

torio (che siamo disponibili a rivedere dopo vent'anni), presa in carico di pazienti cosiddetti non collaborativi, provvedimenti necessari per rispondere alle esigenze del «dopo di noi». Quanti genitori sono angosciati da quanto succederà dopo!

Il citato progetto obiettivo andrebbe anche integrato attraverso la previsione della copertura assicurativa dei rischi per disturbi di salute mentale, copertura che nessuna assicurazione, oggi, è in grado di offrire. Si dovrà stabilire, però, con precisione un termine iniziale di decorrenza che consenta un aggancio alla prossima legge finanziaria per quanto attiene al finanziamento.

A tutti questi fini, sarebbe opportuno provvedere alla costituzione, o ricostituzione, dell'osservatorio presso il Ministero della sanità — purchè ridotto all'essenziale quanto a numero di componenti, altrimenti, se pletorico, non può servire ad alcunchè —, in metodica e consensuale intesa con la Conferenza Stato-regioni al fine di evitare possibili dualismi e rischi di dissensi con le regioni medesime. Oramai, il federalismo è andato talmente avanti che sarebbe assurdo proseguire l'*iter* di un progetto di legge statale se poi tale impegno venisse vanificato dalle regioni. Queste ultime si confronteranno sul tema il prossimo 6 febbraio e presumo che sosterranno argomenti analoghi.

L'autonomia regionale, ormai, è sancita dalla legge di riforma del titolo V della Costituzione e dal *referendum* confermativo. Il termine dovrebbe essere contenuto entro sei mesi; andrebbe riconsiderata la misura dell'intervento finanziario, originariamente indicata almeno nel 5 per cento del finanziamento regionale; come diceva il dottor Munizza, andrebbe commisurata, sempre in sede regionale, ai programmi per la salute mentale specifici delle singole aziende. Si deve dare vita, soddisfacendo un'esigenza già emersa in sede di conferenza nazionale, ad organismi intergovernativi o, in sede regionale, interassessoriali, al fine di concordare gli interventi su temi complessi — ad esempio, prevenzione, informazione, lavoro, sostegno alle fami-

glie — e realizzare l'indispensabile integrazione socio-sanitaria coinvolgendo nel merito gli enti locali.

Non abbiamo citato, per carità di patria, l'esempio degli ospedali psichiatrici giudiziari; al riguardo, in tale ambito, nonostante l'urgenza assoluta, sappiamo benissimo che occorrerà ancora molto lavoro.

Bisogna sviluppare la partecipazione democratica degli organismi sociali cooperatori e, in particolare, la consulta dipartimentale; in ogni dipartimento di salute mentale si dovrebbe istituire una consulta. Questa, già presente in alcune regioni, andrebbe estesa in campo nazionale per contribuire al raggiungimento delle finalità indicate nel progetto obiettivo, con particolare riguardo alla programmazione; infatti, come si può provvedere se non si stabiliscono neanche i programmi?

A livello regionale centrale, poi, dovrebbero costantemente essere svolte attività di monitoraggio della spesa, del numero e della tipologia di prestazioni e della loro qualità; altrimenti, non si può conoscere quanto avviene nel paese. In questo senso il lavoro della SIP è molto avanzato, ma non è ancora sufficiente.

Nel frattempo, per l'anno corrente, nelle more dell'accoglimento della nostra richiesta o dei suggerimenti che interverranno per consentire al Parlamento di effettuare le sue scelte finali — e al fine di evitare il blocco delle attività in corso o da assumere da parte delle aziende sanitarie locali, incerte sul da farsi ed in attesa delle novità —, dovrebbe essere confermata la validità dell'attuale progetto obiettivo e delle determinazioni importantissime della conferenza Stato-regioni del 18 gennaio 2001.

Confidiamo ed auspichiamo che il Parlamento, nella sua saggezza, operi le scelte più opportune e si faccia promotore di una politica per la salute mentale che stia a cuore non solo ai diretti interessati ed alle loro famiglie, ma a tutta la società italiana, perché la cultura di una società si misura da come tratta i suoi malati e non da altro.

Per concludere, le associazioni chiedono di essere riconvocate su temi più specifici — TSO, assicurazioni e via dicendo — prima che si provveda a qualsiasi *iter* di modificazione dell'attuale legislazione. L'esperienza vissuta in prima persona in questi anni ci autorizza e ci impegna a proporci quali interlocutori ineludibili. Ho così sintetizzato il documento consegnato alla presidenza che è firmato dalla dottoressa Lugli Andretta per l'associazione DIAPSI.GRA e da me medesimo in rappresentanza dell'UNASAM.

ANNA ROSA LUGLI ANDRETTA, *Presidente nazionale della DIAPSI.GRA*. Signor presidente, vorrei far notare che — rappresentando le due associazioni, insieme, un grande numero di malati e di familiari — abbiamo voluto dare alla Commissione la possibilità di esaminare un documento comune ma, come presidente nazionale di DIAPSI.GRA, non ritengo che la lettura che l'ingegnere Muggia ne ha dato rappresenti anche il mio intervento personale. Dunque, vorrei, senza peraltro sminuire il valore del documento comune, rivendicare uno spazio di autonomia della mia associazione.

PRESIDENTE. Quando successivamente interverrà, nessuno le vieterà di sviluppare le sue osservazioni al riguardo.

ANNA ROSA LUGLI ANDRETTA, *Presidente nazionale della DIAPSI.GRA*. Presidente, potrebbe essere opportuno consentirmi di intervenire subito.

PRESIDENTE. Le darò senz'altro la parola non appena sarà intervenuta la dottoressa Gozzellino.

GRAZIA GOZZELLINO, *Rappresentante della DIAPSI*. Signor presidente, onorevoli deputati, la DIAPSI è un'associazione di familiari di malati psichici e di volontari, nata nel 1988 a Torino. È presente in tutto il Piemonte ed in Valle d'Aosta con sedi

specifiche e sul resto del territorio italiano attraverso il sito www.sospsiche.it che ha dei referenti in ogni regione.

