

ANNO 2006/2007

Seduta XXXV: lunedì 29 gennaio 2007 - serale

SOMMARIO

1. Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008
 - Rapporto di maggioranza dell'11 gennaio 2007; relatore: Graziano Pestoni
 - Rapporto di minoranza dell'11 gennaio 2007; relatore: Franco Celio
2. Chiusura della seduta e rinvio

PRESIDENZA: Bruno Lepori, Presidente

Alle ore 17.45 il Presidente dichiara aperta la seduta, presenti 81 deputati.

Sono presenti le signore e i signori deputati:

Adobati - Allidi-Cavalleri - Arn - Bacchetta-Cattori - Bagutti - Beltraminelli - Beretta-Piccoli F. - Bergonzoli - Bertoli - Bignasca - Bobbià - Boneff - Bonoli - Brivio - Butti - Caimi - Calastri - Canonica G. - Canonica I. - Carobbio - Carobbio Guscetti - Cavalli - Celio - Colombo - Dadò - Dafond - David - Del Bufalo - Dell'Ambrogio - De Rosa - Dominé - Duca Widmer - Ducry - Ferrari C. - Ferrari M. - Fiori - Foletti - Fornera - Gemnetti - Ghisletta D. - Ghisletta R. - Giudici - Gobbi N. - Gobbi R. - Guidicelli - Jelmini - Lepori - Lepori Colombo - Lombardi - Lurati - Maggi - Malandrini - Marra - Marzorini - Mellini - Menghetti - Merlini - Orelli Vassere - Orsi - Pantani - Pedrazzini - Pellanda - Pelossi - Pestoni - Piazzini - Pini - Poli - Quadri - Regazzi - Ricciardi - Righinetti - Rizza - Robbiani - Salvadè - Savoia - Soldati - Suter - Terrier - Torriani - Truatsch - Vitta

Si sono scusati per l'assenza:

Beretta Piccoli L. - Bordogna - Isenburg - Ravi

Non si sono scusati per l'assenza:

Arigoni - Croce - Lotti - Pinoja - Rusconi

1. PIANIFICAZIONE SOCIOPSICHIATRICA CANTONALE 2005-2008

Rapporti dell'11 gennaio 2007

Conclusioni del rapporto di maggioranza della Commissione speciale sanitaria: adesione all'entrata in materia e approvazione del decreto legislativo annesso al rapporto medesimo.

Conclusioni del rapporto di minoranza della Commissione speciale sanitaria: adesione all'entrata in materia e approvazione del decreto legislativo annesso al rapporto medesimo.

È aperta la discussione di entrata in materia.

CAIMI C. L. - Il gruppo PPD sostiene, seppur in modo critico, il rapporto di maggioranza. Esporrò quindi tutta una serie di riserve, espressione sia del gruppo che mie personali (cercherò di tenere distinte le cose). Ho strutturato l'intervento in cinque punti critici. Questa pianificazione sociopsichiatrica è, anzi tutto, estremamente importante per il Cantone; inoltre, essa ha impegnato per diversi mesi la Commissione speciale sanitaria; in terzo luogo, vi è una grossa aspettativa da parte sia dei pazienti che delle famiglie coinvolte, in qualche modo, in questa tematica. Credo quindi che occorra dedicare un po' di tempo a questo argomento.

La prima critica è che quella che è stata presentata dal Consiglio di Stato nel volumetto in formato A4, che tutti voi avete ricevuto, si rivela non essere, ad un'attenta lettura, una pianificazione. Essa non ne ha le caratteristiche tipiche, e neppure quelle minime. È pur vero che quando è stata redatta nessuno pensava entrasse in vigore la Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio, se così non fosse stato probabilmente il Consiglio di Stato avrebbe redatto questa proposta in un altro modo. Tuttavia, non siamo sicuramente di fronte ad un'opera pianificatoria, soprattutto se facciamo il confronto con la pianificazione ospedaliera. Prima di tutto, essa non contiene indicazioni sulle conseguenze finanziarie delle misure già realizzate – curioso che si pianifichi cose già fatte, ma comunque... – negli anni 2005-2006. Inoltre, essa non contiene neppure indicazioni di carattere finanziario sulle opere da realizzare negli anni 2007-2008. C'è stato uno scambio di corrispondenza piuttosto voluminoso tra la Commissione, il Consiglio di Stato e il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS): devo dire che c'è stata una serie di informazioni aggiuntive, che però, su questi temi, non hanno portato rilevanti o significativi dati che permettessero di fare chiarezza. In particolare la lettera, datata 16 novembre 2006, del DSS per la Commissione sanitaria, nulla toglie alla critica circa l'assenza di dati finanziari.

Pianificare significa prevedere, guardare al futuro; quella che abbiamo ricevuto noi, la cosiddetta pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008, presentata già in ritardo al Consiglio di Stato nel settembre 2005 (che l'ha approvata l'8 novembre 2005), è in realtà una fotografia – un'immagine statica – della situazione attuale. Non si tratta quindi di un discorso pianificatorio. Addirittura, si può dire che essa è una fotografia di quelle che erano le situazioni nel 2002-2003, visto che i dati che vi si trovano sono riferiti a quegli anni (con qualche eccezione).

Non si può quindi dire, se guardiamo al termine stesso di "pianificazione" (volto al futuro), che questo sia un discorso che ci si poteva aspettare in un settore così importante. Le 13 schede contenute nel documento del Consiglio di Stato hanno sì delle connotazioni parzialmente programmatiche, ma sono ben lontane da quello che ci si potrebbe attendere quando si parla di pianificare: pianificare significa pensare a investimenti, a modifiche, a cambiamenti, ad aggiunte o sottrazioni. Il Consiglio di Stato, nell'Allegato 3, ha effettuato un tentativo di fornire, in "zona Cesarini", dati di carattere finanziario, visto che la Commissione speciale sanitaria ha insistito sul fatto che senza di essi non avrebbe firmato alcun rapporto. In effetti, si tratta di dati di Piano finanziario, che non sono strutturati per gli scopi di una pianificazione: io vorrei riuscire a capire come si potrebbe, sulla base di questi dati, pensare di effettuare una pianificazione simile a quella operata nel settore ospedaliero.

Secondariamente, durante i lavori commissionali i componenti della Commissione speciale sanitaria sono rimasti colpiti, in modo negativo, dalla constatazione, ribadita in una lettera del 27 settembre 2006 dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), che gli addetti ai lavori di questa organizzazione non sono in grado di dare risposta a questa domanda: per quale ragione, nel Cantone Ticino, i pazienti vengono ricoverati coattivamente alla Clinica psichiatrica cantonale (CPC)? 675 persone vengono ricoverate coattivamente, a fronte di 970 pazienti ricoverati; noi abbiamo cercato di capire per quali ragioni le persone subiscono un ricovero coatto (per tipologia): non siamo riusciti ad ottenere una risposta, ci si è detto che non è possibile, sulla base dei dati disponibili oggi, fare un discorso statisticamente serio ed omogeneo. In altre parole, si pianifica senza sapere quali sono le tipologie per le quali si prendono determinate misure. E che sia un problema grosso, quello dei ricoveri coatti, lo si può leggere nel messaggio: essi sono stati il 55% dei casi nel 2001, il 59% nel 2002, il 49.1% nel 2003, il 50.9% nel 2004 e il 47.6% nel 2005. La metà dei pazienti che necessitano di terapie psichiatriche, quindi, sono ricoverati coattivamente.

La terza critica verte sul fatto che nella proposta governativa non si fa parola di una delle novità che rivoluzioneranno la panoramica sociopsichiatrica del Cantone Ticino nei prossimi anni, che avrà delle conseguenze piuttosto importanti dal punto di vista organizzativo e finanziario, e che cambierà abbastanza i paradigmi che stanno alla base della nostra OSC, ovvero che a partire dai prossimi anni la Società svizzera di psichiatria sociale imporrà anche all'OSC la collaborazione con un'università, e ciò come condizione imprescindibile per ottenere, in futuro, la parificazione dei diplomi e il diritto a formare medici specialistici. Oggi, non c'è niente di strutturato in questo senso. Si dovrà quindi scegliere l'università con cui collaborare, poi si dovrà elaborare un piano finanziario operativo, ed infine si dovranno allestire i necessari contratti di collaborazione. Lo ribadisco: di tutto questo – argomenti veramente pianificatori, non altre cose – non si trova una riga nel messaggio. Da dove esce allora questa informazione? Noi della Commissione speciale sanitaria abbiamo fatto un po' i segugi e, in sede di audizione, abbiamo cercato di capire quali potevano essere i problemi della sociopsichiatria cantonale. La stessa Commissione, quindi, in sede di audizione, ha richiesto esplicitamente, *motu proprio*, il 7 novembre 2006, informazioni al riguardo, informazioni che le sono state fornite dal dottor Tomamichel, responsabile ultimo della parte tecnica della sociopsichiatria ticinese.

