

Camera dei deputati

Servizio commissioni

Indagini conoscitive e documentazioni legislative n. 4

Chiusura degli ospedali psichiatrici

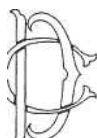
Presidente della Commissione XII (affari sociali)

Marida Bolognesi

Prima Parte

Commissione XII (affari sociali)

Atti parlamentari XIII legislatura



PREMESSA

L'indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici è stata deliberata dalla XII Commissione (affari sociali) nella seduta del 31 luglio 1996, in considerazione dell'imminente scadenza del termine -al 31 dicembre 1996 - per la chiusura degli ospedali psichiatrici stabilito dalla legge n. 724 del 1994.

La Commissione ha ritenuto opportuno promuovere un'indagine conoscitiva allo scopo di acquisire dati ed informazioni sulla attuale condizione degli ospedali psichiatrici, verificare le iniziative adottate per la realizzazione di strutture alternative, sia pubbliche che private, ed accertare la situazione delle strutture sanitarie, pubbliche e private, coinvolte nel processo di chiusura. La Commissione si proponeva, altresì, di cercare di individuare gli elementi necessari per addivenire al definitivo superamento di tale esperienza.

*Il presente volume contiene i resoconti stenografici delle sedute ed il documento conclusivo dell'indagine. Sono state inoltre allegate le tabelle del Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, riportanti i dati sugli ospedali psichiatrici residuali pubblici, le linee guida per il superamento degli ospedali psichiatrici predisposte dal Ministero della sanità ed i programmi regionali per la chiusura degli stessi ospedali. **In riferimento a questi ultimi sono allegati gli atti posti in essere dalle regioni a seguito della legge n. 724 del 1994 ovvero della legge n. 662 del 1996 ove esistenti, tralasciando di inserire gli atti ed i programmi in precedenza adottati dalle regioni in attuazione sia della legge n. 833 del 1978, sia del progetto obiettivo nazionale « tutela della salute mentale 1994-1996 » adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994.***

SEDUTA POMERIDIANA DI MERCOLEDÌ 2 OTTOBRE 1996

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARIDA BOLOGNESI

INDI

DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

La seduta comincia alle 19,10.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Audizione delle associazioni dei famigliari.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici, l'audizione delle associazioni dei famigliari. Vi ringrazio, anche a nome della Commissione, per essere intervenuti in questa sede. Il nostro intento è quello di ascoltarvi per avere da voi elementi utili ai fini della nostra indagine conoscitiva; ciascuno di voi potrà quindi decidere se intervenire subito o limitarsi a rispondere alle domande che verranno formulate dai commissari.

CARLO VOLPI, *Rappresentante dell'UNASAM*. Vi ringrazio per avere assunto questa iniziativa.

Farò subito riferimento ad un documento ufficiale, per entrare nel merito del problema. La Commissione ha approvato il 1° agosto scorso una risoluzione molto bella, nella cui premessa si ricorda che il 15 dicembre 1994 il Senato ha approvato l'ordine del giorno n. 17 che impegna il Governo « a promuovere un'azione di coordinamento, di indirizzo e di impulso nei confronti delle regioni affinché la chiusura degli ospedali psichiatrici avvenga realmente entro il 3 dicembre 1996, con progetti differenziati e personalizzati ».

Il Governo non ha tenuto in alcuna considerazione questo ordine del giorno e adesso siamo a due mesi dal termine previsto per la chiusura dei manicomi. Ag-

giungo che i precedenti Governi non hanno fatto nulla e che l'Osservatorio, istituito nel 1995 dal precedente ministro, è stato sospeso dal nuovo ministro e da tre mesi non funziona più.

Nel vostro documento vi ripromettete di sollecitare il Governo ad intervenire. Non vorrei essere presuntuoso, ma mi permetto di rivolgere una preghiera vivissima alla Commissione. Se si vuole veramente, una volta di più, dimostrare la non rispondenza delle leggi rispetto alla volontà di applicarle, anche questa è un'occasione per farlo, perché se ancora oggi vi fosse l'intenzione di affrontare il problema, al signor ministro non resterebbe altro che convocare a Roma i venti presidenti delle regioni e chiedere loro per quale ragione finora nessuna regione abbia dato inizio ai progetti. Si parla di progetti personalizzati, che richiedono un impegno enorme, per i quali non è stato fatto niente. Per la verità, poiché non è giusto fare di ogni erba un fascio, debba dire che a Roma un tentativo di questo tipo si sta facendo. Il comune di Roma, che avverte il problema, ha dato un impulso, ha messo a disposizione dei locali e si è avviato un progetto (alcune decine di persone stanno andando in altre comunità).

Se voi non conoscete le ragioni per cui non si da l'avvio al superamento di questa fase, faremo ancora audizioni, produrremo documenti, ci ritroveremo fra un anno a riparlare, ma credo che questo non sia assolutamente accettabile. Mi sia consentito osservare che la possibilità di portare avanti questa battaglia esiste se lo si vuole veramente, e poiché le obiezioni sono sempre di carattere finanziario, cioè relative alle risorse, diciamo che riconvertendo queste si può fare molto di più. Al

riguardo cito il caso di Roma, che conosco. Abbiamo 1.300 posti occupati nelle strutture private, pochissimi in quelle pubbliche perché non ci sono. Buona parte dei pazienti è ospitata nelle strutture da anni, ricevendone anche un danno, perché non tutti hanno bisogno di quel tipo di assistenza. La legge regionale che prevedeva una rivisitazione di queste situazioni non è stata applicata. Accade dunque che 1.300 persone occupino dei posti in maniera inamovibile, mentre i nuovi malati non sanno dove andare in assenza di risorse e di strutture.

Il superamento del manicomio è solo un aspetto della politica sanitaria. Siamo stati invitati per affrontare lo specifico argomento, per cui non voglio divagare, ma il superamento di questa struttura è soltanto un capitolo del dramma della salute mentale e della politica sanitaria.

Vorrei concludere invitando la Commissione ad attuare quanto detto al punto 7 della risoluzione, a sollecitare il ministro affinché convochi gli assessori regionali chiedendo loro che cosa stiano facendo. Se si riuscisse a smuovere questo « carrozzone », se su 22 mila ricoverati 1000 riuscissero ad uscire sarebbe un avvio positivo. Non credo sia facile dare sistemazione a 22 mila persone in difficoltà entro il termine previsto; è una buona intenzione, ma di buone intenzioni è lastricato l'inferno. Non occorre la proroga, è necessario iniziare; occorrerà poi il tempo indispensabile perché si attui il superamento degli ospedali.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola agli altri rappresentanti delle associazioni, vorrei fare alcune precisazioni affinché vengano messi a conoscenza di alcuni punti.

Questa mattina abbiamo udito i componenti dell'Osservatorio ancora in carica, un gruppo di professionisti che ha comunque svolto un lavoro e l'audizione è stata molto interessante, dal nostro punto di vista.

La risoluzione cui si faceva riferimento impegna il Governo a riferire al Parlamento entro il 30 settembre; essendo sca-

duto tale termine, inviteremo il ministro Bindi a farlo, essendo questo un obbligo del Governo.

La Commissione affari sociali della Camera - insieme a quella del Senato con la quale vi sarà anche una divisione di compiti rispetto a questa attività conoscitiva — considera la data del 31 dicembre non suscettibile di slittamenti.

Il mio intervento risponde alla volontà di sgombrare il campo da una serie di questioni che sicuramente saranno presenti in termini di sollecito nei vostri interventi.

Si tratta di « dare gambe » a questa scelta; quando le norme esistono, occorre la capacità di controllare che vengano applicate. Cerchiamo di esercitare il compito attribuito al Parlamento nei limiti degli spazi di tempo a nostra disposizione e delle nostre capacità.

In ogni caso, rispetto al ruolo dell'Osservatorio, alla necessità che questa indagine conoscitiva abbia uno sbocco, e al carattere improrogabile della data del 31 dicembre, vorrei sgombrare il campo per evitare che su di essi si debba ritornare. Altrimenti oggi non saremmo qui.

MARIA LUISA ZARDINI, Presidente dell'ARAP. Faccio riferimento al testo della risoluzione approvato da questa Commissione, in particolare al punto 6, che riguarda una commissione di inchiesta sulla realtà psichiatrica italiana con il compito di verificare non solo lo stato di attuazione della legge n. 180 del 1978 ma anche la qualità della vita delle persone deistituzionalizzate ed i progetti individualizzati e collettivi per una definitiva integrazione nel territorio (parole che sentiamo da anni !).