Per quanto riguarda l'assistenza psichiatrica in Piemonte, secondo la nostra opinione, la legislazione attuale è carente, perché non prevede responsabilità precise, oggettive nonché sanzioni per gli inadempienti, tant'è che il progetto obiettivo non è stato mai attuato completamente; inoltre, mancano le risorse non essendoci la copertura finanziaria.

È prevalso — e prevale oggi, più che in passato — il disinteresse ed il disimpegno per il funzionamento dei servizi pubblici psichiatrici, abbandonati a loro stessi secondo la filosofia del lasciar fare. Quest'ultima può, invero, così riassumersi: non ti do quello che mi chiedi e di cui hai bisogno ma in compenso non ti controllo; quindi, tacitamente, ti lascio fare quello che vuoi. Di conseguenza, anche gli operatori psichiatrici più solerti possono trovarsi nella condizione di dover fronteggiare difficoltà e rallentamenti sul piano operativo che si ripercuotono, ovviamente, e loro malgrado, sui malati. Il risultato della disfunzione del sistema viene sopportato dalle famiglie che, non aiutate, si ritrovano sulle spalle pesi assolutamente insostenibili.

Per quanto riguarda i centri di salute mentale — che sono, o almeno dovrebbero essere, il fulcro e la struttura portante dell'assistenza psichiatrica —, essi non si attivano facendosi carico dei problemi psichiatrici della popolazione assistita. Per dare un'idea e per delineare tale servizio, ne richiamo alcune caratteristiche: il servizio, nella maggior parte dei casi, almeno per quanto riguarda il Piemonte, è aperto dalle 9 alle 17, dal giovedì al venerdì con chiusura il sabato e la domenica; le visite domiciliari sono assicurate dai medici solo in casi eccezionali.

La *routine* del servizio si basa su un bacino di utenza costituito per lo più da pazienti cronici che richiedono ormai spontaneamente l'aiuto del servizio, mentre perdura un atteggiamento di attesa passiva nei confronti di malati non collaborativi e di casi che vengono segnalati ma

non presi in carico; il suddetto centro non collabora come dovrebbe con gli altri servizi all'interno dello stesso dipartimento e con i servizi socio-sanitari del territorio, tendendo a formare un circuito chiuso (non mi sto riferendo alla totalità dei casi).

Il centro diurno costituisce il punto più dolente del sistema assistenziale, in quanto manca, prima di tutto negli operatori, la preparazione professionale per accompagnare il malato nel difficile e lungo percorso riabilitativo e di reinserimento sociale, mediante la condivisione dei suoi problemi, cioè della sua quotidianità. Esso è frequentato da chi ha la determinazione di andarci: spesso non esistono attività programmate efficienti, congrue e durature, per le varie tipologie di pazienti; è carente lo spirito di accoglienza, non si fa distinzione tra paziente giovane ed anziano, tra patologie lievi e gravi, tra malati acuti e cronici. Tende, quindi, a formarsi un circuito chiuso che non è sufficientemente coordinato con gli altri servizi: per tutte queste considerazioni i malati rimangono nelle loro case oppure vagano nel territorio.

Gli SPDC ed i posti letto in Piemonte sono sufficienti; tuttavia, si rilevano parecchie disfunzioni: i locali, salvo lodevoli eccezioni, non sono adatti a garantire la *privacy* del paziente e sotto molti aspetti non sono a norma. I posti sono occupati per il 50 per cento da malati cronici, che non avrebbero bisogno di ricovero ospedaliero — ricoveri impropri con alti costi — ma di una collocazione residenziale diversa; essi accolgono una popolazione abitudinaria e stabilizzata di malati che vanno dalla famiglia all'ospedale e viceversa. I posti letto sono sempre occupati ed i casi acuti non ricevono il ricovero, di cui hanno reale necessità. A volte accade che i malati sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio durante il sabato e la domenica finiscano fuori provincia (non succede di rado) o addirittura fuori regione (raramente).

Per quanto riguarda le strutture residenziali, sono presenti nella nostra regione diverse strutture con un numero sufficiente di posti letto, ma è difficile acce-

dervi per gli elevati costi che le Asl non intendono, ed ora non possono, sostenere. Si tratta per il 50 per cento di strutture private che in questi anni hanno sopperito alla mancanza di quelle pubbliche e che mirano, come è ovvio, a raggiungere obiettivi di lucro (il privato non offre prestazioni gratuite); non sempre ricevono il controllo dal pubblico servizio inviante previsto dalla legge, controllo che di solito non è gradito da chi non offre una qualità adeguata alla normativa vigente. Purtroppo, ancora oggi, molti malati vivono in queste strutture in una situazione di parcheggio, senza un progetto personale verificato nelle tappe intermedie di rischio e, non avendo possibilità di difendersi, sono alla mercé del personale della struttura in un sistema chiuso. Episodi drammatici come quelli di San Gregorio Magno di Napoli potrebbero verificarsi, non solo in Piemonte.

Per migliorare una situazione che potremmo definire pericolosa, la nostra associazione, insieme ad altre 30 associazioni ed organismi operanti in ambito psichiatrico, ha elaborato un documento che illustra 18 punti di fondamentale importanza per la discussione parlamentare sui progetti di riforma della legge n. 180 del 1978, che consegna ai membri della Commissione.

Vorrei illustrare i punti di maggiore rilevanza: in primo luogo la malattia mentale deve rimanere di competenza sanitaria ed i finanziamenti destinati alla psichiatria devono essere aumentati fino a raggiungere il livello dei paesi europei più evoluti (10-11 per cento del fondo sanitario nazionale); la ricerca deve essere finanziata con *budget* diversi da quelli destinati alla psichiatria.

Si ribadisce il diritto alle cure per tutti i malati psichici, con particolare attenzione per quelli consapevoli e non collaboranti i quali, se non curati, rischiano di cronicizzare la malattia.

