica in Italia.

La legge n. 180 rappresenta un patrimonio della psichiatria, ha spostato il centro dell'assistenza nel territorio, nella comunità (è un dato importante); ha smantellato una struttura fatiscente e ormai sorpassata, custodialistica come l'ospedale psichiatrico, che era anche fisicamente distaccata dai poli sanitari dell'assistenza; ha introdotto la psichiatria nell'ospedale generale ed ha reso possibile considerare le malattie mentali veri e propri disturbi. Questi, secondo noi, sono aspetti importanti della legge n. 180, che oggi può essere migliorata, ma solo dopo un'accurata valutazione e dopo convincenti e giustificate evidenze in merito alla qualità di cura e assistenza, tenendo conto dei suoi punti di debolezza.

Vorremmo sottolineare un aspetto concernente la libertà di scelta del medico e del luogo di cura, presente nella Costituzione. Recentemente anche il TAR del Lazio, giudicando un ricorso che avevamo presentato riguardo la prescrizione di un importante antipsicotico (la clozapina) e delle limitazioni esistenti nella prescrizione di tale farmaco a livello della pratica privata, ha fornito una ben precisa indicazione, precisando che: « nel nostro ordinamento il diritto alla salute trova esplicazione attraverso la combinata ed equilibrata utilizzazione di strutture e professionisti pubblici e privati. Ne deriva che, anche per quanto riguarda la cura delle patologie psichiatriche sarebbe necessario porre sullo stesso piano e facilitare un'integrazione tra prestazioni svolte in ambito pubblico e privato ».

Questa indicazione è presente nel codice deontologico dei medici e nella legge n. 180, che al primo comma dell'articolo 1 cita il diritto del paziente a compiere una scelta per quanto riguarda il luogo di cura anche in relazione al trattamento sanitario obbligatorio. In questo senso riteniamo importante che, in relazione a possibili modifiche di riforma dell'assistenza psichiatrica della legge n. 180, si delinei il

diritto del malato a non essere discriminato. Purtroppo tale diritto oggi spesso non è rispettato; ad esempio, per numerosi farmaci, alcuni dei quali sono stati ricordati (farmaci antipsicotici di nuova generazione, di grande importanza per un ambito ristretto di pazienti che possono averne necessità, rispetto all'assistenza psichiatrica in generale), nonostante l'abolizione delle note 71 e 71-bis risalente ad un anno fa, sono state reintrodotte una serie di limitazioni legate ad una interpretazione della normativa a nostro avviso dubbia che impediscono ad un paziente di scegliere liberamente il proprio medico, in modo da ricevere cure moderne, adeguate, internazionalmente riconosciute dalla comunità scientifica come valide, efficaci e con minori effetti collaterali. Tutto ciò deve essere obbligatoriamente sottoposto al vaglio della struttura pubblica, perché, in caso contrario, il paziente deve farsi carico del costo complessivo della cura.

Ciò, a nostro avviso, costituisce una limitazione notevole perché va contro un altro principio fondamentale presente nella legge n. 180 del 1978 e nell'assistenza psichiatrica, quello della continuità terapeutica. Riteniamo importante che un paziente possa essere seguito in maniera continuativa dal proprio medico, liberamente scelto, anche attraverso la possibilità di un accesso integrato ai servizi pubblici. Per tali motivi, riteniamo sia altresì importante cercare di trovare forme organiche di collaborazione ed incontro tra i servizi pubblici di assistenza psichiatrica e la pratica privata. Ciò, a nostro avviso, consentirebbe al paziente di poter usufruire di un approccio completo ed ampio, tale da non limitarne, appunto, il diritto a scegliere medico e luogo di cura; il ruolo della pratica privata, del resto, viene assumendo un'importanza sempre maggiore.

I progressi delle neuroscienze e della psicoterapia, negli ultimi dieci-quindici anni, hanno determinato una serie di cambiamenti molto importanti; in primo luogo, molti disturbi sono diventati curabili, pur non essendolo stati per l'innanzi. Si è, quindi, ampliata molto la domanda di

salute emergente dalla società; ricordo al riguardo che se, da un lato, le forme psicotiche e schizofreniche hanno una prevalenza annuale inferiore all'uno per cento, dall'altro, considerando tutte le altre patologie, che comprendono i disturbi dell'umore, in tutte le forme, anche le più gravi, nonché i disturbi bipolari, d'ansia, del comportamento, quelli legati ad uso di sostanze o all'alcolismo, le percentuali sono decisamente più elevate. Gli studi più recenti ci dicono che la prevalenza complessiva annuale di tutti questi disturbi arriva ad essere vicina al 30 per cento. Tutto ciò fa capire, quindi, come vi sia una grande domanda di salute mentale in Italia.