L'ARAP vorrebbe sottolineare che in quasi tutte le regioni del paese la famiglia è sostanzialmente sola a gestire il malato di mente; è l'unico supporto del malato. L'angoscia dei famigliari è senza parole, non ce la fanno più ! Non esistono rapporti di collaborazione tra servizi e famigliari; crescono quindi la confusione, la sfiducia e la disperazione.

In definitiva, la psichiatria del territorio è diventata la psichiatria della famiglia e basta, non c'è altro ! Quest'ultima non sempre è in grado di somministrare i farmaci dovuti e di verificare le reazioni; la madre non è in grado di farlo, non è uno psichiatra !

In secondo luogo, il malato di mente non ha quasi mai la percezione della sua malattia; il suo comportamento si altera, i suoi affetti svaniscono; la famiglia si trova ad affrontare una persona diversa, qualche volta aggressiva, paranoica. Lo psicotico non ascolta i consigli dei farmaci, né tanto meno quelli del medico. Il malato sente voci che non esistono e i suoi pensieri contorti, confusi lo portano all'isolamento; la famiglia e gli amici non riescono ad aiutarlo.

Molti sono i problemi sociali e spesso anche giudiziari pertinenti alla malattia mentale, soprattutto se questa non è curata. Nessun'altra patologia presenta analoghe caratteristiche, perché il malato di mente finisce molto spesso davanti al giudice e, soprattutto se non ha soldi, dentro il manicomio criminale. E da lì nessuno lo tira fuori, cari signori, perché le strutture di cui voi parlate non ci sono neppure per le persone che hanno scontato la loro pena e potrebbero essere dimesse !

Il malato di mente costa moltissimo alla famiglia, e soltanto quella che ha possibilità economiche riesce a risolvere il suo problema, che si potrebbe superare se ci fosse una cura adeguata !

Questa associazione chiede che vengano introdotte disposizioni che consentano di organizzare strutture terapeutiche per il ricovero e la cura per almeno quattro-sei mesi, periodo forse sufficiente per i casi di cronicità e ciclici. Non crediate, cari signori, che un TSO di due o tre giorni possa essere di aiuto: mia figlia in nove mesi ne ha avuti tre che non hanno portato nessun beneficio, perché non è stata fatta nessuna cura; ora è sola in un appartamento dove nessuno l'aiuta ! Il centro di salute mentale non sa neppure che è stata sottoposta a TSO !

Questa è la situazione ! Vorrei che voi la capiste, che immaginaste di avere un

malato di mente in casa, di vivere questa situazione ! Scusate se siamo emozionalmente coinvolti, ma lo erano anche i minatori, nei tempi andati, quando portavano avanti le loro lotte operaie. Questa è la situazione: certo che siamo coinvolti, certo che qualche volta non ne possiamo più. Provate a immaginare di trovare, rientrando la sera nella vostra abitazione, una casa distrutta da un malato di mente !

Il centro di salute mentale - cosiddetto centro di salute mentale - si assuma finalmente la responsabilità del malato di mente con tutti i suoi aspetti. A tale proposito le associazioni chiedono che il mancato intervento configuri *apertis verbis* il reato di omissione di soccorso, perché non è possibile che se ne lavino le mani continuamente ! Chiediamo ancora di predisporre idonee strutture per i degenti degli ospedali giudiziari, perché sono pieni di gente che non sempre ha commesso gravi reati: il malato di mente, che è facilmente portato ad offendere, ad andare contro la legge, dove finisce quando è dimostrata la sua condizione ? Non in prigione, molto peggio, nell'ospedale psichiatrico giudiziario; e quando giunge l'ora di uscire da lì non ci sono le strutture. Pensiamo anche a loro ! Un'ultima osservazione: che il trattamento sanitario obbligatorio non sia più fatto in modo che i pazienti vengano rimandati a casa. Senza che poi nessuno si occupi più di loro, perché questa non sarebbe civiltà ma barbarie.

ANDREA LANFRANCHI, *Presidente dell'ASVAP 5*. L'ASVAP, l'associazione di cui sono il presidente, a livello regionale aderisce al coordinamento lombardo psichiatrico e a livello nazionale all'UNASAM.

Credo di essere stato chiamato per farvi capire il caso del San Martino di Como, un ex ospedale, il più grande della regione Lombardia. Spero di riuscire a farvi comprendere ciò che sto per dire, perché gli altri a cui l'ho raccontato non ci credevano: all'ospedale San Martino di Como si paga una retta, adesso da tutti contestata nella finanziaria, che dal 1983 a

tutt'oggi è di 30 mila lire al giorno. Da quando è nata la nostra associazione, abbiamo provveduto a scrivere a tutti i familiari che vi aderiscono per indirizzarli a non pagare; infatti, abbiamo ritenuto, da una lettura delle leggi, che questa retta fosse quanto meno illegittima. Già dal 1983 alcuni pazienti avevano fatto un ricorso al TAR, che è tuttora pendente.

Credo che voi conosciate il calvario dei direttori generali: in due anni ne ho conosciuti sei o sette, proprio perché a Como vi è stato un caso molto specifico, da cui è partita tutta l'opposizione (non trovo e non trovo ancora gli interlocutori). La USL si è ben guardata dallo spendere i soldi proprio per il ricorso fatto al TAR: si è arrivati ad accantonare una cifra di oltre 35 miliardi, sulla quale; per un'operazione compiuta dalla USL, è intervenuto il ragioniere generale dello Stato, Andrea Monorchio, che ha dato pienamente ragione a noi. Premesso che la delibera della USL è stata avallata dalla regione Lombardia, il ragioniere Monorchio ha scritto: « Non si evince in base a quale specifica norma regionale o nazionale avvenga l'introito delle pensioni per conto dei ricoverati da parte dell'azienda. Non è chiaro in base a quale norma viene trattenuta, talora contro la volontà dei pazienti, una quota percentuale di dette pensioni per il pagamento di rette anch'esse prive di valido riferimento normativo. Non risulta legittima l'esistenza del fondo (...), i cui interessi gravano sul bilancio dell'azienda ».

Questo dice Andrea Monorchio, secondo il quale sono state compiute operazioni in violazione di alcune leggi. Lo stesso Monorchio così conclude: « Pertanto, si prega codesta medesima regione di volere far conoscere, con la massima urgenza », la lettera è datata 10 aprile, ma non abbiamo saputo ancora niente !, « ogni utile informativa sulla questione. Senza evidenziare che alcune delle fattispecie considerate potrebbero configurare precise responsabilità da perseguire nelle sedi opportune (...) »•

Vi ho già detto che non sappiamo ancora nulla, per cui l'altro giorno abbiamo inviato un esposto alle procure di Como e

di Milano (ne ho qui una copia, con tutti gli allegati, di cui potete prendere visione).

Da quando è nata l'associazione, sto girando in prima persona la Lombardia e l'Italia e ho scoperto che è quello di Como l'unico ex OP ad applicare una retta di questo tipo.

Mi associo a quanto detto qui da tutti i miei colleghi. Per esempio, posso chiamare professionisti i medici che mi dicono di non dire che esiste il CPS perché sono già oberati di lavoro ? Sul territorio non c'è niente, quel poco che c'è non funziona !

Ho con me un plico di interrogazioni, proprio a proposito di questa retta, fatte da consiglieri regionali e dalla nostra associazione. Abbiamo inviato una mozione, a seguito di una nostra assemblea, anche al ministro Rosy Bindi. Insomma, non sappiamo più a chi rivolgerci. A novembre sarò in Vaticano, per cui mi rivolgerò anche al Papa ! Vogliamo trovare qualcuno che si assuma la responsabilità di creare una fondazione che utilizzi questi denari per realizzare quanto prevede il progetto-obiettivo. Però, ripeto, non troviamo un interlocutore. Si faccia avanti qualcuno — il ministro o voi - che, alla luce del sole, legalmente, sbrogli tutta questa matassa, visto che da parte nostra vi è la disponibilità a far sì che quelle somme vengano utilizzate come ho detto. Sia chiaro: in mano a questi faccendieri non lasciamo più una lira !

Sono stati scritti molti articoli, che ho con me, a proposito del fatto che la retta vada o meno pagata e ho anche letto che la USL ha trovato la soluzione per 80 pazienti. Ma siamo matti ? Questa soluzione non esiste, significa solo che li ha presi da un posto per portarli in un altro !