Esiste la ferma necessità della presa in carico del DSM. La visita domiciliare dello psichiatra deve essere richiesta, oltre che dal malato, anche da un familiare e deve essere esperita entro le ventiquattro ore,

come accade con il medico di base: perché per lo psichiatra questo vincolo non esiste?

Il malato ed il tutore hanno diritto di scegliere liberamente il medico.

Bisognerà definire con attenzione il tema delicato del ricovero e del trattamento sanitario obbligatorio, che non può essere esaurito elencando quattro punti.

Chiediamo che i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) assumano il ruolo di pronto soccorso psichiatrico presso l'ospedale generale, sede del DEA (dipartimento emergenza accettazione), che rispondano a tutte le emergenze anche mediante interventi domiciliari urgenti per i casi di crisi acute, accogliendo il paziente volontario o sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio per un breve tempo (ad esempio 72 ore), per poi trasferirlo in una struttura d'osservazione. Queste persone vengono ora trattenute sedate per sette giorni, per poi fare ritorno a casa, senza aver capito nulla; il paziente, invece, potrebbe essere trattenuto nel momento della fase acuta, trasferito in una struttura dove indagare la natura del problema, per poi stabilire la cura adeguata, destinarlo ad una comunità oppure ritornare in famiglia. Crediamo che sia troppo breve la permanenza di sette giorni in un SPDC.

Per quanto riguarda le strutture residenziali, chiediamo la formazione obbligatoria degli operatori con un *budget* vincolato: le cooperative predispongono insufficienti corsi di formazione per gli addetti, molti dei quali scelgono questa attività — che dovrebbe essere considerato quasi una missione — per sfuggire alla disoccupazione.

Non è mai stato attivato un piano di prevenzione, che è invece indispensabile perché la malattia mentale può essere conosciuta all'esterno solo attraverso il mezzo televisivo; sappiamo che quando uno psichiatra cerca una sistemazione per i malati mentali in un comune condominio, le persone che vi abitano hanno paura di essere uccisi. Bisogna perciò fare informazione e prevenzione, in modo che si sappia che se il malato sarà curato non assumerà determinati comportamenti.

Proponiamo il monitoraggio e le sanzioni: si deve operare un controllo sull'effettiva attuazione dei servizi. Non crediamo corretto un controllo effettuato solo dalla Asl, dal medico inviante, oppure da un Asl rispetto ad un'altra, in modo autoreferenziale; bisogna inoltre prevedere sanzioni per le inadempienze, che devono essere erogate solo per gravi motivi. Crediamo importante l'inserimento lavorativo, anche se non è possibile per tutti i malati. Per le famiglie conviventi o con un membro malato, si devono prevedere supporti psicologici, psicoeducazionali, antistress e sussidi finanziari.

Se il malato convivente non collabora, si rende necessario un costante sostegno infermieristico, anche perché, in genere, sussiste un conflitto tra il familiare ed il malato; se non subentra un supporto psicologico che lo sani, diventando impossibile la convivenza, si rendono necessarie un'abitazione separata dalla famiglia e la presenza di un infermiere che somministri le medicine.

Ma dovrei anche ricordare l'iniziativa «Dopo di noi», una consultazione obbligatoria per definire programmi adeguati sul territorio, un osservatorio epidemiologico. Cosa si è fatto, ad esempio, delle aree e degli edifici degli ex ospedali psichiatrici? Se si sono venduti, dove è finito il ricavato? Occorre, al riguardo, più chiarezza.

Auspichiamo la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari perché si devono prevedere strutture alternative, con finanziamenti aggiuntivi. Inoltre, ribadiamo la necessità di prevedere sanzioni penali per i direttori generali delle ASL ed i direttori dei DSM inadempienti. Oggi sembra quasi di assistere ad una partita di tennis con il rimbalzo delle responsabilità, ma deve potersi individuare un responsabile.

ANNA ROSA LUGLI ANDRETTA, *Presidente nazionale della DIAPSI.GRA*. Ringrazio anzitutto la Commissione e, in particolare, il presidente per non avere, per così dire, ceduto alla mia piccola intemperanza dandomi subito la parola; sono contenta di intervenire dopo che tanti

collegli, e da diverse angolature, hanno esposto la situazione.

Non è un caso se la mia associazione abbia scelto di chiamarsi « Difesa ammalati psichici gravi »: noi difendiamo chiunque sia debole, vittima di dogmi o santoni.

La DIAPSI.GRA, nata nel 1981, è stata la prima associazione a difesa di malati psichici e, conseguentemente, delle loro famiglie. L'ho sempre definita — del resto la considero tale ancora oggi, dopo tanti anni — un'associazione apartitica; oggi, però, non la qualifico più apolitica, in quanto penso che l'attività da me svolta in tutto questo tempo rappresenti una politica sanitaria che nasce e si esprime dal sociale: nel 1984, infatti, ero già componente di una commissione ministeriale.

L'area della salute di cui ci occupiamo esprime, invero, la generalità dei bisogni dell'uomo; attraverso la mia esperienza — che ho arricchito ancora di più occupandomi di una comunità terapeutica riabilitativa — sono giunta, oggi, a potere valutare (sia pure, non essendo una psichiatra, indirettamente) i possibili esiti di interventi terapeutici e devo dire che si ottengono esiti migliori soprattutto quando si lavora veramente con elevata capacità professionale. Essendomi presa in carico i casi più disperati, rifiutati dal territorio, posso benissimo dimostrarvi e documentarvi quali siano stati i risultati quando la professionalità si è davvero espressa nel rispetto della dignità dell'uomo, nel rispetto del malato nonché nel riconoscimento, per la riabilitazione, dell'importanza dell'abbattimento dei costi.