La quarta critica è dovuta al fatto che vi sono riserve, da parte del nostro gruppo, anche sul contenuto del rapporto di maggioranza, che pure abbiamo firmato, del collega Pestoni. Noi l'abbiamo detto sin dall'inizio al collega: nonostante egli abbia fatto un immenso lavoro di approfondimento, che noi abbiamo estremamente apprezzato, vi sono delle cose che non possiamo condividere. Prima di tutto, non può essere condivisa quella che è, dal

punto di vista ideologico, un'appropriazione della sociopsichiatria da parte della sinistra. È vero che, su nostra insistenza, vi è stata una grossa modifica del testo del rapporto: il fatto che Basaglia sia finito negli allegati e non più nel testo principale vuol pur dire qualcosa; il fatto che sia stata lasciata cadere tutta una serie di critiche, rivolte in particolare al settore privato, che pure in Ticino è indispensabile affinché possa funzionare tutta la sociopsichiatria, deve pure essere riconosciuto al collega Pestoni. Nonostante questo, le riserve permangono, anche perché – glielo avevo detto nel corso dell'ultima riunione commissionale prima della firma – chi legge attentamente i documenti che trattano di questa tematica scopre che una parte non molto consistente, ma ideologicamente significativa, è ripresa dalla visione dell'Associazione per la difesa del servizio pubblico, di cui il collega Pestoni è segretario. Non è una colpa, ci mancherebbe altro, essere segretario di un'associazione, però va rilevato che alcuni passaggi sono ripresi tali e quali e non possono essere condivisi: mi riferisco in particolare al punto 3.5 (a pag. 6) e la pag. 11 delle conclusioni dell'opuscolo "La sociopsichiatria pubblica, un ruolo insostituibile". Evidentemente, noi non possiamo farci carico di tali conclusioni e condividere il taglio che viene dato.

In più, le riserve sono dovute ad alcune delle conclusioni contenute nel rapporto di maggioranza. Anzi tutto, criticiamo il punto 13.2 lett. b), dove si chiede che venga intensificata, numericamente, la presenza di personale affermando che questa è *conditio sine qua non* per evitare ricoveri coatti e contenzione: non si è d'accordo, perché non necessariamente le due cose sono in rapporto di causa ed effetto. Quindi, se questo è un discorso volto unicamente ad ottenere più personale, noi non condividiamo questo approccio, anche perché potrebbe andare a scapito di altri elementi importanti, e finanziariamente pesanti, della sociopsichiatria. Soprattutto, non siamo d'accordo con il fatto che è stato inserito, come un dato acquisito, al punto 13.3 lett. a) l'approvazione, come se vi fosse un accordo generale da parte della Commissione, della mozione¹ del collega Pestoni che prevede un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio. Noi non abbiamo sposato questa mozione, ce la siamo semplicemente ritrovata lì, e le riserve – in particolare mie, ma non solo – si riferiscono al fatto che queste cose sono rientrate dalla finestra, in luogo di entrare – se dovevano farlo – dalla porta.

L'ultima osservazione critica si riferisce alla necessità di allestire un decreto legislativo, che non era stato evidentemente previsto dal Consiglio di Stato al momento dell'allestimento del messaggio, proprio perché questa Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio, entrata in vigore il 1° gennaio 2007, era ancora di là da venire. Essa è entrata in vigore e non si può non fare qualche cosa, perché in Gran Consiglio non ci si limita più a discutere della sociopsichiatria, come si faceva fino all'anno scorso, bensì bisogna discutere e poi approvare o rinviare – totalmente o parzialmente – al Consiglio di Stato la pianificazione, con le conseguenze indicate all'art. 13 della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica [LASP; RL 6.3.2.1]. Il discorso diventa quindi diverso.

Il decreto legislativo proposto – che è uguale per il rapporto di maggioranza e di minoranza – chiede che si tenga conto delle discussioni e delle osservazioni formulate nel plenum parlamentare. Questo è quanto ha voluto il Gran Consiglio con questa novità dell'art. 13 della LASP, ed è quello che si è fatto sia all'interno del rapporto, sia – e credo sia importante – con le nostre odierne prese di posizione in Parlamento a nome dei gruppi e poi, sicuramente, anche a titolo personale. Queste cose, infatti, avranno una rilevanza sostanziale in futuro e il Consiglio di Stato dovrà tenerne conto, ritenuto che non è

¹ Mozione: *Per un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio*, Graziano Pestoni e cofirmatari, 26.09.2005.

possibile presentare emendamenti, ma che si può solo accettare o respingere – parzialmente o totalmente – la pianificazione.

Ritengo che la soluzione che ha scelto e proposto la Commissione, sia nel rapporto di maggioranza che in quello di minoranza, a proposito del decreto legislativo sia saggia. Giuridicamente forse non è pulitissima perché, evidentemente, ce la siamo un po' inventata, collaborando con i vari Servizi e anche con il consulente giuridico del Consiglio di Stato Guido Corti.

Si può comunque dire che vi è la necessità di dotare il Cantone degli strumenti affinché la sociopsichiatria sia all'altezza dei bisogni di pazienti, famiglie e cittadini. Si è allora preferito tenere in considerazione che quello che è stato presentato non era forse quanto si desiderava come Commissione; si dà fiducia al Consiglio di Stato, con le osservazioni formulate, invitandolo a completare quanto manca e, soprattutto, a fare in modo che nella pianificazione 2009-2013 le cose siano innanzitutto messe in cantiere prima, secondariamente che la pianificazione arrivi prima che siano già passati due anni del periodo di riferimento e, terzo, che si prenda in mano subito la questione importante, a giudizio della Commissione e del nostro gruppo, della necessità di coinvolgere un'università. Questo coinvolgimento implica anche scelte di carattere, probabilmente, non solo tecnico – poiché la sociopsichiatria non è solo tecnica – ma anche ideologico, riguardo al tipo di visione della sociopsichiatria in Ticino nei prossimi anni.

Io credo quindi che sarà importante dedicare attenzione a questo aspetto, anche perché se non lo si farà non ci sarà più la possibilità di formare medici specialisti nel Cantone Ticino in questo settore – ci mancherebbe altro che succedesse –; la stessa cosa vale anche per il personale para-sanitario.

Il cantiere deve rimanere aperto – o venire riaperto subito – e ce ne dovremo occupare, dedicandogli grande attenzione, sicuramente già nei prossimi mesi.

Alla luce di queste riserve, e formulate queste critiche, che reputo costruttive, il nostro gruppo chiede di sostenere il rapporto di maggioranza, ma con la precisazione – lo ripeto, a costo di essere noioso – che le riserve vengano considerate come il nuovo testo dell'art. 13 della LASP.

CAROBIO GUSCETTI M. - Il mio gruppo ha discusso con attenzione il messaggio e i rapporti – in particolare quello di maggioranza – sulla pianificazione sociopsichiatrica. Esso ha fatto proprie le considerazioni della maggioranza della Commissione, sia a proposito delle critiche sui tempi – in particolare, il documento per la pianificazione 2005-2008 è stato presentato dal Consiglio di Stato nel 2005 –, sia per quel che riguarda alcune indicazioni riguardanti progetti, sia sugli aspetti finanziari ma, soprattutto, il fatto che la pianificazione proposta dal Consiglio di Stato, dal profilo finanziario, comporta una crescita "zero". Di fronte a bisogni che aumentano – vi sono sempre più richieste in questo settore –, le risorse attribuite sono costanti e, come evidenziato nel rapporto di maggioranza, in alcuni casi addirittura diminuiscono.

Cito un solo esempio, perché penso che in seguito il relatore di maggioranza ben svilupperà questo tema: quello dei problemi di disagio psicosociale dei giovani. Si tratta di un problema in continua ascesa, lo dimostrano anche, a livello federale, gli ultimi dati relativi ai giovani che beneficiano di prestazioni assistenziali. La situazione, è vero, in Ticino è un po' diversa che nel resto della Svizzera, comunque nessuno può nascondere che ci sia un problema legato alla realtà e al disagio giovanile, sui quali è necessario intervenire. Noi riteniamo che questo sia uno degli elementi che vanno evidenziati.