Credo che il nostro caso costituisca un « caso nel caso », per cui, associandomi a quanto detto dai miei colleghi per quanto riguarda le questioni generali, chiedo, con forza, che vi sia un intervento, perché lì vi sono veramente ... Non so se abbiate mai sentito l'odore del manicomio ... Signori, a Como i pazienti non hanno nemmeno un paio di mutande da mettersi ! È una vergogna !

OTTAVIO BEVILACQUA, *Rappresentante dell'associazione Psiche 2000*. Rappresento l'associazione Psiche 2000 per tutte le sue sezioni, del Veneto, del Friuli-Venezia Giulia e delle Marche.

Anzitutto, vi ringraziamo per averci convocato, perché è senz'altro notevole il fatto che il Parlamento ascolti la voce del disagio che viene dalla società, un disagio enorme che, al di là delle forzature e delle voci alte, credo esprima veramente un problema grandissimo che tutti noi sentiamo e rappresentiamo.

Secondariamente — concordo con quanto è stato detto finora dai miei colleghi notavo che tutti noi siamo rimasti colpiti dalle affermazioni contenute al punto 5 ed al punto 6 del documento da voi approvato e che riguardano la tutela dei diritti dell'uomo, riguardano la dignità del cittadino e fanno riferimento alle risoluzioni dell'ONU e della CEE. Va tutto benissimo. Vorrei far notare - anche se qualcuno a volte ne ha dubitato — che i famigliari dei malati di mente niente altro desiderano se non il rispetto della dignità del loro congiunto e, magari, anche il rispetto della loro dignità di famigliari, che per decenni hanno portato sulle loro spalle croci incredibili.

Vorrei fare una considerazione. Se qui, questa sera, giustamente parliamo della chiusura degli ospedali psichiatrici e da l'arte di voi parlamentari viene ribadito l'impegno a far sì che entro il 31 dicembre 1996 l'operazione sia conclusa, io vorrei sottolineare il fatto che non credo — e penso che con me non lo creda nessuno - che con questa operazione possa dirsi restituita la dignità ai malati di mente, e questo per una lunga serie di motivi. Prima di tutto vorrei invitarvi ad un controllo perché, a quanto risulta a me, nelle regioni che io conosco, a fronte di moltissime USL che ancora non hanno chiuso un bel niente e promettono per i prossimi due mesi miracoli organizzativi e strategici che finora, in quattro anni, non hanno saputo realizzare, vi sono alcune USL che hanno ufficialmente dichiarato la chiusura, mentre poi veniamo a sapere, tramite gli stessi operatori scandalizzati, che tale chiusura è

fittizia; quindi vi sono comunità di residuo psichiatrico che stanno ancora nell'ospedale psichiatrico mentre ufficialmente è tutto a posto e il Parlamento dovrebbe essere contento. Questo, oltre tutto - badate - nonostante gli sforzi di qualche - qualche, non tutti, io ne conosco e potrei anche fare i nomi - direttore generale di USL che veramente ce l'ha messa tutta. Nel veronese, per esempio, qualcuno ce n'è. Ma questo è ancora un aspetto del problema.

Il secondo aspetto, che a mio parere è ancora più grave, è che una volta chiusi, anche se verranno chiusi gli OP - e io non lo credo, perché non ce la si farà, nonostante la buona volontà e nonostante l'impegno — cosa accadrà poi ? Se ne è parlato. Il progetto-obiettivo ha spiegato la ristrutturazione sul territorio; conosciamo tutti le strutture che dovrebbero sostituire l'ospedale psichiatrico e, sulla carta, si tratta di cose buonissime. Ora cosa accade? In moltissime USL — ho qui la documentazione che i miei soci mi hanno fornito — tutto ciò non è stato fatto, non ci sono strutture alternative. E questo è un dato scandaloso, ma non è ancora tutto. Quando anche accada che le strutture alternative ci siano — in alcune USL qualche cosa è stato fatto, non sto qui a negare che alcune cose siano state fatte, come unità protette, comunità-alloggio, comunità-appartamento - noi abbiamo potuto notare che non solo i pazienti non ci vanno — questo è il problema dei pazienti gravi, certamente, ed è tutt'altro problema, gravissimo — ma tali strutture vengono riempite con il residuo psichiatrico, per cui l'ospedale psichiatrico chiude e tutti i suoi malati vengono trasferiti nelle strutture alternative, che vengono immediatamente riempite. Mi è capitato di dover lottare per mesi per far ricoverare in una struttura protetta una paziente gravissima; mi è sempre stato risposto che il ricovero non era possibile perché tutti i posti erano stati letteralmente riempiti dal residuo psichiatrico, per cui non c'era più posto per la nuova cronicità che veniva dal territorio. Voi capite che in questo modo ci prendiamo in giro, perché abbiamo spo-

stato la targa « manicomio » sulla struttura alternativa e, ugualmente, le nuove cronicità, le persone che si ammalano di nuovo o quelle che non sono mai state prese in carico dalle strutture non hanno un posto dove andare. Quindi, quanto meno, dovremmo decuplicare il numero delle strutture alternative, con i costi che vi lascio immaginare.

Ma c'è di più, e forse ancora più grave. Quando anche queste strutture sono costituite e c'è dentro un po' di tutto - c'è il residuo psichiatrico e supponiamo che vi siano anche nuovi cronici o persone da riabilitare - ebbene, in queste strutture il personale psichiatrico riadotta tutte le operatività che erano tipiche del manicomio. Ci siamo trovati con nuove strutture nelle quali non era possibile chiudere, delle quali non si conosceva la convenzione, delle quali non si conosceva il numero del personale né quale fosse il suo titolo di studio, nelle quali i famigliari, comunque, vengono sempre trattati come elementi di disturbo ai quali rispondere « va tutto bene, non venga a disturbare », senza che sia possibile nemmeno sapere quando il proprio congiunto verrà rispedito fuori con un calcio nel posteriore. Anche se da qui a qualche anno lo sarà di sicuro perché queste strutture sono concepite per accoglienze momentanee, non durevoli, quindi destinate a vedere comunque il ritorno del malato, quali che siano le sue condizioni, nella società, altrimenti lo psichiatra di turno non si sente gratificato, perché il suo progetto non è arrivato da nessuna parte.

Vorrei anche sottolineare che, molto spesso, dal momento che le USL non possono prendersi in carico le spese per gli appartamenti e per le comunità, queste comunità vengono date in gestione a cooperative assistenziali. E queste cosa fanno? Competono tra di loro per ottenere la convenzione abbattendo i costi, in alcuni casi, addirittura al di sotto dei costi possibili, quindi andando ad una concorrenza sleale con i loro avversari pur di ottenere la convenzione con l'USL. In ogni caso, i costi vengono abbassati e vi lascio immaginare quale tipo di trattamento,

quale tipo di servizio venga effettuato. Noi di Psiche 2000 abbiamo anche realizzato dei convegni e so che, a parole, tutto sembra molto bello. Il progetto-obiettivo adottato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 dice un sacco di cose bellissime, che noi tutti sposiamo, intorno alla nuova cultura che gli operatori dovrebbero assumere, intorno alle nuove strutture che le USL dovrebbero darsi per informare il territorio, intorno ai gruppi famigliari ed al necessario ascolto del famigliare come vero e proprio esperto della malattia del proprio congiunto, come mi pare avvenga in tutto il resto del mondo. Le associazioni americane, svizzere, tedesche, inglesi e, ultimamente, svedesi ci scrivono dicendo che da loro, comunque, prima di operare lo psichiatra tiene in considerazione, come parere vincolante, il giudizio della famiglia; in Italia, questa nuova cultura non è passata affatto e continuano a lavorare come se fossero gli dei onnipotenti, privilegiando il rapporto con il malato ed escludendo completamente la famiglia. Salvo poi ritrovarsi, il famigliare, di nuovo sul groppone il malato quando meno se lo aspetta o, come più facilmente accade, senza mai vederlo preso in carico.