Non voglio fare propaganda né alla mia persona, né alla mia iniziativa, né, tanto meno, alla mia associazione, anche se essa la meriterebbe tutta. Voglio parlare piuttosto, con brevi ma incisive parole, della necessità di una seria considerazione della domanda, dei costi e dei benefici. Tali aspetti, non difficili da comprendere nella loro importanza, sono suscettibili di essere facilmente affrontati con studi di fattibilità. Ciò significa che con semplici interventi legislativi, per quanto caratterizzati da un'elevata qualità della stesura, non si risolverà mai niente; anzi, si potrebbe

aumentare la contrapposizione tra sostenitori di opposte tesi. Riterrei più produttivo se ci si occupasse di finanziamenti, che non devono essere faraonici e, tuttavia, dovrebbero essere adeguati a schiudere la possibilità di seguire percorsi di fattibilità. Naturalmente, come diceva bene il dottore Munizza, tali finanziamenti debbono essere calibrati sulla base di una valutazione dei vari livelli di assistenza e delle diverse situazioni sociali presenti nelle nostre regioni. Credo che ottemperare a tutto ciò costituisca il primo dovere per un Parlamento e per questa Commissione, in modo che i cittadini possano veramente ritenere che sussista la volontà politica di provvedere e non soltanto l'enunciazione di intenzioni tesa a quietare gli animi di chi soffre da 23 anni.

I finanziamenti completeranno le strutture mancanti solo se seguiranno ad una valutazione e ad una quantificazione seria, basata sulla verifica del numero ed anche della « qualità » delle strutture: la qualità impone dei costi, ma ha anche un ritorno.

Constato che le espressioni, le esternazioni e le proposte avanzate dalle associazioni di familiari vanno tutte nella stessa direzione, accomunate, forse, dalla stessa origine, una sofferenza, lunga 23 anni, per un peso familiare per il quale si sono trovate soluzioni solo molto relative. Quindi non posso dissociarmi da quanto è stato già detto dai componenti di tali associazioni; anzi, trattando l'argomento con un taglio differente, vorrei confortarli e aggiungerei anche che sono assolutamente cosciente del fatto che si debbano rafforzare le richieste del cittadino.

Tutti gli altri temi illustrati rientrano pure essi nel capitolo « qualità ». Mi riferisco, ad esempio, alla formazione seria del personale, non improvvisata, una formazione di qualità. A tale proposito chiamo in causa la responsabilità degli istituti universitari che non hanno mai impartita tale formazione. Lo dico con forza, perché la mia valenza professionale mi consente una valutazione di questo genere: bisogna occuparsi maggiormente degli aspetti di formazione e di preven-

zione, argomenti sottovalutati, che pochi conoscono, così come il problema della riabilitazione.

Auspico un atto politico che avrebbe un grande significato: una campagna contro lo stigma. Se lasceremo il malato di mente (che come tutti gli altri ha bisogno di un contatto sociale) prigioniero di un'etichetta che lo descrive come tale, nessuna struttura e nessuna professionalità riuscirà a cambiare la situazione.

CARLO VOLPI, *Vicepresidente dell'UNASAM*. Desidero ringraziare l'onorevole Burani Procaccini, con la quale ho già avuto un incontro, e darle atto di aver evidenziato un problema che negli ultimi anni era quasi tenuto nascosto.

Dissentito con grande lealtà non dagli obiettivi, ma dal metodo della proposta di legge; non comprendo come si possa pensare ed agire quasi che in questi 20 anni non fosse accaduto nulla; siamo rispettosi dei partiti e delle loro funzioni, ma non possiamo che rivolgerci alle istituzioni, agli enti locali e al Parlamento.

Presidente, per due anni abbiamo atteso che l'osservatorio desse vita al progetto obiettivo tenuto nascosto; dopo cinque diverse edizioni è stato aggiunto il 5 per cento, una percentuale prima tolta e poi ripristinata, creando un grande senso di disagio ed una protesta: circa 70-80 province aspettano risposte democratiche a questa richiesta. Abbiamo detto ai cittadini di aspettare, perché esistevano problemi, ma il progetto obiettivo avrebbe indicato la soluzione ed il modo in cui finanziarla. Abbiamo affrontato assemblee e proteste chiedendo fiducia nello Stato e nella politica; abbiamo partecipato ad una grande manifestazione a Roma, il 17 novembre del 1999, dove 1.200 persone urlavano questo *slogan*: chi ha visto il progetto obiettivo? Esso, infatti, era scomparso e non se ne parlava più.

Dobbiamo riporre fiducia nelle istituzioni (in un osservatorio cui partecipano eminenti personalità), nell'Istituto superiore di sanità, nei « baroni », nei tecnici. I rappresentanti delle associazioni, infima minoranza dell'assemblea, hanno chiesto

di stabilire regole per le regioni, una linea, una forza: abbiamo preteso che i contenuti del progetto venissero trasfusi in un decreto del Presidente della Repubblica: ora se ne contesta la validità.

Signor presidente, si chiede rispetto per le istituzioni? Allora non si possono deludere i cittadini; il progetto è un documento importante, certamente emendabile: propongo, con grande spirito di collaborazione, di discuterne insieme per rispondere ad alcune esigenze e correggere alcuni errori. Sappiamo che vi sono carenze, ma non possiamo cancellare il passato. Nella psichiatria vi sono tre grandi categorie: gli agnostici, a cui non importa nulla, i distruttori, che protestano contro tutto, i costruttori, come voi.

Abbiamo detto cose diverse, ponendo al centro un solo obiettivo: l'ammalato e le famiglie. Le risposte alle sofferenze non hanno colore politico e se il Parlamento vuole essere credibile deve dare risposte obiettive.

Onorevole Burani Procaccini, sono rammaricato (ma senza malevolenza) per il fatto che alla richiesta delle famiglie in merito al 5 per cento si sia risposto, in sede di approvazione della legge finanziaria, con 198 voti favorevoli e 248 contrari: capiamo il momento difficile, ma vorrei chiedere di riconsiderare tale posizione, perché senza risorse non si curano i malati.