Oltre a condividere le conclusioni della maggioranza commissionale per quanto riguarda il decreto legislativo, il nostro gruppo ritiene che nell'attribuzione di risorse al settore, particolare, della sociopsichiatria, occorre tenere conto anche dei bisogni degli utenti e del loro numero sempre crescente. Chiediamo quindi al Parlamento dapprima, e al Consiglio di Stato poi, di fare proprie le conclusioni inserite al capitolo 13 del rapporto di maggioranza. In particolare, si chiede «*di consacrare le necessarie risorse alla soluzione dei gravi problemi emersi*» [13.1 b)], constatazione che potrebbe sembrare molto generale, ma che trova riscontro, nell'ampio rapporto, con concrete esemplificazioni; di valutare e, se del caso, potenziare, il «*coordinamento con altre strutture pubbliche, con strutture private o sussidiate dallo Stato per evitare doppioni e inutili problemi di coordinamento*» [13.1 c)]; di «*chiarire compiti e competenze e di pianificare la presenza sul territorio di strutture intermedie*» [13.1 d)] e di «*prestare maggiore attenzione e controllo all'attività svolta da operatori e strutture pubbliche e private*» [13.1 f)] in questo settore, rispetto a un bisogno che è in costante aumento e che necessita di maggiori risorse.

Il mio gruppo sosterrà quindi il rapporto di maggioranza e auspica che un segnale positivo arrivi dal Consiglio di Stato.

SALVADÈ G. - Il contenuto del mio intervento sarà simile a quello del collega Caimi, ma giungerò a conclusioni differenti. Anche io vorrei capire come mai arriviamo in Gran Consiglio con due rapporti che, sostanzialmente, accolgono il dossier sulla pianificazione sociopsichiatrica cantonale, approvando un eguale dispositivo, ma si differenziano nei considerandi. Cosa non usuale poiché, in genere, nella prassi abituale, uno dei due rapporti si oppone all'entrata in materia oppure propone sostanziali, e comunque precise, mutazioni al dispositivo. Oltre a questo, è la prima volta che voteremo un rapporto pianificatorio che finora veniva solo discusso.

Una prima riflessione quindi sui considerandi che sono, in pratica, le riflessioni conclusive che dovrebbero servire al Consiglio di Stato per modulare e adattare l'intervento. Sarebbe interessante che qualche specialista di prassi politica nei rapporti tra Gran Consiglio e Consiglio di Stato ci dica sino a che punto questi considerandi siano o meno vincolanti per l'Esecutivo. L'esperienza di questi anni ci fa concludere comunque che hanno veramente ben poco peso. Lo si può notare anche, nello specifico di questa problematica, osservando come poca attenzione sia stata data ai considerandi espressi nel precedente rapporto sulla pianificazione 1998-2001, passato in Gran Consiglio "come una lettera alla posta", quindi con piena accettazione dei considerandi.

A questo punto, ci si potrebbe domandare a che servono considerandi con sfumature diverse: solo a confondere le idee. Questa è principalmente la ragione per cui molti commissari hanno firmato il rapporto Pestoni, premiando il lavoro approfondito del collega, il quale ha accolto molte osservazioni, adattando la sua relazione, pur mantenendo alcune riserve prevalentemente rivolte ai suggerimenti volti a potenziare personale e strutture.

Va osservato che dal rapporto Celio emerge con maggior evidenza il nostro scontento, poiché esso è stato inserito a chiare lettere nelle conclusioni (scontento del resto presente però anche nel testo del rapporto Pestoni): si tratta di una pianificazione che non è pianificazione ma piuttosto una fotografia di una situazione, e presentata, per giunta, troppo tardi.

Il rapporto Celio perde però l'occasione di proporre di respingere la pianificazione che

sarebbe la naturale conseguenza delle sue conclusioni: Celio si è reso conto che così avrebbe perso l'occasione di veder prevalere il suo rapporto che invece, formulato come ha fatto, probabilmente raccoglierà un maggior numero di consensi. È pur vero che respingere quest'atto sarebbe la conseguenza più giusta, ma creerebbe non pochi problemi di tipo giuridico: il Consiglio di Stato sarebbe a dir poco esautorato su un periodo pianificatorio praticamente già concluso. Insomma, un bel pasticcio.

Dopo queste considerazioni di principio, alcuni brevi spunti sui contenuti. Lascio ad altri eventuali riflessioni sulle strutture stazionarie – in parte già espresse –, mentre vorrei ribadire, come già fatto nella precedente pianificazione, che un intervento sul territorio non può essere fatto prescindendo da tutti gli interlocutori presenti. E intendo sia le reti d'aiuto domiciliare "Spitex", come l'impegnativo intervento nel campo della sociopsichiatria attuato da alcune realtà private, soprattutto attraverso strutture tipo "Day Hospital". In particolare, l'interazione con la psichiatria privata sembra non godere di grande considerazione da parte del DSS. A cosa valgono allora le considerazioni espresse nel precedente rapporto pianificatorio e ribadite dal rapporto Pestoni?

Altra questione importante è quella legata agli adolescenti gravemente problematici, che non dispongono attualmente di strutture di presa a carico sufficientemente specifiche. In tempi recenti, abbiamo appreso tutti, con preoccupazione, le difficoltà insorte nel Centro di pronta accoglienza e osservazione di base di Mendrisio. Ricordo ancora una volta la chiusura forzata (col pretesto di cavilli amministrativi) del settore di Bioggio della Fondazione "Il Gabbiano", che rispondeva egregiamente a quest'emergenza. Ricordo anche il rifiuto del Dipartimento di prendere in considerazione una proposta precisa presentata da una struttura privata. Il collega Pestoni propone, a questo soggetto, la creazione di due centri psicoeducativi Sopra e Sottocenerino. Questa soluzione potrebbe essere presa in considerazione nel caso in cui ci si appoggiasse a strutture operanti già presenti sul territorio: vedrei meno bene una creazione ex novo proiettata dall'alto.

Delle conclusioni di Pestoni non accettiamo nemmeno, come gruppo della Lega dei ticinesi, la proposta di approvare *tout court* la mozione² del 28 settembre 2005 "*Per un potenziamento del servizio medico psicologico sul territorio*", mozione che, a parere del gruppo, necessita un approfondimento in Commissione e una discussione in Gran Consiglio.

Tornando alla proposta pianificatoria, quello che colpisce, e riassumo, è il perseverare proseguendo su piste proprie senza la minima disponibilità a mettersi in discussione; di elementi mi pare ce ne siano in abbondanza.

In conclusione, pur ringraziando nuovamente il relatore Pestoni per l'approfondito lavoro e Celio per le puntualizzazioni di fondo, il gruppo si riserva di decidere la propria adesione (rispettivamente deciderò di togliere la riserva) dopo aver ascoltato la Direttrice del DSS e il collega Pestoni sulla mozione. Posso comunque ben comprendere che una pianificazione che non pianifica, che non accoglie (o per lo meno commenta) le suggestioni del Legislativo e che arriva in ritardo possa meritare di non essere accolta.

BERETTA-PICCOLI F. - Il Partito del lavoro dà un pieno appoggio al rapporto di maggioranza della Commissione speciale sanitaria. Rileviamo che l'OSC è un servizio che sta svolgendo un lavoro veramente importante. Vorremmo inoltre attirare l'attenzione sugli inganni di alcune associazioni private, le quali affermano di fare meglio, mentre poi si

² Vedi nota 1.

rivelano unicamente più brave nel far compiere degenze più lunghe nelle loro strutture private. Gli infermieri del servizio sociopsichiatrico effettuano una cura capillare: essi vanno quotidianamente a visitare parecchi pazienti, collaborando con il Servizio cure a domicilio del Luganese. Questo è un servizio che va potenziato, poiché permette realmente una diminuzione delle degenze; infatti, le persone sono visitate quotidianamente e possono assumere i farmaci loro prescritti senza che sia necessario ricoverarle; in questo modo, possono condurre una vita abbastanza normale. Spesso viene criticata la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) di Mendrisio, ma solo in essa vengono accolte tutte le persone, con tutte le patologie. La CPC di Mendrisio è veramente messa davanti a grosse difficoltà. È vero che è sempre richiesta una grande sorveglianza da parte della polizia, ma questo non a causa dei pazienti degenti, bensì di gente da fuori che cerca di infiltrarsi. Infatti, proprio per la sua caratteristica di apertura e democraticità, la CPC di Mendrisio soffre a causa di persone che, dall'esterno, si approfittano di persone malate per vendere loro sostanze che le fanno soffrire ancora di più. Sarebbe quindi auspicabile una maggiore sorveglianza, però a difesa dei pazienti.