Ci sarebbero tante altre cose da dire, ma non voglio togliere tempo agli altri colleghi che desiderano intervenire. Notate, comunque, che quanto sto dicendo riguarda solamente l'aspetto più felice — per lo meno per le famiglie, anche se sarà una storia triste, senz'altro -, cioè la situazione di quei malati che, prima o poi, sono stati presi in carico dalle strutture, che hanno una storia di accompagnamento, anche se difficoltoso; « mancano le mutande » diceva il signor Lanfranchi, sicuramente mancano tante altre cose. In molte comunità alloggio che ho visitato i malati passano le giornate a non fare niente, se non a fumare, andare al bar, quando possono, a bere perché per gli operatori questo è altamente terapeutico, è socializzazione. Si ignora il discorso intorno ai laboratori o alle professionalità; le USL hanno dei SIM che non fanno funzionare, gli inserimenti lavorativi sono un'utopia, nes-

suno inserisce i malati di mente se non nei casi in cui la malattia è di una tale leggerezza che potevano comunque essere accolti.

Tutto questo, dicevo, rappresenta ancora la parte bella della situazione, perché poi c'è la sezione, che poco fa la signora Zardini citava, dei gravi, di coloro che non riconoscono di essere malati, che non lo accettano e sono letteralmente rifiutati da ogni tipo di struttura, pubblica o privata. E accade per i TSO che non vengono effettuati, appunto perché gli operatori non hanno il coraggio di farlo. Nonostante il malato abbia appena terminato di strangolare sua madre, magari, la domanda di TSO non viene accolta perché non può essere accolta; a me un medico ha risposto: « Ho paura, è sequestro di persona. Sa, che ho paura ? Io non posso prendermi questa responsabilità ». Qualcuno sta citando il telefono viola: non c'è solamente questo, ma tutti i malati di questo tipo girano per le strade, perché il malato grave - credo sia una percentuale altissima di malati - dall'attuale legislazione non è considerato, sembra che non esista. E noi che i malati gravi li abbiamo in famiglia e cerchiamo disperatamente qualcuno che ci aiuti a far loro del bene siamo ancora con le pive nel sacco. Scusate, ma è la sacrosanta verità.

ANNA ROSA ANDRETTA, *Presidente dell'associazione Diapsigra*. Sono la presidente nazionale dell'associazione Diapsigra, Difesa ammalati psichici gravi. La nostra associazione è diffusa in tutto il territorio nazionale ed operiamo dal 1981. Cito le date non per fare un *excursus* storico della nostra associazione ma per fare intendere a chi mi ascolta che sicuramente non ho niente da imparare da nessuno. Nel 1987 ho fatto una mostra fotografica e l'ho portata, itinerante, in tutta Italia; ho portato anche qui, questa sera, un volume perché penso che le immagini siano più pregnanti delle parole, che comunque volano sempre.

Voglio ritornare sull'argomento che ha motivato questo nostro incontro, la chiusura degli ospedali psichiatrici. Ho la sen-

sazione che la chiusura degli ospedali psichiatrici sia affrettata proprio per coprire in mala maniera un obbligo istituzionale cui si sarebbe dovuto assolvere da ben vent'anni. Lo dico perché non mi risulta chiaro come vi siano state delle possibilità. Cito - e non a caso - l'esempio dell'ospedale psichiatrico di Trieste, nel quale si è sempre proclamata l'attuazione della legge n. 180 nel migliore dei modi e che è rimasto totalmente in mano alla psichiatria. Ciò si è potuto verificare solo perché si è cambiata la denominazione: non è più « ospedale psichiatrico » ma « Parco San Giovanni ».

In Italia, al nord come al sud, in effetti si sono registrati miglioramenti, ma non dimentichiamo che vi sono state grosse dimissioni selvagge, con una dispersione dei malati, che sono stati venduti: dico « venduti » perché tutte le strutture che hanno assorbito questi poveri disgraziati sono strutture private che hanno cambiato la loro connotazione e sono definite pensionati per anziani.

Voglio anche ricordare che l'utenza che ha popolato i manicomi ha un'età media di 65 anni e che in questi anni è deceduto il 40 per cento dei ricoverati; se aspetteremo qualche altro anno, risolveremo il problema degli ospedali psichiatrici, che sono una grossa disgrazia per la politica italiana. E è una grossa disgrazia anche se verrà eliminata questa parola, perché è il « cappello » che copre una realtà ben peggiore. Nel nostro paese vi sono infatti 500 mila schizofrenici giovani che vivranno una loro cronicità non nelle « corti dei miracoli » come i manicomi, ma in una condizione molto peggiorata. Ho portato con me gli atti di due convegni - non del medioevo ma attualissimi - in cui si affronta la problematica del giovane malato di mente sieropositivo e drogato. Non intendo tuttavia affrontare l'argomento perché vorrei che formasse oggetto di un'altra audizione.

Torniamo quindi ai manicomi. L'impegno politico in direzione della chiusura degli ospedali psichiatrici, che oggi non ammette più il prolungamento di un termine, non mi sembra sia stato stigmatizzato da

fatti positivi e concreti. Io faccio parte dell'Osservatorio sul superamento dei manicomi: abbiamo lavorato alacremente per un anno e mezzo, con grande impegno da parte di tutti. Con l'attuale Governo si è affacciato alla ribalta della politica un nuovo ministro della sanità, l'onorevole Rosy Bindi. Ebbene, nonostante il bombardamento di sollecitazioni rivolte al ministro da tutte le associazioni italiane, nonostante persone qualificate abbiano invitato questa signora a prendersi cura del problema (sarebbe stata la cosa più semplice da fare, perché sarebbe stata sufficiente la disponibilità a conoscere chi aveva fatto parte dell'Osservatorio), non siamo mai stati nemmeno convocati per presentarci. Si passa quindi da una fase di indifferenza nei riguardi del problema ad una di maleducazione, perché il cittadino ha il diritto di essere rispettato. Noi non siamo dei servitori della gleba! Voi, che ci rappresentate, dovete scegliere persone adatte a svolgere le proprie funzioni nella maniera più seria, altrimenti queste se ne debbono andare!

Il mio è un discorso personale, del quale mi assumo tutta la responsabilità, avendo il carico di responsabilità di tantissime persone che credono a quello che io dico e che erano assolutamente contente e soddisfatte di quanto comunicavo loro in merito all'Osservatorio sul superamento dei manicomi: per la prima volta, dopo tanti anni, si trattava di un'istituzione seria da tenere in grandissima considerazione; viceversa, non si sa per quale motivo, è stata messa in un cassetto. La psichiatria non interessa: probabilmente riguarda solo gli interessi privati di una *lobby* che naturalmente ha più potere politico.

Io sono qui non per polemizzare, ma per esprimere tre considerazioni molto serie sulle quali esigo una risposta. Innanzitutto, chiedo quale commissione di vigilanza verrà istituita per tenere in osservazione le eventuali trasformazioni conseguenti alla vendita delle aree degli ospedali psichiatrici e per verificare come verranno spesi i soldi, perché nessuno ce lo dice e nessuno ce lo dirà mai. Tutte queste aree

devono essere garantite nella trasformazione, perché per diritto devono rimanere alla psichiatria.

In secondo luogo, vorrei capire in che modo i malati siano garantiti. Personalmente ho visto il territorio dell'ospedale di Reggio Calabria regalato alla scuola allievi ufficiali dei carabinieri. Ho portato in tribunale l'assessore calabrese, ho vinto la causa, però i malati sono in situazioni invivibili: non hanno neanche l'acqua potabile! Chiedo dunque garanzie per i malati, perché non ci deve essere una transumanza leggera, silenziosa, delicata per cui tutti li scaricano e noi non possiamo più controllare le situazioni in quanto non sappiamo dove siano andati.

Credo — o almeno mi auguro — che voi siate nella condizione di poterci fornire risposte molto più serie in termini di concretezza. Mi sta benissimo se mi dite che il punto fermo è rappresentato dal 31 dicembre, ma voglio anche sapere quali sono le commissioni di vigilanza che hanno il potere istituzionale di verificare tutte queste cose, anche attraverso richieste che la nostra associazione avanzerà.

Vengo infine alla terza considerazione. Nel momento in cui tutte le competenze in materia verranno delegate alle regioni, chiedo in che modo queste si potranno impegnare nei termini di legge, perché le regioni sono la iattura più grossa che l'Italia possa avere.

CONCETTINA TUMINO, *Presidente del CRASM*. Come sapete, in Sicilia la situazione è diversa perché le nostre unità sanitarie locali sono semplicemente sanitarie e non socio-sanitarie. Quindi, in tutta questa problematica noi, purtroppo, abbiamo anche il compito di cercare di coordinare gli enti locali, che hanno il dovere ...

PASQUALINA GEMMA, *Soda dell'ARAP*. Anche nel Lazio. Dalla Toscana in su è una cosa, dalla Toscana in giù è un'altra.