Vorrei sottolineare alcune questioni da sottoporre all'esame dei membri della Commissione: non credo sia opportuno riscrivere la legge n. 180 del 1978; l'osservatorio dovrebbe riunirsi, raccogliendo le istanze tecniche, lasciando libertà all'*équipe* di stabilire la cura ed i tempi ad essa necessari. È indispensabile stabilire una programmazione per i finanziamenti, alla quale i familiari rivendicano il diritto di partecipare. Ogni regione ed ogni ente locale presenta problemi specifici: ad esempio, a Roma abbiamo aperto 27 centri diurni attraverso l'ente locale. Presidente, la invito a visitarli: difficilmente distinguerà il paziente dal tecnico.

Rivolgo un invito a non polemizzare, ma a raggiungere concordemente gli obiet-

tivi con una buona politica in grado di rispondere all'urgenza dei problemi. Molti di noi hanno vissuto il dramma tremendo della solitudine tra il 1978 ed il 1980: questa donna, la dottoressa Anna Rosa Lugli Andretta, ha svolto un ruolo che nessuno le può negare, coraggiosamente, da sola. In questo spirito, ripeto, dobbiamo lavorare insieme, senza polemiche, per dare risposte ai bisogni dei malati di mente e delle famiglie.

GIROLAMO DI GILIO, *Rappresentante dell'UNASAM*. Sono presidente dell'associazione regionale per la salute mentale del Lazio, che aderisce all'UNASAM. Desidero intervenire perché la nostra associazione è una delle più rappresentative ed importanti nel territorio nazionale, anche se mi riconosco nella relazione che è stata svolta dal dottor Muggia.

Tengo a menzionare alcuni dati che non sono stati ricordati — scientemente o per dimenticanza — nelle pur molto documentate relazioni testè ascoltate, tra le quali particolarmente condivido quella esposta dal professore Munizza, che anzi ringrazio per averci voluto dare un contributo di scienza oltre che di medicina.

Il 70 per cento dei pazienti affetti da malattie mentali, grazie agli strumenti terapeutici oggi disponibili, può guarire o migliorare sensibilmente, tanto da poter essere reinserito nella vita sociale e lavorativa: è un dato che va tenuto presente. Sono cruciali, a tale fine, la precocità della diagnosi e l'immediato trattamento terapeutico, che devono seguire all'esordio stesso della malattia. Ciò presuppone servizi territoriali che prendano in carico il paziente in maniera efficace e immediata, mettendo in atto tutti i provvedimenti terapeutici. Per tale via, si conseguirebbe un notevole risparmio, evitando, ad esempio, numerosi ricoveri; va peraltro aggiunto, al riguardo, che, se è vero che il ricovero ha una sua importanza nella cura del malato, anche in caso di trattamento sanitario obbligatorio, è altrettanto vero però che nel percorso terapeutico del paziente è un momento assolutamente trascurabile. Quindi, quanto dobbiamo of-

fruire al paziente è altro; mi riferisco, in particolare, al progetto di legge Burani Procaccini, che propone strutture residenziali assistite (cinquantamila posti letto, se non erro).

MARIA BURANI PROCACCINI. Lei ha già sentito il professor Munizza, al riguardo.

GIROLAMO DI GILIO, *Rappresentante dell'UNASAM*. Sì, ma ugualmente le dico che, non essendo essenziale, il momento del ricovero va integrato con una serie di misure antecedenti e successive. Dobbiamo, quindi, offrire al paziente un insieme di misure; in tale direzione è, del resto, orientato il progetto obiettivo nazionale, progetto che, come già si è evidenziato, deve solo essere attuato.

Quale rappresentante dei familiari di pazienti, credo di dovere svolgere ancora una considerazione in merito al TSO. Può sembrare che sostenga una tesi avventata ma, a mio avviso, non è importante modificare le procedure burocratiche. Alla fine, infatti, nel nostro paese, esse rivestono sempre un ruolo solo formale, consentendo, di fatto, troppo facilmente il ricorso al trattamento sanitario obbligatorio; in tale senso, non vi è garanzia che basti.

I nostri SPDC, ad esempio, potrebbero essere definiti con una espressione che, per doveroso decoro, non voglio pronunciare in questa nobile sede. Bisogna, dunque, che si provveda a garantire che il trattamento sanitario obbligatorio sia effettivamente efficace ed ineccepibile sotto tutti i punti di vista.

IGNAZIO CIANFANELLI, *Segretario dell'ARAP*. Ritengo sia compito dell'associazione denunciare quale sia la situazione attuale in maniera da fornirvi un quadro di riferimento preciso. Il termometro lo abbiamo avuto le rare volte in cui siamo riusciti a partecipare a trasmissioni televisive: in quelle occasioni, siamo stati « tempestati » di telefonate per più giorni da persone che condividevano le nostre posizioni di denuncia di una situazione

drammatica delle famiglie in tutto il territorio nazionale. Ciò deve essere ben chiaro, altrimenti, il nostro è un vuoto esercizio retorico. Non voglio demonizzare la legge n. 180, siamo, però, certi che, per assicurare la cura dei pazienti non collaborativi, tale legge vada modificata, del resto, non abbiamo alternative. Nelle condizioni attuali aumentano — ed aumenteranno sempre — i pazienti non collaborativi; per trasformarli in pazienti collaborativi è necessario un rapporto continuativo, ma la legge non assicura tale continuità di rapporto e non vi è alcuna probabilità che esso si verifichi.

Inoltre, vorrei fare riferimento alla recente dichiarazione del procuratore della Repubblica della Corte d'appello di Roma, secondo la quale al 30 giugno 2000 il numero di reclusi nelle carceri del territorio laziale era di 5.888, di cui una quota elevata composta da tossicodipendenti e disagiati psichici. Sono dati non di parte, che dovrebbero far riflettere.

PRESIDENTE. Do ora la parola ai colleghi che desiderano porre domande.