Io trovo che la sociopsichiatria cantonale ha collaborato molto bene con l'Associazione per far fronte alla depressione: ad esempio, durante il giorno un locale dell'OSC viene concesso in uso all'Associazione "Equilibrium". La depressione è una malattia estremamente diffusa, che può essere combattuta solo con l'auto-aiuto e con l'appoggio del Cantone.

La psichiatria non va più vista con atteggiamenti di paura; i farmaci hanno fatto grandi progressi e le persone malate oggi possono vivere fuori dalle strutture psichiatriche, le quali, però, devono sempre poter accogliere qualsiasi persona in qualsiasi momento: la CPC di Mendrisio è esattamente un pronto soccorso che accetta qualsiasi persona. Se poi le degenze si protraggono, è perché ciò è necessario. Ultimamente, ho potuto constatare personalmente, visitando persone che vi sono ricoverate, che le degenze non si protraggono più come una volta, quando duravano anni. Oggi, si cerca veramente di far tornare le persone a vivere il meglio possibile. Si tratta quindi di una psichiatria d'avanguardia, che deve essere appoggiata, e non criticata.

FERRARI M. - Sono sempre stato contrario a far votare le pianificazioni al Parlamento: si tratta di temi tecnici, ed è bene che restino in mano all'Esecutivo. Ritengo invece utile la discussione: il mio intervento ha quindi quale scopo di stimolarla. In fondo, questa pianificazione sociopsichiatrica giunge tardi, e in ritardo viene anche discussa. Nel contempo, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità ha pubblicato, il 27 novembre 2006, una guida per la pianificazione in campo psichiatrico. È una guida interessante, che contiene il concetto di presa a carico integrata sul territorio, che probabilmente dovrà essere il nodo centrale della prossima pianificazione.

Questa è comunque un'utile occasione per discutere del disagio psichico, della psichiatria e della psichiatria sociale. A questo proposito, vorrei partire da due tipologie di dati: il numero di posti-letto nella psichiatria stazionaria acuta e il numero di concessioni del libero esercizio per psichiatri, psicologi e psicoterapeuti.

Per ciò che concerne i posti letto in psichiatria, nel 1970 avevamo 798 letti, di cui 754 presso l'Ospedale psichiatrico di Mendrisio e 44 presso la Clinica Viarnetto.

Nel 2000, al massimo dello sviluppo dell'impero Realini, avevamo 140 letti presso l'Ospedale psichiatrico e 201 nel settore privato.

Con l'ultima pianificazione, approvata nel 2005, abbiamo 155 letti presso l'ex Ospedale psichiatrico di Mendrisio (oggi CPC) e 156 presso cliniche private, per un totale di 311 letti.

Indipendentemente dalla collocazione tra pubblico e privato, appare evidente una sostanziale diminuzione del numero di letti acuti, scesi da 798 a 311 sull'arco di 35 anni. Un segnale senza dubbio positivo, che testimonia l'abbandono progressivo delle forme di istituzionalizzazione e la predilezione per gli interventi ambulatoriali su cui tornerò però a riflettere in modo critico.

Questo processo, per quanto riguarda l'OSC, poteva essere maggiormente accelerato se si fosse optato per investimenti più limitati nella ristrutturazione del Centro di Casvegno a favore delle strutture psicosociali poste sul territorio.

Dei circa 60 milioni di franchi investiti, la metà potevano essere funzionali alla psichiatria, l'altra metà è stata più funzionale al rilancio dell'edilizia, a dimostrazione che le mura attraggono investimenti e condizionano lo sviluppo di scelte operative più adeguate ai bisogni dei pazienti, come d'altra parte afferma il rapporto di maggioranza.

A proposito degli studi privati, se abbiamo assistito ad un'importante diminuzione dei posti letto dobbiamo invece registrare un aumento rilevante degli studi psichiatrici, psicologici e terapeutici.

Nel 1999 vi erano 43 psichiatri con studio privato, nel 2006 sono 62. Nel 1999 vi erano 80 psicologi con studio privato, nel 2006 sono saliti a 96. Nel 1999 vi erano 57 psicoterapeuti con studio privato, nel 2006 sono saliti a 81.

Va detto che le concessioni per psicologi e psicoterapeuti sono separate e possono accumularsi sulla stessa persona. I dati vanno quindi presi con cautela.

Se guardiamo però al numero complessivo di autorizzazioni rilasciate per l'esercizio della professione, rileviamo che nel 2006 abbiamo 84 psichiatri, 296 psicologi e 130 psicoterapeuti a cui vanno aggiunti 37 psicoterapeuti in formazione.

Alla netta diminuzione dei posti letto è corrisposto un aumento esponenziale della presa a carico psichiatrica, psicologica e terapeutica svolta da studi privati o da ospedali di giorno posti sul territorio.

Da questo profilo, la riflessione e l'azione basagliana, sviluppatasi attorno all'universo concentrazionario degli ospedali psichiatrici, ha perso in parte la sua attualità. Questo aspetto costituisce una debolezza del rapporto di maggioranza. Si diceva: «*Il manicomio è scritto fuori*»; non è più una battuta popolare, ma un fatto che deve suscitare grande preoccupazione. I professionisti del ramo, cresciuti in modo esponenziale, da simboli iniziali di una giusta attenzione alla sfera psichica, oggi sembrano diventati essi stessi dei sintomi.

Su questo dobbiamo riflettere, perché l'aumento del disagio psichico è evidente. I dati forniti nel documento pianificatorio parlano in modo preciso dell'aumento considerevole delle persone che si sono rivolte ai vari servizi dell'OSC. Nel 1991 erano 4'674, nel 2003 erano 7'161.

Se guardiamo al versante dell'assicurazione invalidità, constatiamo che ad inizio 2005 i casi di invalidità per motivi psichici erano 92'000 vale a dire il 37% del numero totale di invalidi. Se stiamo invece ai costi netti LAMal per psichiatria e psicoterapia degli adulti, dei bambini e degli adolescenti constatiamo un aumento da fr. 269'878'000.- nel 1999 a fr. 420'852'000.- nel 2005. Il documento pianificatorio in discussione, nelle sue conclusioni afferma: «*L'aumento progressivo del numero di pazienti che necessitano di interventi da parte della psichiatria pubblica, unitamente all'aumento consistente di specialisti privati, non può non far riflettere. Le concause di queste tendenze, sulle quali non ci è possibile dilungarci in questo contesto, si situano a livello di fragilità individuale, del contesto familiare e dei cambiamenti socio-culturali ed economici in atto*».

Ecco quindi l'interrogativo, enorme e centrale, del perché cresce il disagio psichico.

Mi limiterò ad analizzare un aspetto della questione, che personalmente ritengo

comunque rilevante. Frank Furedi, sociologo americano, ha pubblicato nel 2004 – la traduzione italiana è del 2005 –, un libro dal titolo significativo: "Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana"³.

Un libro denso che raccoglie e sintetizza numerosissimi studi. Nell'introduzione Frank Furedi afferma:

«Nella nostra cultura, il mondo interiore dell'individuo è diventato il luogo in cui emergono e in cui si ritiene debbano essere risolti i problemi della società. Questo spostamento dell'accento dalla vita sociale alla vita interiore dell'individuo ha prodotto anche un riorientamento della vita intellettuale, sempre più centrata sul sé. Poiché il sé è definito da sentimenti ed emozioni, lo stato emotivo viene spesso considerato l'elemento chiave che determina il comportamento individuale e collettivo. I problemi sociali vengono interpretati come problemi individuali che non hanno nessun legame diretto con l'ambito sociale. Una delle conseguenze di questo declino dell'immaginazione sociologica è la tendenza crescente a ridefinire le questioni pubbliche come problemi privati dell'individuo, utilizzando il linguaggio individualizzato della terapia».

In altre parole, da tempo assistiamo ad una medicalizzazione, psichiatrizzazione, terapeutizzazione dei problemi sociali: il codice terapeutico sta sommergendo altri codici interpretativi, spesso mettendo al centro l'emotività a discapito della razionalità.

Da anni è in atto una forma di privatizzazione dei problemi pubblici, ben interpretata dal privato, ma da cui non è esente il pubblico nella misura in cui non insiste a sufficienza sugli interventi legati alla sociopsichiatria.