Il presidente della SIP, in un editoriale dell'ottobre scorso de *Il Sole 24 Ore*, riconosceva una realtà di fatto e cioè che in Italia, non solo il 55 per cento delle richieste di assistenza in acuto, ma anche una larghissima quota delle patologie croniche vengono soddisfatte dal « privato ». Inoltre, persino l'assistenza a livello ambulatoriale — non è stimata esattamente ma le percentuali, anche internazionali, sono, in questo senso, molto chiare — è decisamente davvero ampia. Negli Stati Uniti, uno studio recente su un certo numero di psichiatri, ha dimostrato come l'undici, il dodici per cento di essi — circa 12.000 — svolgono attività privata. La ricerca ha altresì rivelato che il *trend*, dal punto di vista delle categorie diagnostiche, vede nella professione privata soprattutto un *target*, costituito dalla patologia dell'infanzia, dell'adolescenza e dalla patologia dei disturbi legati all'uso di sostanze.

Ebbene, adesso sappiamo che tali problematiche — sia per l'insorgenza precoce sia per le complicanze legate all'uso di sostanze sia, infine, per altro ancora — hanno, potenzialmente, la prognosi peggiore. Quindi, l'intervento che la pratica privata compie — non solo in Italia ed in altri paesi occidentali — ha carattere anche preventivo. Oggi, infatti, nell'esercizio della professione privata, è viepiù maggiore la possibilità di riuscire ad intervenire su patologie che se non venissero trattate adeguatamente — se non avessero, quindi,

una risposta concreta in tutta Italia — costituirebbero certamente un ulteriore motivo di aggravio per l'assistenza pubblica. Tutto ciò, quindi, richiede, a nostro avviso, una collaborazione organica tra le strutture, i servizi pubblici e l'offerta del « privato ». Si tratta, del resto, di un aspetto che il progetto obiettivo 1998-2000 prevedeva in più punti, teorizzando proprio un patto per la salute mentale, patto nel quale dovevano essere rappresentate tutte le varie componenti dell'assistenza psichiatrica italiana, tra le quali anche, appunto, i servizi privati.

Anche la nostra associazione si propone di raggiungere un'integrazione ed una collaborazione reciproca affinché il paziente possa scegliere liberamente il proprio medico usufruendo, alla bisogna, a seconda della patologia in corso, delle strutture private o di quelle pubbliche. A tale scopo, occorre vi sia un'omogeneità nel modo in cui il paziente viene trattato nonché la possibilità di interscambio e di informazione — che deve essere strutturale — tra il medico che lo ha in terapia e i servizi pubblici. In questo senso, proprio affinché la qualità ed il controllo dell'assistenza a livello privato non siano, come è sempre stato finora, lasciati a se stessi, chiediamo, per esempio, che anche per la professione privata vengano applicate le normative sulla formazione continua. Quindi, i crediti previsti con riferimento al medico della struttura pubblica andrebbero estesi anche alla struttura privata; dovrebbe, quindi, venire assicurato un controllo di qualità di quanto il « privato », oggi, è in grado di offrire.

Di tutto ciò dovrebbero tenere conto le proposte di riforma della legge n. 180 del 1978: le abbiamo esaminato e abbiamo riportato le nostre considerazioni in un testo scritto. In esso si fa riferimento ad aspetti che vanno dal trattamento sanitario obbligatorio — aspetto che, nel « privato », ci vede spesso coinvolti direttamente e per il quale pure si rende necessaria, dunque, un'integrazione — alle problematiche relative alle strutture residenziali, specie se di media o lunga degenza (a nostro avviso, l'anello debole

dei servizi psichiatrici pubblici), alle questioni riguardanti la formazione, l'aggiornamento e la ricerca. Su ciò abbiamo predisposto un testo scritto che consegniamo alla Commissione per non prolungare oltre i tempi del nostro intervento.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Vorrei anzitutto precisare che il professore Nicola Lalli si scusa ma, per urgenti motivi clinici legati alla cura dei suoi pazienti, non è potuto intervenire. È presente il collega Tropeano, anch'egli rappresentante della medesima associazione.