MAURA COSSUTTA. Desidero anzitutto ringraziare veramente tutti gli ospiti della Commissione; questi incontri sono interessanti perché ci consentono di approfondire il tema dell'indagine. Ho una sola amarezza nell'osservare come, certe volte, le proposte eclatanti e provocatorie siano più utili del lavoro meno spettacolare e non provocatorio che si porta avanti da tanti anni. Lo dico perché nella scorsa legislatura — e oggi sono presenti molti degli stessi membri componenti la Commissione — abbiamo lavorato duramente su tali questioni. La proposta di legge in esame, infatti, ha determinato uno *shock* — e dunque è stata provocatoria — per la qualità del progetto medesimo, ma sulla psichiatria mai il Parlamento aveva lavorato quanto nella scorsa legislatura.

Avevamo deliberato e svolto un'indagine conoscitiva impegnativa; ero, all'epoca, vicepresidente del Comitato permanente per il monitoraggio del processo di chiusura degli ospedali psichiatrici pre-

sieduto dall'onorevole Carlesi e abbiamo visitato tutte le regioni. Abbiamo così potuto capire le situazioni attraverso questa esperienza ed il dibattito svoltosi. Abbiamo compreso che si trattava di un processo faticoso, quello della chiusura, che implicava alti costi. Ci siamo scontrati con le resistenze di interessi economici concreti ed anche con errori di autoreferenzialità. Abbiamo fatto una forzatura nella legge finanziaria, circa la chiusura degli ospedali psichiatrici, perché avevamo capito, dopo la visita nelle regioni, che dovevamo intervenire subito o sarebbe andato avanti un modello deviato, cioè una stortura di quello che aveva ispirato la legge n. 180.

Veniamo così al dunque: non credo che l'autoreferenzialità e gli errori, che pure vi sono — siano imputabili al modello. Ha perfettamente ragione la dottoressa Lugli Andretta circa il discorso della qualità. L'alternativa che si pone è tra il modello e la correzione degli errori: questa è la domanda di fondo che dobbiamo porci con molta serietà perché nutro la preoccupazione che sia il processo di aziendalizzazione, sia il federalismo, sia alcune scelte di politica sanitaria effettuate in alcune regioni, stiano cambiando il modello.

I piani sanitari regionali, non solo quelli del Piemonte, comprendono cliniche neuropsichiatriche che sono, dal punto di vista del modello, illegittime. Lo vogliamo dire o non lo dobbiamo dire? Ha ragione perfettamente il collega — anch'io sono un medico — nel ricordare che i manicomi privati non sono chiusi: vi sono le cliniche neuropsichiatriche ancora aperte; allora, il primo punto è stabilire le sanzioni ed i poteri sostitutivi. Al riguardo, dobbiamo chiederci se, alla luce del nuovo articolo 117 della Costituzione, possiamo ancora intervenire. Se non affrontiamo tale punto, approveremo una legge bandiera, provocatoria, ma in realtà poi le regioni non ne terranno conto ed ogni piano sanitario nazionale seguirà una logica di modifica non dall'interno del modello, bensì del modello.

Onorevole Burani Procaccini, dall'ap-proccio seguito nella sua relazione, si inferisce che sta cambiando la cultura di riferimento dietro il modello. La previsione di 4 ore di ricreazione obbligatoria segue la logica — che dobbiamo superare — della manicomialità.

MARIA BURANI PROCACCINI. Va detto a loro, non a me.

MAURA COSSUTTA. Onorevole Burani Procaccini, lei lo ha scritto. La «manicomialità» è contenuta anche nel DSM, nel CSM, nel DH; il punto di fondo è la qualità, di cui parlava la signora Lugli Andretta; si è peccato di autoreferenzialità.

Esiste un problema sindacale oppure di frustrazione del personale? Risolviamo i problemi, ma non gettiamo via il modello per non guardare la verità. La presa in carico del malato grave è un obiettivo della legge n. 180 e del modello DSM: se non si è affrontato tale problema significa che si è lavorato male.

Ci troviamo in una fase di restaurazione culturale in cui tutti i malati sono cronici e lo diventano perché sono abbandonati dai servizi. Sono pronta a discutere, così come lo ero nella sede della conferenza nazionale; invece di approvare progetti di legge ispirati da una logica di restaurazione custodiale, ho avanzato ai membri della Commissione la proposta di svolgere un'indagine conoscitiva sul progetto obiettivo, in merito alla ragione per la quale non ha funzionato. Poniamo sotto esame, ognuno dal proprio punto di vista, gli aspetti problematici ma non gettiamo via il modello perché non renderemmo un buon servizio ai nostri malati e familiari.

AUGUSTO BATTAGLIA. Vorrei svolgere alcune brevi riflessioni, perché ritengo che il confronto odierno sia stato estremamente utile; esso ci suggerisce un metodo di lavoro che, forse, può produrre alcuni risultati. Ho ascoltato gli interventi, in ognuno dei quali credo sia contenuta una parte di verità; conosciamo tutti, per esperienza diretta o indiretta, la complessità e le difficoltà del fenomeno della

malattia mentale e siamo consapevoli dei limiti della situazione attuale, incontrati soprattutto dalle famiglie e dagli operatori dei servizi, quando non hanno condizioni e strutture per poter intervenire nella maniera più idonea.

Dobbiamo, però, chiarire quanto in questi anni si è costruito: prima il dottor Volpi, nel suo intervento, ha distinto tra chi distrugge, chi costruisce e gli agnostici. In questi anni, credo abbia prevalso la cultura della costruzione, con tutti i limiti che permangono: essa si è affermata e ha realizzato servizi, in misura minore o maggiore. Dobbiamo difendere il valore di questa cultura, cercando di capire come sia possibile continuare a costruire, senza nasconderci i problemi per i quali sono necessarie risposte efficaci.