CONCETTINA TUMINO, *Presidente del CRASM*. Vi sono alcune unità che sono socio-sanitarie; in quel caso forse è più sem-

plice lavorare. Bisogna comunque coordinare l'attività degli enti locali con quella delle USL.

Innanzitutto non ripeterò quanto è stato detto dai rappresentanti già intervenuti, che condivido in pieno e sottoscrivo. Vorrei andare più nel concreto. Perché non sono state realizzate le strutture di residenzialità alternativa ai manicomi? Sono state finanziate. Voi sapete sicuramente che l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 - piano decennale - ha stanziato 30 mila miliardi ed ha anche indicato esattamente il modo in cui questi finanziamenti dovevano essere spesi. Poiché abbiamo ancora due anni per utilizzare tale piano, vorrei ricordare che l'articolo 20 prevedeva la realizzazione di 140 mila posti di residenza sanitaria assistita per soggetti non autosufficienti, comprendendo gli anziani non autosufficienti, i portatori di *handicap* fisico e psichico. Finalmente avremmo potuto vedere residenze sanitarie anche per i disagiati psichici ...

PASQUALINA GEMMA, *Soda dell'ARAP*. Solo in provincia di Venezia li hanno utilizzati ...

CONCETTINA TUMINO, *Presidente del CRASM*. Condivido in pieno i discorsi che sono stati fatti, ma poiché voi siete tecnici della politica segnalo iniziative concrete che, se avete la volontà, potete assumere.

Chiedo una verifica dei progetti finanziati con l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988; che vengano bloccati i finanziamenti degli ultimi due anni affinché vengano privilegiati i progetti per l'istituzione delle residenze sanitarie assistite.

Per quanto riguarda gli ospedali psichiatrici, la legge finanziaria del 1994 stabiliva che venissero venduti e che il ricavato fosse utilizzato per finanziare la realizzazione di quanto previsto nel progetto-obiettivo. È stata poi approvata la legge che ha istituito le aziende sanitarie locali, che hanno personalità giuridica e sono proprietarie di tutti i beni. Precedentemente questi appartenevano ai comuni e le USL avevano il comodato d'uso, per cui i consigli comunali, l'assemblea delle unità

sanitarie locali avevano qualche potere di controllo sull'operato dei vertici delle USL medesime. Attualmente i *manager* delle aziende in teoria possono fare quello che vogliono! Se vogliamo combattere la corruzione dobbiamo farlo con i fatti: andiamo a vedere quali delle leggi già in vigore hanno permesso la corruzione! Quando si attribuisce al *manager* dell'unità sanitaria locale una vastissima discrezionalità non ci si deve meravigliare che ci sia la corruzione!

In Sicilia abbiamo nove unità sanitarie locali e cinque ex ospedali psichiatrici. Chiediamo che - così come prevede il progetto-obiettivo — ogni dipartimento di salute mentale abbia le sue strutture perché altrimenti è difficile curare l'ammalato. Se questi ospedali saranno di proprietà dell'azienda nel cui territorio insistono, i *manager* non saranno così sciocchi da dare i soldi ricavati dalla vendita dei manicomi alle altre province che ne sono prive!

Proprio per dare trasparenza ai fondi destinati alla psichiatria chiediamo che questa abbia un bilancio per conto proprio. Ci si dice che per questo settore si spendono moltissimi soldi, ma noi non vediamo alcun vantaggio e questo vuoi dire che il rapporto costi-benefici è negativo. Vorremmo allora maggiore chiarezza e trasparenza, perché non accettiamo tutta questa impalcatura per assistere i malati di mente che poi, come avete sentito, sono abbandonati. Tutta l'organizzazione dei servizi psichiatrici molte volte è a esclusivo beneficio di chi vi lavora: i primari che operano negli ospedali psichiatrici non li vogliono chiudere; non vogliono dimettere i malati per non dimettere se stessi! Ho con me i progetti della ristrutturazione dell'ospedale psichiatrico di Palermo che conterrà al suo interno 13 comunità terapeutiche assistite: cambia il nome ma non la struttura. Lo stesso vale per quello di Siracusa. Abbiamo presentato esposti alla magistratura, che tuttavia è oberata di lavoro; sapete quanto siano lunghi i procedimenti, ammesso che si arrivi ad un risultato. La soluzione, allora, deve essere politica.

ROSANNA MAMBRIANI, *Rappresentante dell'associazione Va' pensiero*. Rappresento l'associazione per la promozione della salute mentale *Va' pensiero*, che è di nuova nascita (è stata costituita nel gennaio del 1996). È composta contemporaneamente dai famigliari, dagli utenti, dagli operatori e dai volontari in senso più generale; nello stesso direttivo sono rappresentate queste diverse figure.

La nostra associazione, visto che si muove in collaborazione, ha operato all'interno delle diverse strutture di Parma — in tal senso ci siamo sentiti favoriti — per favorire interventi di tipo riabilitativo anche in collaborazione con la cittadinanza.

A Parma esiste attualmente un solo ospedale ex manicomiale a Colorno, che, prima della legge n. 180, ospitava 1.500 persone; attualmente ne sono presenti 152. L'associazione, l'unità sanitaria locale, tutti sono favorevoli alla chiusura irrevocabile di quell'ospedale psichiatrico solo nel momento in cui tutte le strutture - RSA o comunità protette che esse siano — siano realmente costruite e reperite. Nel momento in cui l'azienda presenta le proposte differenziate in tutta la provincia per dislocare queste 152 persone, solamente in tre casi si conosce la reale ubicazione, mentre per i rimanenti il progetto stesso parla di sistemazioni da reperire, in costruzione; al 31 dicembre questo sicuramente non sarà attuabile, mentre l'azienda afferma che il 25 dicembre si passerà alla fase esecutiva.

Come sosteneva il presidente dell'ASVAP 5 - associato all'UNASAM, così come intenderemmo fare anche noi al più presto - abbiamo di recente il problema delle rette. Da noi esiste una sola struttura di tipo privato; attualmente funziona quella pubblica, il privato è riconvertito. Vi è stata, esattamente il 2 maggio, una delibera della regione, che ha richiesto, anche per noi, il pagamento di una retta di 30 mila lire ai residenti e di 15 mila per chi frequenta il *day hospital*. Già faticiamo a far sì che gli ospiti frequentino il *day hospital*, che per fortuna funziona, ma se dovessimo chiedere loro le 10 mila lire per il pasto più le 5 mila lire per il tra-

sporto, dubito che possano continuare questi interventi così faticosi e sudati. Visto che funzionano, si sta facendo di tutto per fare in modo che non funzionino più.

Sì, quando ancora esistevano i manicomi, forse le pensioni o gli averi dei pazienti restavano giacenti e ne entravano in possesso i famigliari quando essi decedevano. Ma oggi, se un paziente percepisce una pensione minima di 400 mila lire al mese, per esempio, e 300 mila lire gliene prendono i famigliari, che può fare con 100 mila lire al mese? Come può comprarsi i vestiti, le sigarette e magari provvedere anche all'affitto di una casa? Ciò è assolutamente contrario a ogni logica di riabilitazione. È detto che una persona che ha un reddito superiore ad un milione al mese deve pagare la retta per intero, per cui chi prende un milione e 100 mila lire ne dovrebbe pagare 900 mila. Anche questo è assolutamente incongruente ed è il problema essenziale a Parma, dove, per fortuna, le persone frequentano il *day hospital* e dove le strutture pubbliche funzionano. Non dico che siamo un'isola felice, ma sentite le realtà di colleghi di altre regioni, credo che possiamo ritenerci assolutamente fortunati. Però, con queste proposte vogliono assolutamente toglierci qualsiasi ... -

MARIA LUISA ZARDINI. *Presidente dell'ARAP*. Privilegio !

ROSANNA MAMBRIANI, *Rappresentante dell'associazione Va' pensiero*. Sì, privilegio.

MARIA LUISA ZARDINI. *Presidente dell'ARAP*. A Parma abbiamo soci che non hanno mai visto l'ospedale psichiatrico. Non fanno parte dell'associazione, ma sono penalizzati ...

ROSANNA MAMBRIANI, *Rappresentante dell'associazione Va' pensiero*. Ma io parlo dei *day hospital* !