Lasciamo a disposizione della Commissione del materiale informativo; chiederei, quindi, al presidente se consente a me e al dottore Tropeano di svolgere due distinti interventi, pur osservando il limite di tempo convenuto.

PRESIDENTE. Sta bene, ma i tempi restano quelli indicati.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Farò una brevissima premessa, mentre il dottore Tropeano fornirà alcune indicazioni sull'esame dei dati.

Desideravo prospettare un'analisi delle cause — e so che l'espressione può scandalizzare — del largo insuccesso della legge n. 180 del 1978. Confesso il mio imbarazzo, costituendo, noi, una piccola associazione, di fronte alla SIP ed alle altre associazioni. Spero che la dimensione non rappresenti un *handicap* rispetto ai contenuti; si sa, del resto, che i cambiamenti avvengono, spesso, ad opera di minoranze che poi diventano maggioranze. Quindi, pur con tutto il dovuto rispetto, non voglio dare l'impressione di un'eccessiva insicurezza: la nostra piccola associazione vuole esprimere, infatti, il suo parere personale.

Vorrei innanzitutto osservare che il dibattito ha assunto toni pirandelliani: l'onorevole Burani Procaccini ha presentato un testo criticato e criticabilissimo, ma ha dimostrato un notevole coraggio politico. Qualcuno ha paventato guerre di religione: purtroppo, la psichiatria è stata, e continua ad essere, oggetto di guerra di

religione, ma nel senso esattamente opposto a quello indicato poc'anzi. Dopo vent'anni si sono evidenziate gravi carenze nell'assistenza, che non possono essere solo espressione di cattiva volontà di operatori ed amministratori, bensì la dimostrazione di difetti strutturali della normativa. Ogni accenno a modifiche della legge n. 180, che rappresenta un totem ed un tabù, scatena, di norma, reazioni viscerali e l'accusa di riscoprire il « manicomialismo ». Dobbiamo considerare in modo laico la famosa legge n. 180 e metterla in discussione: se il quadro dell'assistenza oggi è largamente insufficiente rispetto ai bisogni, dobbiamo dire che essa deve essere modificata, non marginalmente, ma nella sostanza e la proposta di legge dell'onorevole Burani Procaccini ha questo senso.

Vi ringraziamo dell'opportunità che ci è stata offerta con l'invito odierno, che riteniamo molto utile ma, forse, un solo incontro non è sufficiente per tracciare un quadro completo.

Come chiariremo in seguito, la discussione sul progetto obiettivo non esaurisce minimamente la questione: se assumiamo il presupposto che il progetto obiettivo non ha funzionato, non tanto perché non è stato applicato, quanto perché è strutturalmente inadeguato dato che possiede un certo retroterra legislativo, il tema principale non è il progetto obiettivo ma la modifica della legge.

GIUSEPPE TROPEANO, *Rappresentante di Nuova Psichiatria*. Credo sia vero quanto affermato dal collega Inzerilli: stiamo discutendo di un tema assolutamente incandescente, poiché durante gli ultimi due anni, in cui la nostra giovane associazione ha incontrato tutte le associazioni di familiari, il punto nodale della discussione è stato sempre...

MAURA COSSUTTA. Siete operatori universitari o ospedalieri?

GIUSEPPE TROPEANO, *Rappresentante di Nuova Psichiatria*. Siamo essen-

zialmente medici ospedalieri, seppure docenti di scuola di specializzazione universitaria.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova Psichiatria*. Vorrei capire il significato di questa domanda.

GIUSEPPE TROPEANO, *Rappresentante di Nuova Psichiatria*. La domanda dell'onorevole Cossutta è ispirata al giusto desiderio di conoscere meglio la connotazione dell'associazione. È assente oggi, purtroppo, il professor Lalli, primario di psichiatria universitario, il dottor Giovanni Inzerilli è l'ex direttore del dipartimento di salute mentale di Latina, da lui diretto per trent'anni, mentre io sono medico ospedaliero: sono dunque rappresentate tutte le agenzie psichiatriche.

Il punto nodale è il seguente: abbiamo o no, all'interno del progetto obiettivo del novembre 1999, uno strumento di legge sufficiente a creare una psichiatria dignitosa in Italia? Riguardo ciò si sono avuti scontri appassionati: è necessario capire, come accennava il dottor Inzerilli, se vi sono motivi contingenti (una mancata applicazione delle norme) oppure strutturali.