L'architetto Aurelio Galfetti, l'altra sera, pur parlando di architettura, denunciava questa situazione affermando che *«la cultura dello spazio pubblico non fa più parte della cultura moderna».*

Il senso all'esperienza umana viene sempre più dato non tanto dalla dimensione pubblica ma, per dirla con Nolan, da una nuova classe sacerdotale di psichiatri e psicologi.

Questo senso non lo si ritrova nella dimensione pubblica, ma nella grande solitudine degli studi e delle persone, attorno alle quali sono cresciute nuove mura ormai altrettanto dense di quelle dei vecchi ospedali.

Parlare di pianificazione sociopsichiatrica vuol dire in primo luogo aprire con forza questo dibattito culturale, che evidentemente coinvolge tutti i settori della vita civile e significa riscoprire fino in fondo di cosa deve essere fatta la città e la cittadinanza.

Questo è lo stimolo che volevo portare.

COLOMBO M. - Dopo aver letto la pianificazione elaborata dal Consiglio psicosociale cantonale e approvata dal Consiglio di Stato ed i due rapporti dei colleghi membri della Commissione speciale sanitaria, tengo particolarmente ad esprimere a titolo personale su un oggetto che ha sempre attirato la mia attenzione, sia per gli aspetti sociali e riabilitativi che implica, sia perché a Mendrisio abbiamo sempre convissuto con questa realtà. Anzitutto mi rallegro che nessuno dei due rapporti metta in dubbio la qualità della LASP che abbiamo revisionato nel 1999 ed il lavoro svolto dall'OSC nella sua applicazione. Sono necessarie però alcune osservazioni.

Secondo il mio parere, la migliore lettura di questa pianificazione è stata svolta dai colleghi che hanno firmato il rapporto di minoranza, anche se a mio avviso ci sarebbe voluto un po' più di coraggio nel sostenere il lavoro svolto dal Consiglio psicosociale cantonale. Chiedere una

³ Furedi Frank, *Il nuovo conformismo. Troppa psicologia nella vita quotidiana*, Feltrinelli, 2005.

quantificazione dei costi per ogni misura prevista è impossibile perché l'Ente pubblico è responsabile solo di una parte, per di più minoritaria, delle strutture e dei professionisti attivi nella cura della salute mentale nel nostro Cantone. In questa situazione, la pianificazione non può che essere un documento con indicazioni d'indirizzo. Dove è stato possibile, i costi generati dalle proposte sono stati quantificati nell'allegato trasmesso al Gran Consiglio. È utile ricordare che questa pianificazione è stata elaborata considerando i contenimenti della spesa pubblica e la revisione dei compiti dello Stato proposti nella legislatura che sta per concludersi. Questo aspetto ha certamente condizionato l'incisività delle proposte.

Il rapporto di maggioranza è troppo ideologico ed ha la tendenza ad essere conservatore, perché prevede di rispondere alle forme di disagio con gli stessi strumenti e la stessa chiave di lettura che ha portato all'adozione della LASP nel 1983. A più di vent'anni dalla sua adozione, essa ha effettivamente permesso di migliorare considerevolmente la presa a carico del paziente psichiatrico nel nostro Cantone. I letti sono diminuiti del 60%, i pazienti ambulatoriali adulti sono aumentati del 300%, la degenza media è fortemente diminuita. Questo rappresenta un chiaro miglioramento delle condizioni di vita del paziente e, indirettamente, anche un risparmio per l'Ente pubblico e per gli assicuratori malattia.

In vent'anni, però, anche le condizioni quadro si sono modificate e, restando ancorati solo e unicamente ai principi di quell'epoca, come proposto dal rapporto di maggioranza, si penalizza l'attività svolta in questi anni, attività che è e deve restare all'avanguardia. In questo senso, non voler accogliere la proposta di creare dei centri di competenza è a mio avviso un errore strategico che potremmo pagare in futuro. Lo stesso si può affermare per le interessanti osservazioni e proposte sull'evoluzione del mondo del lavoro e sul disagio giovanile. Quest'ultimo tema richiede un breve approfondimento.

È meritevole il tentativo svolto dalla psichiatria pubblica di consacrare principalmente il suo intervento ai casi più gravi, proponendosi però anche quale supporto per gli altri ambiti in cui si prende a carico il malessere di alcuni giovani concittadini. Questo Parlamento ha legiferato sul tema accogliendo la Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni [RL 6.4.2.1], che costituisce una buona base di partenza. Ora però non si devono confondere i ruoli. Per questo ben venga il gruppo di lavoro interdipartimentale tra il Dipartimento della sanità e della socialità, il Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport, e il Dipartimento delle istituzioni (DSS-DECS-DI) per proporre una chiave di lettura e delle proposte operative comuni e condivise che permetteranno di affrontare il problema evitando doppioni.

Detto questo, credo che la Pianificazione sociopsichiatrica debba essere accolta ai sensi dei considerandi espressi nel rapporto di minoranza.

PESENTI P., DIRETTRICE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ -

Molti di voi, nei loro interventi, hanno lamentato il ritardo con cui la pianificazione è stata presentata. A dire il vero, essa vi è stata presentata nell'autunno 2005 per il periodo 2005-2008. Ammetto che l'abbiamo presentata nel primo anno – già inoltrato – di riferimento della pianificazione, però ne avete parlato come se l'avessimo presentata nel 2009.

Piuttosto, abbiamo avuto l'impressione che – magari – in Parlamento si sia atteso il cambiamento legislativo previsto per il 1° gennaio di quest'anno, cambiamento che comporta il voto, e non solo la discussione sulla pianificazione. Avete quindi ragione di lamentarvi – la pianificazione è stata presentata nel 2005 invece che nel 2004 –, ma potrebbe anche essere il Governo a lamentarsi, poiché ne stiamo discutendo ora, cioè nel 2007.

Si lamenta anche – parecchi lo hanno fatto – la mancanza di dati finanziari: mi dispiace, ma anche questa critica devo rimandarla al mittente. Infatti, avete ricevuto gli stessi dati, molto dettagliati, postazione per postazione, che ha ricevuto il Governo e che aveva a disposizione il DSS. Si tratta di dati precisi, che costituiscono qualcosa in più di una semplice proiezione e che sono contenuti nel Preventivo e nel Piano finanziario. Tra l'altro, da subito, avete anche avuto a disposizione i dati sulle conseguenze finanziarie dei nuovi progetti, delle novità di questa pianificazione.

In un certo senso, tuttavia, vi capisco: questa non è una pianificazione "a fotografia" – come qualcuno ha detto –, perché, in realtà, i progetti, nel documento, ci sono, e sono molti, ma il fatto è che tutti questi progetti dovevano essere "a costo zero". Del resto, voi stessi – in Parlamento lo avete ribadito più volte – volete una crescita della spesa praticamente vicina allo zero – quanto meno in termini reali, o di mezzo punto o un punto in termini nominali – e in questo senso avete approvato il Preventivo. In realtà, quindi, ad essere "fotografati" o "fotocopiati" sono i costi, o la spesa. Nella pianificazione, invece, la progettualità c'è: in questo senso, essa è una pianificazione, e non una fotografia. Soprattutto, è presente l'attenzione ai nuovi bisogni della popolazione. Se leggete l'elenco dei cosiddetti "centri di competenza" – non vuol dir altro che riunire delle competenze per migliorare la qualità dell'approccio – potete vedervi la lista dei nuovi bisogni emergenti della popolazione del Cantone Ticino (giovani, anziani, precarietà del lavoro, eccetera). Capisco quindi che vi lamentiate dell'aspetto "fotografico" della pianificazione, ma vi invito pure a riflettere su questo fatto: ad essere "fotocopiati" sono stati i conti, affinché non vi fosse nessun aumento. Vi assicuro che riuscire ad essere progettuali in queste condizioni è stato davvero difficile.

Toccare tutti i temi della pianificazione è impossibile: avevo preparato un intervento di una decina di pagine, ma non penso di propinarvelo. Ritengo tuttavia importante riprendere alcuni punti: certi sono stati sciorinati nella discussione odierna, altri, invece, erano magari più attuali nel corso delle audizioni commissionali.

In primo luogo ci sembra importante rilevare che entrambi i rapporti ribadiscono che l'impostazione dell'assistenza sociopsichiatrica nel nostro Cantone, adottata in virtù della LASP, mantiene il suo valore e che i principi cardine, che hanno portato alla creazione dell'OSC come la conosciamo adesso, sono tuttora validi e – ne prendo atto – condivisi dal Parlamento. Questa è la prima buona notizia.