GIUSEPPE LUMIA. Vorrei cercare di capire meglio, perché il nostro compito è S senz'altro difficile e vi sono, giustamente,

molta disillusione, molta sfiducia e un giusto sospetto nei confronti delle istituzioni, in quanto si teme che si tratti dell'ennesima presa in giro. Ciò è comprensibile, guai a chi si scandalizzi di questo atteggiamento, perché i fatti hanno parlato chiaro in questi anni.

Certo, vi sono molti ritardi culturali e molti interessi vanno nella direzione opposta rispetto a quanto i nostri ospiti hanno qui detto e sottolineato. Però, dobbiamo evitare di creare una frattura tra chi è già all'interno dei famosi ex OP, dove si vive male perché se non sono dei veri e propri *lager* i pazienti vi bivaccano, non sono curati, e tra chi sta fuori. Il pericolo è che una volta fuori dagli ex OP questi malati vadano ad « intasare » i pochi servizi esistenti. In questo caso, avremmo fatto una bella frittata, come si suol dire, perché non avremmo risolto i problemi di chi è uscito dagli ex OP e, in più, avremmo aggravato quel poco di cui possono disporre i malati che in tali strutture non sono entrati dopo la legge n. 180.

Ciò premesso, vorrei sapere se le vostre associazioni si occupino anche di persone ricoverate all'interno degli ex OP o solo di quelle che si trovano in mezzo alla strada e che, quindi, non hanno risposte sufficienti ai loro bisogni. Mi è sembrato di capire che qualche organizzazione si muova anche nella prima direzione.

ANNA ROSA ANDRETTA, *Presidente dell'Associazione Diapsigra*. Io sono l'asso pigliatutto: ho questi e quelli !

GIUSEPPE LUMIA. Nella dismissione degli ex OP dobbiamo evitare che si ricreino i manicomi. Dobbiamo creare ciò che voi stessi sottolineate, cioè delle vere strutture alternative. Vorrei sapere se stiate partecipando in tal senso o se non siate informati affatto rispetto a ciò che si sta facendo. Vi sono casi in cui siete coinvolti per sfruttare veramente l'opportunità offerta da un patrimonio ingentissimo che, se si utilizzasse veramente per la salute mentale, potrebbe consentire ben altro che la realizzazione di strutture alternative ?

Ripeto: vorrei sapere, in base alla vostra esperienza, se siate stati coinvolti nella ristrutturazione degli ex OP, perché a me sembra, invece, che vi sia la solita furbizia, cioè quella di non fare niente, di non dire niente, di non parlare con le associazioni.

ANTONIO SAIA. Premesso che noi politici abbiamo una grossa responsabilità nei vostri confronti, perché dopo circa vent'anni ci troviamo ancora a parlare dell'attuazione della legge n. 180, vorrei interloquire un attimo con la signora Andretta e con la signora Tumino.

Lontano da me l'idea di volere attuare difese o, tanto meno, dare notizie rassicuranti. Guai, infatti, abbassare la guardia su questo problema. Anzi, penso sia giusto stimolare le associazioni dei famigliari, cioè quelle che vivono maggiormente il problema, a stare sempre di più col fiato sul collo dei politici. Però, sento il dovere di dire una cosa affinché possa rappresentare un elemento di speranza ed essere anche un punto d'azione per voi: dopo quasi vent'anni dalla legge n. 180, credo che adesso sia forte la volontà di risolvere il problema. Ritengo anch'io che sia stato grave e forse anche scortese non aver ascoltato la signora Andretta, però credo veramente che questa volta il Parlamento e anche il Governo intendono cominciare veramente a mettere le mani in modo un po' più serio su questo problema. Questa Commissione ne è l'esempio; essa, nel prossimo mese, visiterà gli ospedali psichiatrici di tutte le regioni. Ci si è chiesti che fine faranno i soldi delle strutture psichiatriche: alla legge finanziaria 1996, attualmente in vigore, è stato proprio approvato un emendamento che dispone che tutti i soldi che deriveranno dalla vendita nel settore psichiatrico dovranno essere riutilizzati per la psichiatria. Dirò di più: pochi mesi fa, nella cosiddetta manovrina, è stato approvato un emendamento per cui anche le somme derivanti dalla dismissione degli ospedali al di sotto dei 100 posti letto, quindi non ospedali psichiatrici, dovranno essere utilizzate per strutture alternative.

Vorrei pregarvi di tener conto del fatto che i mesi che abbiamo a disposizione sono pochi. Comunque qualche segnale, qualche barlume c'è; il che non significa abbassare la guardia, perché gli interessi contrari, come sapete, sono tanti, anzi tantissimi e sconfiggerli sarà difficile.

Passando ad altra questione, la signora Tumino ha fatto riferimento all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, cioè alla finanziaria di ben otto anni fa. È vero che la legge prevedeva 30 mila miliardi, ma in tre *tranche* da 10 mila miliardi ciascuna, per cui non era possibile passare alla seconda *tranche* finché non fossero stati utilizzati i soldi della prima e così via. Sei mesi fa, a distanza di ben otto anni, si era ancora alla prima *tranche* e vi erano regioni, come la Sardegna, che avevano presentato lo zero per cento di progetti; la mia regione, l'Abruzzo, nella quale, non a caso, sulla psichiatria vi sono colossali interessi privati, aveva presentato progetti solo per il 36 per cento, cioè su 300 miliardi aveva presentato progetti solo per 80. Due mesi fa è stato dato il termine perentorio, peraltro già scaduto, per la presentazione dei progetti della prima *tranche*, in modo che si possa passare alla seconda. Sento il dovere di dire questo — e lo faccio comunque sommamente, perché le nostre responsabilità sono altissime — perché, se possibile, si approfitti di questa circostanza per raccogliere insieme le forze, per cercare di portare avanti questo progetto. Comunque, se pensate di esprimere dissenso rispetto alle cose che ho detto, sono pronto ad accoglierlo, precisando che le ho dette soprattutto a titolo informativo.'

NICOLA CARLESI. Io sarò brevissimo, però non entrerò in maniera delicata, come ha fatto il collega Saia, nella dinamica del problema, perché con le associazioni delle famiglie dei malati mentali ho avuto tantissimi scontri; sono operatore psichiatrico ed ho avuto, per fortuna, sempre molti scontri con i famigliari.

Quindi rilevo che le cose che avete detto, che sono piene di rabbia, piene di angoscia, piene di tutte quelle cose che io conosco in qualità di operatore del settore,

devono essere sicuramente stigmatizzate — come parlamentare lo voglio fare —, sottolineate, perché sono l'indicatore della politica che è stata fatta, anzi non fatta, in tanti anni, con grandissima responsabilità. La cosa che rimprovero sempre alle associazioni - rimprovero che, alla fine, vi darà modo di rispondere - è quella di colpire tutto; la vostra disperazione, le vostre angosce, la vostra situazione la conosciamo bene, però non si può colpire tutto quando si cerca di costruire. Ho sentito fare riferimento al trattamento sanitario obbligatorio ed a modifiche della legge: secondo me la legge non ha alcuna responsabilità rispetto a quanto è successo in Italia dal 1978 ad oggi, perché non è stata applicata; non è inapplicabile ma non è stata applicata, questa è la verità, perché che un TSO debba durare tre giorni, o sette, non è scritto da nessuna parte, non è vero, lo sappiamo tutti.

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Questo è quello che avviene, sulla carta.

NICOLA CARLESI. Allora quali sono le responsabilità? Le responsabilità sono politiche, a livello di unità sanitarie locali, regionali, sicuramente nazionali. Ci sono poi le responsabilità degli operatori, certo; spesso per incompetenza professionale ...

PASQUALINA GEMMA, *Soda dell'ARAP*. L'aggiornamento professionale: 150 ore l'anno, dove stanno?

NICOLA CARLESI. Brava. C'è, poi, il problema della mobilità: quando si chiuderanno gli ospedali psichiatrici, il personale che ha vissuto una parte della propria vita all'interno di tali ospedali, insieme al malato, non può riconvertirsi a fare l'operatore in riabilitazione se non è preparato a farlo, e se non è motivato a farlo. Spesso esiste ancora, purtroppo, la ideologizzazione dell'atto terapeutico; quando si rifiuta un trattamento sanitario obbligatorio spesso lo si fa per incapacità, per impreparazione, ma qualche volta per ideologia, perché c'è ancora chi crede che

la malattia mentale debba essere lasciata così come è, senza intervenire.

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Dicono che non esiste !

NICOLA CARLESI. Dunque esistono queste responsabilità gravi, ma la legge non c'entra nulla.

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. C'entra, c'entra !