Vorrei svolgere alcune considerazioni riguardo i dati che il professor Munizza ha citato, che mi sembrano importantissimi. I centri di salute mentale, in media, sul territorio nazionale sono in numero maggiore di quello previsto dallo *standard* del progetto obiettivo, così come le strutture residenziali: in provincia di Trento i posti residenziali sono 841 per 10 mila abitanti, 8 volte superiori agli *standard*. Si tratta di un dato sconcertante, che indica che anche in una provincia dove notoriamente il progetto obiettivo (che, ripeto, è un'ottima e condivisibile dichiarazione di intenti) è stato realizzato, emerge dalla comunità il bisogno di strutture protette ben superiore a quello previsto.

Un altro dato importante è stato citato dal professor Munizza in relazione agli SPDC (servizi psichiatrici di diagnosi e cura): manca circa un terzo dei posti letto previsti. La degenza ospedaliera psichiatrica rappresenta il punto più basso toc-

cato dall'ospedalizzazione medica italiana: su circa 10 mila posti letto, il 45 per cento è gestito dalla struttura pubblica, il restante 45 per cento è gestito da 65 cliniche private. Questo enorme impatto dell'ospedalità privata — che non trova riscontro nelle altre specialità medico-chirurgiche per le quali, se non sbaglio l'80-84 per cento delle strutture è pubblico, mentre il restante è privato — deve indurre alcune riflessioni.

La prima riguarda l'articolo 64 della legge n. 833 del 1978 (ex legge n. 180 dello stesso anno), che fa esplicito divieto di erogazione di assistenza psichiatrica alle cliniche convenzionate che, con una certa ipocrisia, sono state ridefinite cliniche neuropsichiatriche. Tralascio di sottolineare (è a conoscenza di tutti gli psichiatri, dei pazienti e dei loro familiari) la drammaticità della situazione della degenza ospedaliera: tre giorni fa il ministro della sanità ha citato gli ospedali italiani come luoghi che si avviano a essere evitati anche dagli zingari. Possiamo immaginare cosa siano i nostri servizi psichiatrici, dove zingari ed extracomunitari vengono senz'altro ricoverati e dove invece fasce diverse di pazienti, non so se più fortunate o più sfortunate, non trovano disponibilità.

Vorrei citare il problema dell'epidemiologia e della raccolta di dati, giustamente tenuto in grande considerazione dalla Sip, di cui mi onoro di far parte. L'epidemiologia psichiatrica non si può basare sui dati di cronaca perché non porterebbe molto lontano. Ricordate le polemiche seguite all'affermazione dell'ex ministro Veronesi, nel febbraio 2001, riguardo al numero di dieci milioni di famiglie coinvolte nell'assistenza? È incerto il numero di nuovi casi, forse seimila, di esordio psichiatrico.

Da tutto ciò è agevole capire come nella raccolta di dati psichiatrici si sottostimi, forse, il problema; proprio in questi giorni, infatti, si parla di circa un milione di persone che ricorrono al famigerato sistema astrologia-maghi-guaritori televisivi. So, al riguardo, che il Parlamento, sia pure attraverso leve indirette, ha anche inten-

zione di arginare il fenomeno, perlomeno sugli schermi televisivi. Di questo milione di persone — lo sappiamo tutti, anche se si tratta di una evidenza non corroborata da dati precisi — molti sono affetti da veri disturbi, spesso neanche lievi.

Parlavo poc'anzi di gruppi più fortunati ma sappiamo tutti che, anche in alcune zone dove il progetto obiettivo viene applicato, i più abbienti preferiscono le cliniche psichiatriche; basti considerare l'incidenza di pazienti italiani nelle cliniche ubicate nelle zone di confine tra l'Italia e la Svizzera, nei pressi di Locarno e via dicendo. Non parlo, poi, di quei pazienti che conoscono il loro tragico momento di celebrità nelle trasmissioni televisive di « *Chi l'ha visto* ».

Mi avvio a concludere ricordando, tra l'altro, professore Munizza, che la stessa società italiana di psichiatria, l'11 ottobre 2001, ha stigmatizzato, con un documento, le gravi inadempienze nell'attuazione del progetto obiettivo. Non starò a citare parte del contenuto, del resto facilmente consultabile sul bollettino n. 2 del dicembre 2001.