La seconda considerazione riguarda il rapporto tra pubblico e privato. Il rapporto di Graziano Pestoni si sofferma a lungo sulle modifiche intervenute nel numero degli operatori che si occupano di psichiatria sul territorio cantonale. Sappiamo che cosa è successo: se qualche decennio fa avevamo una presenza di letti pubblici del 94%, ora siamo passati al 50%. Lo stesso è avvenuto nel campo degli operatori con pratica privata: il loro numero – e il loro fatturato – è aumentato considerevolmente.

In questo quadro, a nostro avviso, il rapporto di maggioranza sottolinea giustamente che il settore *«privato si è sviluppato, sia in strutture acute, sia in quelle intermedie [e, aggiungiamo noi, in quelle ambulatoriali], anche al di fuori di qualsiasi scelta pianificatoria (...)»*. Effettivamente l'OSC non ha potuto far fronte a tutte le sollecitazioni, anche a causa – lo voglio sottolineare – delle ripetute misure di contenimento della spesa: giuste o sbagliate, condivise o condivisibili che fossero, è un dato di fatto che lo sviluppo dell'OSC è stato fortemente frenato dai contenimenti della spesa, mentre il settore privato non era sottoposto, evidentemente, a questi vincoli. L'unico vincolo di sviluppo del settore privato dovrebbe essere l'aumento dei premi di assicurazione malattia, ma in quell'ambito sappiamo come vanno le cose.

Un altro tema che desidero toccare, in particolare per mostrare le differenze tra i due

rapporti e quanto questo tema sia complesso, è quello dei ricoveri coatti e della contenzione. Il rapporto di maggioranza esprime alcune critiche, anche convinte, all'operato della CPC. Anzi tutto, voglio ricordare che di principio i ricoveri coatti devono essere l'eccezione e non la regola: di questo siamo tutti convinti, e lo sono certamente anche gli operatori sanitari della CPC. In quest'ottica, in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale, la CPC ha redatto un nuovo formulario per la decisione di ricovero coatto, e l'ha distribuito a tutti i medici attivi sul territorio cantonale, poiché da lì viene, evidentemente, la decisione del ricovero coatto e non dalla CPC (l'uso della coazione o del contenimento avviene infatti già alla partenza e non solo all'arrivo in clinica). L'obiettivo di questo formulario è quello di prevenire il più possibile questi ricoveri coatti. Per promuoverne la prevenzione e per fare quindi in modo che ve ne sia il numero minore possibile, è necessario operare maggiormente, appunto, a livello di chi invia i pazienti in clinica.

La minoranza della Commissione mette anche l'accento su questo aspetto. Tuttavia, essa si preoccupa dell'altra faccia della medaglia, della presunta – secondo noi – *«scarsa attenzione ai problemi di sicurezza (per i famigliari, o per altre persone vicine) che determinano in genere i ricoveri coatti e le altre restrizioni – temporanee – della libertà dei pazienti (...)*».

Questi due rapporti, che sono stati elaborati da voi, indicano con estrema chiarezza le difficoltà quotidiane con cui sono confrontati sia la CPC che i Servizi sul territorio: da un lato vi è una forte pressione affinché vengano tutelati al massimo i diritti dei pazienti – quindi meno coazione possibile –, dall'altra ve ne è una altrettanto forte affinché si garantisca la sicurezza di quelli che stanno attorno ai pazienti, che chiedono, eventualmente, più contenzione o coazione. In questo senso, vi posso assicurare che la CPC applica e mette in atto tutte le disposizioni per applicare la LASP che, nei suoi artt. 16-28 (ammissione e collocamento) e 40 (costrizione) fissa già chiaramente il quadro legale. Esiste quindi, di fatto, nel nostro Cantone, una base legale chiara, codificata, secondo la quale agire.

È anche utile informarvi sul fatto che la CPC dispone del 50% dei letti cantonali, ma assorbe il 100% dei ricoveri coatti. Il risultato è che – il calcolo è facile – il più delle ammissioni alla CPC sono ricoveri coatti.

A proposito della dotazione di personale, il rapporto di maggioranza presenta una dettagliata analisi della dotazione in seno all'OSC in relazione al numero di utenti seguiti. Nella sua analisi il relatore è incorso forse in un malinteso per quanto concerne la CPC. Infatti egli riprende integralmente la presa di posizione della Commissione del personale del 2001, che chiedeva l'aumento del personale per la CPC. È però silente sul fatto che il Consiglio di Stato abbia accordato già nel 2002 all'OSC, proprio per la CPC, 10 unità supplementari di personale infermieristico e 1 posto di medico assistente, visto che ce n'era veramente bisogno.

Per quanto concerne invece la dotazione dei servizi ambulatoriali, si potrebbe farli passare ad uno ad uno – dal Servizio psico-sociale (SPS), al Centro abitativo ricreativo e di lavoro (CARL), di cui abbiamo discusso molto anche in Parlamento, ai Centri diurni, ai Servizi medico psicologici per i minorenni (SMP). Rilevo che è vero che questi servizi fanno fatica a rispondere alle sollecitazioni dell'utenza, anche perché il numero di pazienti è aumentato molto: ad esempio, nei SPS – quindi per adulti –, l'aumento di 1'500 pazienti dal 2000 (anno di apertura ufficiale del Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) al 2005 è importante ed esigerebbe un adeguamento degli effettivi.

Naturalmente va detto che il costo totale lordo di tutti gli adeguamenti degli effettivi del personale, se partiamo da queste 32 unità, è di 3.7 milioni di franchi, da cui vanno dedotti i possibili ricavi di circa 1.2 milioni; l'aumento netto per il Cantone ammonterebbe quindi a 2.5 milioni di franchi.

Desidero aggiungere per vostra informazione, anche se questa proposta non è contenuta nella pianificazione, che con questi aumenti che vengono richiesti, l'effettivo dell'OSC tornerebbe, di fatto, a 478 unità, e avrebbe quindi lo stesso personale che aveva nel 1993, quando i pazienti erano però 5'700, rispetto agli 8'700 del 2005!

Prendo atto del fatto che il rapporto di minoranza non chiede esplicitamente nessuna misura, al di fuori di quanto visto precedentemente, ma si limita a chiedere la quantificazione dei costi, sulla quale ci siamo già espressi. Per quanto concerne invece il rapporto di maggioranza, ho risposto solo alle principali osservazioni; ve ne sarebbero altre di dettaglio, sulle quali interverrò eventualmente in seguito, qualora il relatore lo richiedesse.

Concludo quindi con la richiesta, da parte del Governo, di approvare la pianificazione sociopsichiatrica come presentata nel messaggio.

CELIO F., RELATORE DI MINORANZA - Rispondo alla critica rivolta dalla Consigliera di Stato a proposito del ritardo: lei ha ipotizzato che la discussione è stata volutamente tirata per le lunghe in Commissione, al fine di arrivare in Parlamento solo nel nuovo anno, sotto l'egida della nuova legge che dà maggiori competenze al Gran Consiglio. Devo contestare questa ipotesi, perché se già il documento in esame – il messaggio – è arrivato con più di un anno di ritardo da parte di chi si occupa professionalmente di queste cose, a maggior ragione dovrebbe essere comprensibile il ritardo da parte di una Commissione composta da parlamentari di milizia. È forse vero che qualche rinvio di una discussione da una seduta commissionale a un'altra avrebbe potuto essere evitato, ma dal momento che si devono effettuare audizioni e che si devono assumere informazioni, diventa inevitabile che il tempo si dilunghi.

Per quanto riguarda il messaggio, credo che esso sia un documento interessante dal punto di vista dell'indicazione delle situazioni presenti, ma anche che, per quanto riguarda l'aspetto pianificatorio vero e proprio, alla fine – mi scuso per l'espressione un po' semplicistica –, se ne sa, più o meno, come all'inizio. Infatti, ci sono sì delle indicazioni, ma il loro carattere è piuttosto generico e mancano di aspetti importanti, in particolare quelli finanziari. Ci si fa notare che queste indicazioni sono poi state trasmesse in un secondo tempo, sotto forma di allegati o di documentazione messa a disposizione della Commissione, ma noi riteniamo che queste indicazioni dovevano essere parte costitutiva del documento pianificatorio.

Su questi aspetti, comunque, le valutazioni sono più o meno convergenti sia nel rapporto di maggioranza che in quello di minoranza.