NICOLA CARLESI. La legge non c'entra se non per quel che riguarda gli aspetti relativi alla mancanza di regolamento della legge stessa nonché alla mancanza di qualsiasi previsione per la cronicità, che nella normativa non è contemplata at-fatto.

Qualcuno ha detto che il Governo è stato sensibile: il Governo non è stato at-fatto sensibile, ma è stata la Commissione affari sociali a sollevare questo problema, unanimemente, devo dirlo. Il Governo non lo avrebbe affrontato e vi dirò di più: nelle due audizioni che già abbiamo svolto nell'ambito di questa indagine ci siamo resi conto delle gravi responsabilità del Governo. Nella prima, i funzionari del ministero ci hanno sostanzialmente detto delle bugie, cioè ci hanno detto che gli ospedali psichiatrici erano chiusi ed invece non era vero, non lo sapevano neanche loro. Nella seconda, siamo venuti sostanzialmente a sapere che i coordinatori dell'Osservatorio sulla chiusura degli ospedali psichiatrici non dispongono dei dati per poter fare il loro lavoro e che da qualche mese a questa parte, proprio nel periodo in cui si dovrebbero chiudere gli ospedali psichiatrici, non sono stati più chiamati. Allora, noi chiediamo la vostra collaborazione, con riferimento non solo alla situazione psichiatrica locale, che voi vivete direttamente, ma soprattutto agli ospedali psichiatrici, per sapere a che punto siano e cosa stiano facendo le regioni.

PASQUALINA GEMMA, *Socio dell'ARAP*. Cambiano la denominazione, solo questo.

NICOLA CARLESI. Io vi chiedo di aiutarci ad assolvere l'impegno che come Commissione abbiamo assunto. Come avete letto nel dispositivo, vogliamo mantenere ferma la data del 31 dicembre, però voi dovete aiutarci a capire in quale maniera sia possibile arrivare a questo risultato, oppure attraverso quale mediazione sia possibile uscire dalla assoluta impossibilità, rispetto a determinate situazioni locali, soprattutto nel sud, di chiudere gli ospedali psichiatrici. Abbiamo necessità del vostro aiuto, visto che il ministero finora non è riuscito a darcelo. Chiedo aiuto a tutti voi.

ANTONIO GUIDI. Con molta umiltà, io dissento profondamente dall'andazzo che stanno prendendo i lavori. Non è un richiamo a lei, presidente; anzi, vedo nella comunicazione non verbale che siamo abbastanza in sintonia. Credo che quando in questa sede vengono dei tecnici sia giusto interloquire; quando vengono i tecnici veri, che hanno la vera cultura e che ci vivono in mezzo, cioè i famigliari, noi dovremmo parlare un pochino meno, non fare difese o accuse d'ufficio al Governo o al Parlamento. Siamo qui per domandare e per ascoltare.

Esiste un dato da sfatare: che le associazioni dei genitori o dei figli di chi è all'interno o ha disturbi psichiatrici siano dalla parte dei manicomi. Sono convinto che siano più dalla parte dei manicomi i tecnici che si dichiarano contro e non le associazioni che pongono il problema. Lavoriamo da anni, dal 1980 su questi problemi: ho sempre sentito molta più voglia di chiusura dei manicomi nei genitori, in coloro i quali rappresentano l'ammalato, che non nei tecnici.

Detto questo, considererei però un'occasione persa ogni parola pronunciata da noi, perché, ripeto, queste sono occasioni irripetibili; infatti mentre per un tecnico lavorare in ospedale o venire qui in Commissione è la stessa cosa, per le associazioni è molto più difficile. A me sembrava che andassero riaffermati due concetti, che gli amici hanno espresso: nessuna associazione è in favore dei mani-

comi; le associazioni vogliono alternative serie.

Tuttavia mi preoccupa moltissimo il fatto che le amiche di Parma, che ha rappresentato la punta più alta - o una delle più alte - della psichiatria, oggi mostrino difficoltà. Vorrei capirne le ragioni; è questa la domanda che intendevo porre.

L'aiuto serio che potete darci (fermo restando che voi siete molto più a favore del superamento degli ospedali psichiatrici rispetto a tanti finti psichiatri avanzati, e l'ho denunciato dal primo giorno) è quello di farci pervenire non denunce ma documentazioni, stimoli sui quali potremmo lavorare insieme, perché se quella di stasera, invece di essere una valorizzazione di chi ha una cultura come la vostra, diventasse una presa di coscienza dal punto di vista tecnico, io non considererei positiva questa riunione.

PRESIDENTE. Prima di consentire ai rappresentanti delle varie associazioni di rispondere ai quesiti posti, desidero chiedere scusa ai nostri ospiti perché tra poco dovrò assentarmi per recarmi dal Presidente Violante per problemi inerenti alla Commissione; il vicepresidente Polenta proseguirà l'audizione al mio posto. Personalmente dovrei interloquire con la signora Andretta, che ha fatto alcune affermazioni; credo però che questa sia la sede in cui dobbiamo soprattutto domandare ed ascoltarvi. Successivamente vorrei rispondere con dei fatti, con degli atti della Commissione su tutta la questione relativa agli indirizzi generali ed al ruolo delle regioni e sui problemi importanti che lei ha sollevato e che investono fortemente non solo questo ambito ma anche, più in generale, l'ambito della sanità e dell'assistenza. Mi riferisco alla possibilità di far operare il territorio con determinati poteri e responsabilità e, nel contempo, di esercitare un controllo, di intervenire dando un indirizzo unitario, affinché i servizi per i cittadini si configurino poi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Non intendo tuttavia anticipare il futuro lavoro della Commissione, la quale in altra sede discuterà, trarrà delle conclu-

sioni, fisserà degli obiettivi, per cui probabilmente avremo occasioni successive di incontro. Se resta fermo il termine del 31 dicembre, non resta fermo il compito del Parlamento di proseguire il suo lavoro e di porre attenzione alle aree che destano preoccupazione: questi problemi verranno da noi seguiti anche dopo la conclusione di questa indagine conoscitiva.

Do ora nuovamente la parola ai rappresentanti delle associazioni.

CARLO VOLPI, Rappresentante dell'UNASAM. Avrete notato che non ho speso una parola per descrivere il quadro tragico della psichiatria perché sarebbe superfluo, lo conosciamo tutti; ho invece tentato di avanzare proposte di carattere concreto affinché questa riunione possa essere fruttuosa.

All'onorevole Carlesi dico che le famiglie si stanno organizzando nel senso di partecipare attivamente all'attuazione dei progetti obiettivo. Vi è una preconditione che deve essere affrontata: se le regioni non recepiscono i progetti obiettivo, non abbiamo gli strumenti per intervenire. La prima esigenza è quindi che il ministro convochi gli assessori regionali e chieda loro i motivi per cui fino ad oggi non hanno fatto niente o hanno fatto pochissimo.

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE PAOLO POLENTA

CARLO VOLPI, Rappresentante dell'UNASAM. La condizione per lavorare con voi, onorevole Carlesi, per creare questa situazione nuova dopo vent'anni è soltanto una: con tanta buona volontà noi abbiamo messo a disposizione l'anima, ma se non ci forniscono gli strumenti tecnici facciamo solo filosofia e pianto senza uscirne fuori.

Occorre quindi innanzitutto far recepire a tutte le regioni i progetti-obiettivo. Vi cito un episodio. In regione Lazio abbiamo costituito da un anno un gruppo di lavoro; non riusciamo a portare a conclusione il progetto-obiettivo perché in esso è detto per la prima volta che bisogna rafforzare il servizio pubblico rispetto a

quello privato. Nel Lazio abbiamo 1.300 posti nelle strutture private e 60 posti in quelle pubbliche. Tutto questo è follia ! Non è un problema di finanziamento; il finanziamento va gestito in maniera razionale.

Ribadisco pertanto la necessità di convocare con urgenza gli assessori, di far recepire il progetto nazionale (in fondo si tratta semplicemente di copiarlo aggiustando qualcosa) e di fare una programmazione triennale, perché il progetto obiettivo scade fra tre mesi. Che facciamo fra tre mesi ? Rinnoviamo il progetto obiettivo ? Prendiamo in giro la gente un'altra volta ? Il progetto obiettivo va attuato e, laddove la regione non si attiva, occorre un commissario *ad acta*.