Onorevole Burani Procaccini, come ho già avuto modo di esprimere in altre sedi, ritengo necessario, proprio nell'ambito di una futura prossima *devolution* regionale, varare una nuova legge-quadro, migliore dell'attuale che, dopo vent'anni, potrebbe, ormai, rivelarsi inadeguata; anch'io mi auguro, dunque, che nei prossimi incontri — in un futuro non lontanissimo — sia all'ordine del giorno la necessità di una nuova legge.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Sottrarrò ancora pochissimo tempo per completare il discorso del collega (*Commenti*). L'ho detto in premessa: non vogliamo approfittare della pazienza dei presenti. Si è convenuto di intervenire per venti minuti ed io mi sono largamente tenuto al di sotto di tale limite. Non accetto siffatte rimostranze dai convenuti: in questa sede, è il presidente che decide.

MAURA COSSUTTA. Si era convenuto che parlasse un solo rappresentante per associazione.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Non capisco perché, quando si leva qualche voce dissenziente dall'andazzo generale, poi debba succedere tutto ciò; è un atteggiamento assai significativo, che, oltretutto, fa perdere tempo.

PRESIDENTE. La prego di continuare la sua esposizione.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Il progetto obiettivo è stato attuato molto parzialmente; non poteva essere diversamente, per due motivi fondamentali. Anzitutto, esso non aveva forza normativa e, quindi, era affidato alla buona volontà degli amministratori; in secondo luogo, non aveva copertura finanziaria (*Commenti*).

PRESIDENTE. Colleghi, lasciamo concludere al dottor Inzerilli la sua esposizione. Poi, vi sarà lo spazio per aprire un dibattito al riguardo, con le vostre domande e le relative eventuali repliche.

GIOVANNI INZERILLI, *Rappresentante di Nuova psichiatria*. Mi compiaccio, presidente, che le mie parole suscitino tali reazioni: si vede che toccano punti dolenti.

Il progetto obiettivo non aveva copertura finanziaria, tant'è che i direttori generali cercano di trovare residui da destinare alla psichiatria ma, al di là di ciò, quand'anche vi fossero state le risorse e si fosse trattato di disposizioni vincolanti, quel progetto non poteva partorire servizi adeguati ai bisogni dell'utenza, perché nelle maglie la legge impedisce, con clausole più negative che positive, il decollo di modelli di servizio corrispondenti anche ai più semplici bisogni dei pazienti.

Non mi dilungo sui vari punti illustrati nelle proposte allegate alla documentazione consegnata. Vorrei semplicemente sottolineare due aspetti dai quali si evince la contraddittorietà della normativa recata dalla legge n. 180 del 1978, poi confer-

mata dalla legge n. 833 dello stesso anno. Si è fatto un gran baccano a proposito dell'obiettivo di equiparare all'assistenza prevista per tutti gli altri pazienti quella disposta per i malati mentali. Ebbene, aspetto ancora che qualcuno mi spieghi perché, alla psichiatria, sia vietato realizzare, negli ospedali generali, divisioni psichiatriche secondo la stessa normativa e le stesse modalità valide per gli altri settori. Ci troviamo, credo, in presenza di una nuova discriminazione; se, però, non vi fossero state tali limitazioni, la situazione, oggi, sarebbe ben diversa.

Un altro aspetto abbastanza kafkiano della situazione risiede nella circostanza che il progetto obiettivo non spende una parola sulle case di cura neuropsichiatriche; quindi, per esso, non esistono quando, invece, sappiamo che coprono, come ha detto il dottore Tropeano, più del 50 per cento della degenza. Ricordo, inoltre, che per le case di cura non è previsto alcun limite massimo di posti letto, anche se sappiamo benissimo che la media oscilla tra i 60 ed i 120 posti. Ci si straccia le vesti, ma nessuno si azzarda ad infrangere il tabù dei famosi 20 posti letto, limite, invece, sussistente per altre strutture. A tale proposito, si deve riconoscerlo, « si stanno dando i numeri »: da dove è nato il limite di 20? Da quali esigenze tecniche? Le case di cura possono tranquillamente operare con 60, 100, 150 posti letti mentre, invece, le strutture alternative legali pubbliche ne possono avere al massimo venti. Sono aspetti sconcertanti che, chiaramente, nascono direttamente da una certa impostazione, dobbiamo dire, anche ideologica della legge. Quindi, per questo motivo, ci siamo permessi — anche se non siamo né parlamentari né un'associazione dai grandi numeri — di elaborare anche noi una proposta di modifica.