Vi è invece una divergenza di vedute per quanto concerne l'impostazione dei rapporti commissionali. Il rapporto del collega Pestoni era inizialmente previsto quale rapporto unico della Commissione. In seguito, constatato che esso aveva un'impostazione che da parte di parecchi non era condivisa, si sarebbe anche potuto firmarlo con riserva, o solo per le conclusioni. Una parte della Commissione, tuttavia, ha ritenuto più corretto presentare un rapporto vero e proprio – anche se poi qualcuno lo ha giudicato troppo scarno –, al fine di esprimere le valutazioni divergenti.

Le divergenze si spiegano soprattutto per due motivi. Il primo verte sull'adesione acritica che Pestoni dà all'esperienza Basaglia. Noi non siamo, evidentemente, degli specialisti del

settore, e non siamo quindi in grado di dire se detta esperienza vada bene o meno, se sia valida al 100% oppure solo in una misura minore. Resta il fatto che il metodo Basaglia è stato elaborato una trentina di anni fa, quindi in un contesto storico diverso e in una situazione geografica e territoriale diversa dalla nostra: Trieste non è il Ticino, quindi dubito che si possano applicare, pari pari, le stesse conclusioni in una realtà – appunto – diversa.

Il secondo aspetto del rapporto Pestoni che non ci convince è l'adesione altrettanto acritica alle rivendicazioni del personale. È chiaro che quanto dice il personale, che quotidianamente ha a che fare con le situazioni di cui qui si tratta, debba essere tenuto in conto, ma forse non sono necessariamente le uniche considerazioni che vanno prese in esame. Constato, del resto, che le nostre critiche sono state ribadite, in particolare anche dal portavoce del PPD, il quale ne ha aggiunte addirittura delle altre, pur arrivando a mio parere ad una conclusione non del tutto logica (ma, evidentemente, ognuno è libero di fare le considerazioni che vuole). Da parte nostra, abbiamo ritenuto che le modifiche apportate al rapporto Pestoni dopo le critiche espresse in Commissione fossero insufficienti o, comunque, che non modificassero la sostanza del rapporto. Abbiamo quindi ritenuto più opportuno e corretto presentare un rapporto di minoranza, contenente considerazioni diverse. È vero – e può sembrare strano – che poi al rapporto di minoranza è allegato un decreto legislativo identico a quello del rapporto di maggioranza. Tuttavia, nei due decreti – quello della maggioranza e quello della minoranza – si dice che occorre prendere atto dei considerandi, e quelli contenuti nel rapporto di maggioranza non sono gli stessi di quelli proposti dalla minoranza.

Devo inoltre respingere una considerazione fatta dal collega Salvadè, il quale ha affermato che la conclusione logica del rapporto Celio avrebbe dovuto essere il rifiuto della pianificazione; io ho cercato di spiegare perché non concludiamo proponendo il rifiuto: nel documento che abbiamo esaminato non sono contenuti gli estremi per un rifiuto. Abbiamo optato quindi per questa forma un po' democristiana – diciamo così – della non sfiducia ma che, appunto, vuole sottolineare uno scarso entusiasmo per quanto ci è stato proposto e un auspicio che, in futuro, si abbiano ad esaminare documenti più incisivi.

Aggiungo un'ultima cosa per chi, nonostante diverse critiche, ha ritenuto comunque di potere appoggiare il rapporto Pestoni: dalle sue conclusioni leggo che *«la Commissione è consapevole che la messa in atto delle sue proposte potrebbe comportare, almeno nel breve periodo, un aumento di spesa per l'Ente pubblico. (...) [Ciononostante] le maggiori risorse investite nei servizi dell'OSC, ormai ampiamente collaudati (...), consentirà di contenere i costi in altri settori (...)*». Può darsi, ma bisognerebbe specificare quali e quanti. A me sembra quindi che non si possano approvare delle cose con questa *nonchalance*, per cui vi invito a votare il rapporto di minoranza.

PESTONI G., RELATORE DI MAGGIORANZA - Vi prego di scusarmi per la lunghezza del rapporto (quasi 50 pagine, con gli allegati) – che ha costretto chi ha voluto leggerlo ad un lavoro supplementare – e anche per l'intervento odierno, più lungo rispetto alle mie abitudini. Ci sono però momenti in cui bisogna sapersi fermare, riflettere, valutare attentamente se le strade sin qui percorse sono ancora valide, oppure se sono necessari correttivi. L'intervento nel campo sociopsichiatrico, oggi, è uno di questi. Al relatore prima e, successivamente, alla Commissione, è apparso necessario un approfondimento particolare per l'importanza del tema e la particolarità del momento. Non è sembrato sufficiente prendere atto del rapporto governativo e limitarsi a qualche osservazione puntuale.

Non passa giorno, o quasi, in cui gli organi di stampa non riferiscano di fatti gravi, a volte molto gravi – aggressioni sui mezzi pubblici, accoltellamenti, risse, sovraindebitamento, suicidi –, nei quali sono coinvolti pre-adolescenti, adolescenti, giovani adulti. Il disagio psico-sociale di un giovane coinvolge inoltre drammaticamente tutta la sua famiglia, e l'intera rete sociale nella quale è inserito.

Su altre situazioni non si sa invece nulla pubblicamente, ma la situazione non è per questo meno allarmante. I ricoveri nella clinica psichiatrica, nel 2005, sono stati quasi 1'500, di cui quasi 700 in forma coatta, ossia contro la volontà dell'utente, con l'ambulanza e spesso con l'intervento della Polizia. Ciò costituisce un dramma per le persone coinvolte. Altrettanti ricoveri sono effettuati nelle cliniche private. La malattia psichica è diversa dalle altre: essa, come il disagio giovanile, sconvolge l'ambiente familiare e la rete dei contatti.

Il gruppo di persone interessate è molto più grande rispetto a quanto si possa immaginare. Nel 2005 gli utenti delle strutture pubbliche sono stati quasi 9'000. A questi bisognerebbe aggiungere tutti coloro che si sono rivolti a strutture private oppure ad operatori privati. Se dovessimo considerare anche i famigliari, constatiamo che stiamo parlando di una problematica che riguarda, nel nostro Cantone, decine di migliaia di persone. Si tratta di persone che vivono una forte situazione di disagio e una grave sofferenza.

La pianificazione elaborata dal Dipartimento e dal Consiglio di Stato, secondo la Commissione speciale sanitaria, descrive correttamente questa situazione. La Commissione ha però espresso critiche su altri aspetti:

- sui tempi: il documento è stato fornito l'8 novembre 2005, quasi un anno dopo l'inizio del periodo interessato. Se si considerano i tempi necessari per un esame commissionale, è evidente l'impossibilità di trasmettere al Governo il parere del Parlamento in tempo utile;
- sulle carenze progettuali: poche sono le indicazioni contenute nelle schede allegate, e non tutte sono state considerate adeguate;
- sugli aspetti finanziari: come ha già rilevato Carlo Luigi Caimi (e anche altri), le informazioni sono state carenti. Soltanto il 4 gennaio 2007 – qualche settimana fa –, la Commissione ha ricevuto indicazioni finanziarie più precise;
- infine, la Commissione ha preso atto che la pianificazione è stata adottata, dal profilo finanziario, secondo i criteri del Consiglio di Stato della "crescita zero": ciò significa che mentre il disagio aumenta, mentre i pazienti e gli utenti aumentano, le risorse attribuite sono costanti e, in certi casi – come vedremo – addirittura diminuiscono!

Come dicevo, la Commissione ha voluto fare un esame approfondito del settore. In quest'ottica ha voluto verificare se la LASP, approvata oltre vent'anni fa e allora ritenuta all'avanguardia, sia ancora valida. Essa ha preso atto che operatori, Governo e Parlamento hanno ripetutamente e ancora recentemente confermato la sua validità. Anzi, alcuni aspetti, per esempio quelli relativi ai diritti dei pazienti, sono addirittura stati rafforzati. Vale la pena di ricordare, per meglio capire lo spirito della legge, qualche passaggio del rapporto⁴, redatto dall'allora deputato Luigi Pedrazzini:

⁴ Rapporto no. 2420R della Commissione della legislazione, *Messaggio del 12 novembre 1979 relativo alla Legge sull'istituzione, l'organizzazione, la vigilanza degli enti e istanze destinati alla cura, alla riabilitazione e alla tutela della libertà personale delle persone bisognose di assistenza*, 02.07.1982, cap. 3.2. (*Raccolta dei Verbali del Gran Consiglio* 1982, pag. 1537).