Credo di aver colto alcuni punti che meritano approfondimenti: come si sviluppa e si realizza un trattamento sanitario obbligatorio? È sufficiente l'attuale modello o bisogna perfezionarlo, articularlo, rivederlo, precisarlo? È stato sollevato il problema dei malati non collaborativi, questione che è necessario risolvere. Dobbiamo capire se il problema della qualità degli interventi nasce dalla mancanza di professionalità: il modello può essere giusto ma si possono creare dei guasti se chi lo realizza non possiede gli strumenti culturali e professionali adeguati.

Esiste, inoltre, il problema delle strutture private, in relazione alle quali è necessario stabilire un rapporto con le regioni: non siamo autosufficienti, dobbiamo lavorare insieme alle regioni, che hanno una responsabilità maggiore rispetto a quelle del Parlamento.

Credo sia sbagliato combattere guerre di religione, discutendo ideologicamente per dividersi sulla base di principi fondamentali, senza interessarsi alla concretezza quotidiana.

Potremmo istituire una sede di approfondimento delle questioni sollevate, che meritano attenzione perché nascono dall'esperienza concreta, selezionando quelle prioritarie e ricercando le soluzioni a

partire dagli strumenti esistenti. Il progetto obiettivo deve essere migliorato, articolato, integrato? Dovremmo lavorare per raggiungere questi traguardi. Il tema delle risorse finanziarie è importantissimo perché ci può aiutare a risolvere altri problemi.

Non voglio sollevare polemiche politiche rispetto alla legge finanziaria ed alla questione del 5 per cento, peraltro ormai approvata. Poiché condividiamo l'obiettivo di finanziamenti più certi, potremmo cercare di capire in sede di Commissione (anche tramite confronti con il ministero dell'economia), quale possa essere il percorso attraverso il quale raggiungerlo.

Potremmo inoltre valutare la necessità di precisare alcuni aspetti legislativi, non per rimettere in discussione il lavoro compiuto (in questo caso dovremo ricominciare daccapo), ma per individuare le situazioni che richiedono alcuni aggiustamenti. Se invece ragioniamo a partire dai cambiamenti che dobbiamo produrre, senza analizzare i fatti concreti, ci facciamo trascinare da polemiche e contrapposizioni che non ci consentono di conseguire alcun risultato. Vorrei capire se da parte delle associazioni può esservi condivisione sul percorso che ho delineato.

CARMELO PORCU. Innanzitutto ringrazio i colleghi e gli illustri ospiti intervenuti per aver accettato il nostro invito.

Entrando nel merito della questione alla nostra attenzione sottolineo che di solito la società civile, che i nostri ospiti rappresentano, si pone in una posizione di suggerimento critico rispetto al mondo politico. Però, devo dire che oggi soltanto con l'ultimo intervento del signor Cianfanelli noi, che siamo da questa parte della barricata, siamo stati riportati alla realtà; quella realtà che io vivo personalmente tutti i giorni e che vede un disagio profondo sia dei malati di mente sia delle famiglie di questi. Riguardo a tale problema sono tra quelli che propone un approccio non ideologico, in quanto ho sempre sostenuto che chi vive in prima persona questi problemi non vuole ideologia ma pretende una soluzione concreta.

Proprio per questo non vedo perché oggi non si debba porre mano alla legge Basaglia (la n. 180 del 1978), tenuto conto che dal 1978 il mondo è oggettivamente cambiato; sono perfettamente d'accordo con chi sostiene che, con tale legge, Basaglia ha avuto il merito storico di chiudere i manicomi (questo nessuno lo nega), ma non anche il merito di riconoscere l'errore grave di chi sosteneva che la pazzia non esisteva ma era semplicemente frutto dell'ideologia. Questo approccio ha provocato disastri che non sono imputabili direttamente a Basaglia, ma sono riferibili a molti suoi allievi o suoi interpreti che non lo hanno compreso bene. Proprio per evitare che in futuro ci siano altri disastri, anche di segno avverso, dobbiamo seguire un approccio laico e non confessionale rispetto a questo tipo di problemi. Da parte mia sono per i processi personalizzati, perché ritengo che non ci sia un malato di mente uguale ad un altro malato di mente: a me non interessa, come diceva Mao Zedong, se i gatti sono neri o sono rossi, l'importante è che prendano i topi.

Signor Cianfanelli, i suoi malati chiedono di essere curati in strutture decenti e di non essere abbandonati; a tale proposito faccio l'esempio di una mia amica di Sassari che ha un'invalidità civile e psichica del 70 per cento, la quale era inserita nei primi posti della graduatoria riguardante le categorie protette al fine di ottenere un posto di lavoro; dopo dieci anni di permanenza in tale graduatoria, quando ormai era sul punto di essere assunta, la commissione medica l'ha convocata proponendogli, in ragione della sua percentuale di invalidità, una pensione di 450 mila lire mensili; lei ha accettato, e pertanto è stata cancellata dalla graduatoria e costretta a vivere con una pensione di 450 mila lire mensili.

Dobbiamo comprendere che bisogna affrontare tale problema senza alcuna riserva mentale; con questo non nego la continuità con quanto di positivo ha fatto nella precedente legislatura l'altra maggioranza, anche perché la maggior parte di quegli interventi in campo sociale e sanitario sono stati approvati all'unanimità,

discutendone in questa sede e, conseguentemente, tutti ce ne siamo assunti le responsabilità, nel merito e nel demerito, perché tutti quanti vi abbiamo collaborato. Adesso vorremmo continuare con questo tipo di rapporto costruttivo, anche perché se il problema della pazzia, in questo paese, fosse stato un problema risolvibile o facile l'avremmo già risolto.