ERNESTO MUGGIA, *Presidente dell'UNASAM*. Anzitutto, desidero consegnare alla presidenza una relazione sui temi oggetto dell'audizione.

Ringrazio la Commissione per averci voluto ascoltare; senza spirito polemico alcuno, porgo un ringraziamento partico-

lare all'onorevole Burani Procaccini per avere destato l'attenzione del paese sulla questione della salute mentale. Come leggerete nella nostra relazione, l'UNASAM è, in qualche modo, associata e certamente in totale accordo con l'associazione DIAP-SI.GRA, qui rappresentata dalla dottoressa Lugli Andretta. Abbiamo ritenuto utile unire i nostri sforzi per rappresentare la voce delle famiglie nel modo più ampio possibile, essendo le nostre due associazioni le maggiori del paese.

Detto ciò, vorrei chiarire che, se avessi conosciuto il testo della relazione del dottore Munizza, probabilmente il mio discorso sarebbe stato ancora più breve perché mi trovo in totale accordo con quanto da lui affermato. Non ho riscontrato, invece, la stessa sintonia rispetto agli interventi successivi.

Mi limiterò a scorrere brevemente la relazione, quella — come ho già detto — testè consegnata alla presidenza della Commissione; invero, troppo lunga per poterla leggere integralmente, ma spero che verrà considerata con la dovuta attenzione.

Dopo la presentazione delle nostre associazioni, vogliamo attirare la vostra attenzione sulla apartiticità delle famiglie che rappresentiamo e sulla modalità con cui da sempre le rappresentiamo. Nutriamo il massimo rispetto dei partiti politici e della loro attività, ma ci confrontiamo con le istituzioni e quindi accogliamo famiglie a cui non chiediamo nessuna tessera.

Sorvolo sulla sintesi che abbiamo prodotto riguardo il nostro impegno operativo, fino alla conferenza nazionale, cui abbiamo fornito un importante contributo realizzativo.

Riconosciamo la necessità di un intervento diffuso riguardo alcuni capitoli importanti: la presa in carico di giovani che rifiutano la propria condizione di malato e la revisione in termini di regolamento, senza la necessità di una nuova legge, delle procedure di trattamento sanitario obbligatorio, che preferiamo pensare preceduto da un accertamento sanitario obbligatorio con relativo invito alle famiglie e al pa-

ziente ad accedere ai servizi in modo volontario, senza escludere, in caso di necessità, un intervento obbligatorio. In sostanza, riconosciamo il bisogno diffuso di un intervento, dovuto anche ai tempi esigui con cui si sta dispiegando, come diceva il dottor Munizza, la riforma sanitaria nell'intero territorio del paese: non siamo molto d'accordo sull'impianto delle proposte che abbiamo potuto esaminare; siamo, ovviamente, disponibili ad ogni collaborazione.

Illustrerò brevemente il capitolo più importante della nostra relazione, che riguarda le proposte. Questo ventennio non è passato invano; il superamento degli ospedali psichiatrici, salvo qualche residua resistenza, si è concluso. Si è realizzato lo sviluppo di un associazionismo consapevole e partecipe che costituisce un elemento importante per il buon funzionamento delle strutture e, in genere, per il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e di sostegno alle loro famiglie. La nostra presenza oggi ne è testimonianza e prova: venti anni fa non sarebbe stata pensabile.

In varie località sono stati costituiti centri diurni, dove sono state effettuate esperienze originali e significative in tanti settori di attività: laboratori per la formulazione di progetti, personalizzati o di gruppo, di natura sanitaria, sociale, culturale, con un fiorire di iniziative, le più diverse e rilevanti, con risultati tangibili nell'avviamento al lavoro, nella realizzazione di interventi di imprenditorialità. Purtroppo, questi esempi sono ancora scarsi rispetto ai parametri stabiliti nel progetto obiettivo nazionale.

Sono sorte comunità terapeutiche riabilitative nell'ambito pubblico e privato, anche se poche rispetto ai parametri indicati nei progetti obiettivo, e non uniformemente diffuse sul territorio nazionale, in alcune delle quali il livello qualitativo raggiunto è pienamente soddisfacente, anche in riferimento ai risultati conseguiti.