«La sua ambizione [della legge] è anche quella di porre premesse concrete affinché il rispetto dei diritti degli utenti entri nella logica dell'assistenza socio-psichiatrica. Allo scopo si postula una riorganizzazione dei servizi esistenti e l'offerta, nel territorio, di strutture in grado da evitare collocamenti non giustificati e di offrire un'assistenza adeguata (...)».

Il rapporto sottolineava il principio secondo il quale l'intervento va effettuato in gran parte sul territorio. Il prof. Marco Borghi e il consulente giuridico del Consiglio di Stato, in un commento alla legge, affermavano che uno degli scopi della legge risiedeva nel fatto di *«evitare la cosiddetta psichiatrizzazione della società e alla conseguente necessità di attuare un'importante attività preventiva».*

È utile ricordare che le strutture realizzate sul territorio – penso in particolare ai Servizi medico-psicologici (SMP), ai Servizi psico-sociali (SPS) e ai centri diurni – corrispondono ai principi indicati nella legge. La loro struttura e il carattere pluridisciplinare degli stessi consentono prese a carico e interventi preventivi adeguati, permettono di evitare la psichiatrizzazione della società nonché, e non è poco, di rispettare la dignità e i diritti dell'utente. Tuttavia, lo sviluppo di queste strutture non ha seguito i bisogni e oggi, come vedremo, ciò pone problemi di non poco conto.

Nel rapporto si fa un accenno anche alle esperienze fatte in altri Paesi. In un allegato si descrive l'esperienza dei centri di salute mentale di Trieste, creati da Franco Basaglia. Contrariamente a quanto Franco Celio e altri vorrebbero far credere, il rapporto non propone di adottare lo stesso modello: in un lavoro ampio come quello che è stato fatto, è sembrato soltanto utile ricordare questa esperienza, poiché Trieste è stato ed è tuttora un punto di riferimento per chi, in Ticino, ha elaborato la legge e si occupa di prevenzione sul territorio.

L'ultimo rapporto del Gran Consiglio sulla pianificazione sociopsichiatrica risale al 6 febbraio 2001. Nel rapporto redatto da Giorgio Salvadè si ricordavano alcuni aspetti, a giudizio della Commissione, ancora validi oggi:

- l'eccessiva separazione, basata su presunte specifiche competenze, rischia di creare anomali compartimenti, nocivi nella presa a carico globale del paziente;
- la necessità di privilegiare la degenza semiambulatoriale ed ambulatoriale nel contesto sociale dell'utente, rispetto al ricovero in clinica;
- la necessità di sviluppare la prevenzione e le strutture di appoggio per pazienti dimessi e di valutare il ruolo degli ospedali di giorno.

Come vedremo, poche raccomandazioni espresse in quell'occasione sono diventate realtà.

Un parametro per capire l'impegno dell'Ente pubblico in questo campo è costituito dalla dotazione di personale nei vari servizi a contatto con l'utente. L'evoluzione dal 1992 al 2006, il periodo in cui i problemi sono diventati più acuti, è stato il seguente:

- strutture stazionarie (CARL/CPC): gli utenti sono aumentati del 22%, gli effettivi diminuiti del 14%;
- servizi sul territorio per adulti (SPS): utenti +94%; personale +10%;
- servizi per minorenni (SMP): utenti +20%; personale -12%.

La Commissione del personale, in una lettera aperta al Gran Consiglio, citata dal rapporto di maggioranza, aveva affermato che questa situazione comportava *«(...) l'impossibilità di rispettare un livello di qualità delle cure rispondente alle necessità e ai bisogni dell'utenza (...). La necessità di dimettere per liberare dei posti ci confronta inoltre con la sindrome della porta girevole ovvero con le ammissioni e dimissioni ravvicinate di utenti a cui non si è potuto offrire*

una presa a carico adeguata».

L'aver evidenziato la presa di posizione degli operatori ha irritato Franco Celio, relatore di minoranza. Celio dimentica però che le stesse considerazioni, con altre parole, sono state espresse dal Consiglio di Stato stesso in una lettera del marzo 2004 alla Commissione della gestione e delle finanze.

In questi anni il numero degli interventi psico-socio-educativi e psichiatrici è considerevolmente aumentato. Il personale è tuttavia globalmente diminuito oppure non è stato adeguato in conformità dell'aumento dei bisogni.

Gli operatori sono pertanto tenuti a ricorrere alla contenzione, il numero dei ricoveri coatti rimane molto alto e, per quanto riguarda i minori, si constata un preoccupante aumento dei disagi e il moltiplicarsi di fatti gravi. Non è certamente compito esclusivo delle strutture pubbliche affrontare questa complessa problematica. L'Ente pubblico non sembra tuttavia svolgere compiutamente il proprio compito.

Le cifre di Piano finanziario dimostrano che dal 2005 al 2008, il costo complessivo dell'OSC aumenta da 56 a 58 milioni di franchi. Tuttavia, le risorse previste per l'attività sul territorio, fondamentali per un lavoro efficace di prevenzione, diminuiscono: per gli adulti, da 8 a 6 milioni e per i minorenni da 5 a 4 milioni.

Il Governo ammette i limiti del suo intervento. Esso in effetti afferma, nel novembre 2005:

- *«la degenza in ospedale è sempre più breve e spesso comprende solo le misure di urgenza, che talvolta non bastano (...);*
- *la grande pressione di collocamenti coatti, abbinata all'elevato tasso di occupazione (media del 100% con punte superiori) impedisce di occuparsi degli altri pazienti con la dovuta qualità;*
- *manca una struttura intermedia (...) per i pazienti dimessi (...);*
- *la (...) lista di attesa [nei servizi ambulatoriali] non permette una risposta ottimale».*

Tuttavia, il riconoscimento della gravità della situazione non porta il Consiglio di Stato a proporre adeguati interventi. Addirittura, come abbiamo visto, il Governo riduce l'impegno finanziario. In particolare, appare inadeguato il lavoro di prevenzione sul territorio. Il Consiglio di Stato privilegia infatti l'obiettivo finanziario, quello dell'incremento "zero". Inoltre, il Governo sembra ignorare che privilegiare la cura e l'intervento riparatorio, rispetto a quello preventivo, significa soltanto rinviare il problema nel tempo e affrontare successivamente costi maggiori e maggiori drammi umani e famigliari.

La maggioranza della Commissione speciale sanitaria ritiene che i bisogni della popolazione e della società in questo campo sono gravi e preoccupanti e necessitano di una diversa attenzione. Propone pertanto l'applicazione più rigorosa dei principi della LASP, il riesame della situazione per quanto riguarda gli adulti – in particolare l'apertura dei centri diurni anche fuori degli orari d'ufficio –, il potenziamento dei servizi per i minori, in modo da garantire un efficace intervento di prevenzione. A questo riguardo non mi oppongo alla proposta formulata da Giorgio Salvadè di riprendere in Commissione l'esame della mozione sul potenziamento del servizio medico-psicologico.

Infine, nella conclusione del rapporto si afferma che la Commissione è convinta che le maggiori risorse investite nei servizi dell'OSC consentiranno di contenere i costi in altri settori, quali la Polizia, la Magistratura dei minorenni e il carcere minorile.

Per tutte queste ragioni, a nome della maggioranza della Commissione speciale sanitaria, vi chiedo di approvare il decreto legislativo allegato al rapporto di maggioranza.

SALVADÈ G. - Tolgo la mia riserva e propongo anche al mio gruppo di accettare il rapporto di maggioranza del relatore Pestoni, il quale vi ha inserito notevoli riflessioni. Reputo inoltre importante, come accettato da Pestoni, togliere dall'oggetto che verrà posto ora in votazione la mozione citata, in modo che possa poi essere discussa ed esaminata in Commissione.

La discussione di entrata in materia è dichiarata chiusa.

Messa ai voti, l'entrata in materia è accolta con 34 voti favorevoli, 26 contrari e 2 astensioni.

Messi ai voti senza discussione, i singoli articoli e il complesso del decreto legislativo annesso al rapporto di maggioranza sono accolti con 36 voti favorevoli, 20 contrari e 7 astensioni.

2. CHIUSURA DELLA SEDUTA E RINVIO

Alle ore 19.10 la seduta è tolta e il Gran Consiglio è riconvocato per martedì 30 gennaio 2007.

Per il Gran Consiglio:

Il Presidente, Bruno Lepori
Il Segretario generale, Rodolfo Schnyder