L'altro giorno ho partecipato ad una mostra presentata da anziani malati di mente (la cosiddetta arteterapia) che vivono in una struttura protetta a Sassari, dando vita ad un'iniziativa bellissima. Anche se mi rendo conto che ci sono momenti in cui anche l'istituzionalizzazione ha una sua utilità, non posso accettare passivamente che essa diventi una pratica generalizzata, perché nel momento in cui un malato di mente viene tolto dal nucleo familiare ed inserito in un istituto o in una clinica viene privato di qualcosa che fa parte di se stesso; però, nello stesso tempo, non vorrei si sostenesse che non si deve assolutamente procedere a nessun tipo di trattamento in nome di principi astratti. Le situazioni sono difficili, complicate, terribili, perché chiamano in causa anche la dignità della persona; infatti, l'approccio da noi seguito è di tipo costruttivo e, in tal senso, non penso che la collega Burani Procaccini abbia prima svolto un discorso soltanto provocatorio, bensì ha raccolto un'istanza proveniente da un determinato settore del mondo che si occupa della salute mentale, ponendola coraggiosamente all'attenzione di tutti, allo scopo di fornire, insieme a me e agli altri colleghi che hanno lavorato su questo tema, un valido contributo alla soluzione del problema. Quindi, sicuramente recepiremo tale questione e vi saremo vicini, però il nostro approccio deve essere, quanto più possibile, realistico e non ideologizzato.

MARIA BURANI PROCACCINI. Ho ascoltato attentamente quanto ha detto nel corso del suo intervento l'onorevole Porcu, così come altrettanto attentamente ho seguito gli interventi dei rappresentanti delle varie associazioni, alcuni dei quali ho avuto già modo di incontrare in altre

occasioni, venendo così a conoscenza sia dei loro suggerimenti sia delle loro contestazioni.

Per quello che mi compete, come relatrice di una serie di proposte di legge, vi posso fin da ora assicurare che nel testo che predisporremo sarà presente quanto voi avete suggerito e quanto proporrà chi sarà audito in questa sede dopo di voi, nonché le proposte che saranno depositate nella nostra Commissione.

Vorrei anche ricordarvi che, nonostante siano trascorsi 23 anni dalla sua approvazione, la legge Basaglia n. 180 del 1978 non è ancora approdata ad uno sbocco definitivo (in Francia dopo tre anni le leggi vengono sottoposte a revisione). Ci siamo peraltro anche serviti di progetti obiettivo.

I progetti obiettivo hanno il difetto fondamentale di rimandare alle leggi finanziarie l'approvazione di stanziamenti, corrispondenti, nel minimo, ad almeno il 5 per cento, di volta in volta necessari nell'ambito della spesa sanitaria. Non sempre, però, dette leggi sono in grado — vuoi perché si rendono necessari interventi straordinari, vuoi per altre ragioni, vuoi anche perché si considera la spesa sanitaria nazionale alla stregua di un buco nero da evitare — di soddisfare le esigenze del settore.

È, perciò, necessaria una legge che, da un lato, raccolga le istanze dal basso e, dall'altro, risponda anche alle istanze del mondo scientifico, così da costituire, nell'insieme, un punto di riferimento per le regioni. È ovvio che dobbiamo ormai tenere conto di quanto fanno le regioni ma è necessaria una legge che trovi le risorse vincolandole a quel settore. Noi finalmente — lo sa il collega Battaglia — ci stiamo attivando piuttosto bene perché nella precedente legislatura è stata approvata una legge specifica a sostegno dell'infanzia. Si tratta della legge n. 285 del 1997, che, estrapolando le risorse dalle varie leggi finanziarie e vincolandole, permette, attraverso progetti presentati dalle regioni e dai comuni, di potere intervenire a favore dell'infanzia.

È necessario venire incontro alle esigenze del malato non con parziali modi-

fiche della normativa di settore ma, piuttosto, attraverso una legge specifica che rechi la copertura del proprio finanziamento, che, in altri termini, si regga sulle proprie gambe. Essa, certo, non potrà offrire una soluzione definitiva; del resto, se si riterrà opportuno, prevederemo una clausola di verifica a scadenza triennale. Non si vuole a tutti i costi legare una legge ad un nome, ad una Commissione, ad una maggioranza: tutto passa, i nomi si dimenticano e anche noi, siamo deputati *pro tempore*, transeunti.

Non ho voluto soltanto gettare un sasso in uno stagno; ho cercato di raccogliere un grido di dolore — per il quale mi sono afflitta già negli anni della passata legislatura — che urge si addivenga a risultati concreti. Ho incontrato tutte le associazioni; ho sentito tantissima gente; ho capito che qualcosa andava fatto. Il progetto obiettivo, evidentemente, non basta, come non basta una legge che pure ha avuto — nessuno lo disconosce — grandissimi meriti. È stupido, al riguardo, pensare che vogliamo cancellare il passato, quasi togliere la lapide ad una strada per mutarne il nome. Guardiamo alla Francia, dove si mantiene il passato ad un tempo con il futuro. Non sono usa, solo perché una legge proviene da una certa area politica e quindi, per così dire, ha un'etichetta politica, a criticarla. Se mi comportassi così, sarebbe davvero immorale. Vi ho parlato con apprezzamento — del resto, diedi, anch'io, un voto favorevole alla sua approvazione — della legge n. 285 del 1997, varata, nella precedente legislatura, da colleghi dell'allora maggioranza.

Si deve provvedere, ed anche in tempi rapidi, ad una modifica della legge n. 180 del 1978, certo non senza l'apporto vostro, con la massima e totale apertura. Tale apertura, rivolta anche verso interlocutori che operino nel settore, è condivisa dal presidente Palumbo e da tutti i colleghi. La legge che vogliamo approvare dovrebbe essere la più condivisa e partecipata possibile, anche dal basso.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti i partecipanti per il loro importante contributo. La nostra disponibilità sarà massima; nessuno tra noi ha preconcetti politici o ideologici su problemi tanto importanti. La nostra, al riguardo, è una Commissione un po' particolare perché, affrontando temi connessi alla salute — io, oltretutto, sono un medico — non può avere preconcetti politici e, al contrario, deve confrontarsi con chi, giornalmente, vive i problemi e costituisce, per ciò stesso, una fonte di saggezza. Costoro danno un contributo fondamentale all'elaborazione di leggi in tale settore. Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 17,55.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa
il 1° marzo 2002.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