È facile contestare i numeri citati in precedenza perché, ovviamente, il bisogno di posti letto è infinito se non si esercita la psichiatria sul territorio: il problema è

che la psichiatria moderna non prevede di mantenere i pazienti a letto: la misura fondamentale da attuare è la cancellazione dei posti letto, riducendoli agli *standard* indicati. La psichiatria comunitaria prevede che le persone stiano in piedi, rientrino nella comunità, trovino un lavoro e venga combattuto lo stigma: la persona sofferente di disturbi mentali è uguale alle altre; terminata la crisi, auspicabilmente, tornerà dalla sua famiglia ed alla sua attività. Non bisogna polemizzare sul numero di posti letto; è chiaro che in una clinica dove ci sono 50 o 100 posti letto non si esercita psichiatria comunitaria ma psichiatria di intrattenimento: questo ci vede assolutamente contrari, perché abbiamo a cuore un progetto terapeutico individuale, di riabilitazione e reinserimento sociale. I nostri figli e i nostri fratelli stanno meglio perché li abbiamo seguiti, con o senza l'aiuto della psichiatria territoriale che, quando è presente, lavora bene ed è la nostra più fraterna compagna di strada e, quando manca o lavora male, sarà sempre da noi sollecitata e spinta per operare meglio: come potrà confermare la dottoressa Lugli Andretta, questo è il senso del nostro impegno.

In maniera incontrovertibile, la legge di riforma non costituisce ostacolo al perseguimento di buona qualità e conseguimento di risultati positivi, mentre è la sua inapplicazione o distorsione a determinare insoddisfazione e proteste, danni e sofferenze che, purtroppo, restano impuniti in mancanza di strumenti di vigilanza e sanzionatori. Nessuna legge può essere ben applicata in assenza di finanziamenti e se non si interviene a sanzionare chi non la applica.

Sono intervenuti strumenti terapeutici nuovi di riconosciuta efficacia nel settore farmacologico, che devono essere introdotti e diffusi nella terapia delle malattie mentali effettuata nelle varie strutture. Ci associamo nel sottolineare le difficoltà esposte da chi ci ha preceduto nella diffusione di farmaci di seconda generazione: tutti noi abbiamo potuto osservare il disastro che producono fiumi di *Serenase*, che oggi non è più necessario se non per

malintese economie. Questo non deve più succedere perché esistono medicinali più potenti e meno dannosi: se il paziente non ha tremanti o altre conseguenze negative, è molto più disponibile ad assumere i farmaci.

Non vi è dubbio che a sollecitare e determinare certi risultati abbiano concorso, laddove attuate, le linee guida indicate nei progetti obbiettivo 1994-1996 e 1998-2000 e su quest'ultimo, invitiamo a compiere alcune riflessioni. Si è trattato di un progetto elaborato nel corso di oltre due anni, presso l'osservatorio istituito dal ministro della sanità, con la partecipazione più rappresentativa ed ampia che si potesse immaginare: Istituto superiore di sanità, Conferenza Stato-regioni, organismi scientifici autorevoli, associazioni nazionali di diverse tendenze, esperti, associazioni di familiari e volontariato.

Due anni di lavoro, cinque diverse elaborazioni ed infine il decreto del Presidente della Repubblica del 10 novembre 1999. Qualcuno dice che esso non ha valore di legge: pregherei qualche giurista di dimostrare il contrario.

Purtroppo, anche questo progetto obbiettivo non ha prodotto i risultati annunciati ed attesi; le ragioni principali sono ascrivibili al fatto che, pur essendo il progetto nazionale strumento di grande valore tecnico e normativo, mancava di due elementi fondamentali per essere vitale: una norma vincolante e disposizioni in ordine al finanziamento. In altri termini, è come se la Ferrari fosse perfetta, ma mancasse il carburante per partire.

Le nostre associazioni chiedono che il lavoro, le esperienze, le realizzazioni del passato non vadano disperse: dalla conferenza nazionale, dall'Alto Adige alla Sicilia, abbiamo visto esempi di cose ben fatte. Chiediamo che le conclusioni cui è giunta la prima conferenza nazionale per la salute mentale trovino attuazione (purtroppo, il cambio di legislatura ne ha interrotto alcune) e che il progetto obbiettivo 1998-2000 venga integrato nella parte carente ed inadeguata rispetto a particolari esigenze: ad esempio, modi e siti per effettuare il trattamento sanitario obbliga-