La famiglia in che modo è coinvolta ? A Roma — cito questo fatto perché potrebbe essere significativo — abbiamo costituito presso ogni azienda USL le consulte aziendali e ci vediamo periodicamente per affrontare questi problemi. Non è una cosa facile, ma per la prima volta, riunendosi intorno a un tavolo, il direttore dell'azienda, il direttore del dipartimento e i famigliari hanno la possibilità di conoscersi; discutiamo, litighiamo, ma debbo dire che alcune cose si stanno muovendo. Portiamo la nostra esperienza, perché c'è tanta ignoranza, tanta malafede, tanta non conoscenza di questo dramma ...

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Quelli che non si vogliono curare non si curano !

CARLO VOLPI, *Rappresentante dell'UNASAM*. Non è questo il momento di parlare di questo problema.

Stiamo affrontando il tema del superamento degli ospedali; lo strumento è il progetto obiettivo che va attuato, e noi dobbiamo partecipare perché il decreto legislativo n. 502 ci dà il diritto di farlo. Attenzione ai tempi: se aspettiamo che arrivino i soldi in seguito alla vendita delle strutture ospedaliere psichiatriche arriviamo al 2015. Immaginate di vendere a Roma Santa Maria della Pietà: i problemi sono enormi ! Bisogna invece pensare di

utilizzare questa struttura, dedicando delle risorse per realizzare determinati interventi.

Il problema è comunque subordinato rispetto alla necessità di convocare gli assessori regionali, verificando se il superamento degli ospedali può essere finanziato con la quota capitaria (in molti casi è possibile perché le USL spendono cifre notevolissime per i ricoveri esterni). Altrimenti, se necessario, la regione deve dotare l'unità sanitaria locale dei mezzi necessari almeno per avviare la sistemazione delle persone con progetti personalizzati — non svuotando i manicomi grandi e riempiendo quelli piccoli - finalizzati alla riabilitazione, a un tipo di vita più sana e meno costosa.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare che nell'ambito di queste audizioni avremo un incontro con le regioni ...

GIUSEPPE DEL BARONE. Intervengo, per così dire, per mozione d'ordine. Dobbiamo arrivare ad una conclusione; tutto il resto diventa una strada già battuta (pur non essendo intervenuto, ho capito benissimo quello che è stato detto).

Sono un vecchio medico, non tratto psichiatria, ma faccio questo mestiere da quarant'anni: se non arriviamo ad una conclusione con le regioni, sentiremo lamenti sul passato — che sottoscrivo dalla A alla Z - senza avviare soluzioni per il futuro.

Se come Commissione non pregheremo il ministro Bindi di farsi portavoce di questo necessario incontro con i venti assessori — rappresento la Campania dove in questo campo vi è, in termini molto espliciti, una vera schifezza - sentiremo persone simpatiche, argomenti noti e non concluderemo. Regioni, regioni, regioni, se vogliamo dimenticare il passato ed entrare bene nel futuro.

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Condivido tutto quello che è stato detto: anch'io ritengo che se non cominciamo a convocare le regioni non facciamo passi avanti.

In questo momento vorrei rappresentare la voce dei malati, neppure dei famigliari: i malati non sono pacchi postali, né quelli ospedalizzati né quelli che stanno fuori.

Conosco personalmente gli ospedalizzati, pur non avendo un parente ricoverato a Santa Maria della Pietà; tra l'altro, faccio parte di una piccola associazione la cui sede è -proprio all'interno di quella struttura, dove ho passato tutte le feste di Natale.

Conosco i malati che sono stati dimessi, le cinque signore che sono andate nella casa famiglia di Prima Porta (poiché siamo a Roma, vi parlo della realtà di questa città): quelle persone erano contente della soluzione che era stata trovata nella casina dell'ex medico condotto di Prima Porta. Viceversa, alcuni ospedalizzati di Santa Maria della Pietà non vorrebbero essere sradicati per nessuna ragione al mondo; penso per esempio ad Antonio Feno — è stato anche ospite nella trasmissione diretta da Maurizio Costanzo - che dipinge (sono una sua cliente, sono onorata di conoscerlo, di avere acquistato i suoi quadri e di avere parlato con lui tante volte). I malati mentali, pur nella loro condizione, conservano alcune peculiarità del loro temperamento: alcuni hanno più difficoltà di rapporto, di cambiamento di situazione; altri le percepiscono in misura minore.

Lo stesso discorso vale per quelli non ospedalizzati.

Il direttore di Santa Maria della Pietà è preoccupato per queste persone che vengono spostate dopo quarant'anni. Feno mi diceva: « Non vado in vacanza perché qui sono felice: ho un parco meraviglioso, mi dedico alla pittura, nel mio reparto c'è una continua gara a chi dipinge meglio; guai se mi spostano ». L'ha detto anche in televisione e a me personalmente.

Affido questi problemi ai tecnici, ma dico che vanno affrontati tenendo conto delle esigenze dei malati, perché non sono dei numeri o dei pacchi.

Per quanto riguarda i giovani non ospedalizzati, ho esperienza dei centri diurni. C'è stato chiesto se come famigliari

partecipiamo alla organizzazione di questi centri. Certamente partecipiamo - per esempio nella mia USL siamo stati convocati - e tuttavia ci scontriamo con determinate realtà, per cui è inutile fare conti senza l'oste: chiamiamo le regioni e chiediamo loro di non comportarsi più in un certo modo.

Tutto quello che si è potuto ottenere è stata una collocazione « pionieristica » — a detta degli stessi operatori — negli ex dormitori di Primavalle, che sono a dir poco fatiscenti. Si è data una risposta a quei malati che per estrazione sociale, perché la malattia è intervenuta nella primissima adolescenza, hanno maturato un progetto di vita di basso profilo. Si è persa tutta quella utenza di ragazzi che avevano una scolarizzazione maggiore ed hanno disertato il centro; sulla carta è frequentato da 14 persone, ma nella realtà queste non ci vanno.

Il centro deve essere decente, mentre nel caso particolare la decenza mancava, anche sotto il profilo dei servizi igienici. Si parlava di una piscina, dell'organizzazione di gite: niente di tutto questo.

Credo che niente sia più crudele di far sentire beffati e frustrati i malati mentali, perché, a qualsiasi tipologia appartengano, presentano sempre una forte componente depressiva di autosvalutazione. Trattandoli in questa maniera non facciamo altro che peggiorare la loro situazione; il rispetto del malato deve dunque essere posto in primo piano.

Quest'estate sono andata a visitare la struttura di Villa Adriana e mi sono complimentata (sono sempre io, la stessa persona). Faccio presente che sono molto amica del dottor Ducei che gestisce il centro di Primavalle, ma la mia critica riguarda la situazione. Per quanto riguarda Villa Adriana, ho trovato una struttura nel cuore di Roma decente, rispettosa di chi deve andare a curarsi; ho riscontrato una flessibilità di progetti, per cui non si fa una sola attività (o quella o te ne vai): c'è il laboratorio di fotografia, persino quello di letteratura. Se vogliamo curare queste persone, se vogliamo as-

sorbire l'utenza, ci dobbiamo adeguare; non sono tutte uguali !

Mi è piaciuto l'onorevole Carlesi quando ha riconosciuto finalmente che la legge non va, perché non prevede niente per la nuova cronicità. Fino ad oggi si è sostenuto che era intoccabile e meravigliosa, creando un alibi politico per non intervenire. Quella legge recita nella parte iniziale: « Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari »; quindi all'articolo 2: « Si possono prevedere le cure in degenza ospedaliera quando le alterazioni psichiche sono tali da richiedere urgenti interventi ». Fra questa possibile volontarietà, cioè di una malattia all'insorgere, e le condizioni da TSO o da carabiniere, vi sono tutta la lacuna e l'incuria in cui la psichiatria è vissuta per diciotto anni. All'articolo 6 della legge n. 180, infatti, l'intera questione viene liquidata dicendo che « cura, prevenzione e riabilitazione di norma sono affidate ai servizi ». Che significa « di norma » ? Sono due parole che lasciano il campo aperto all'ambiguità, alla discrezionalità più selvaggia, quella che, di fatto, abbiamo avuto fino ad oggi.

Ricordo un'intervista al dottor Massimo Cozza, dell'UNASAM, per il quale, citando parole nostre, gli operatori si trincerano dietro un fortino, non vanno a prestare quell'assistenza domiciliare minima che, forse, salvando alla radice certe situazioni, potrebbe evitare che degenerino. Conosco giovani che in un anno si sono sottoposti a 15 trattamenti sanitari obbligatori, ma sapete come ? Scappando da un ospedale all'altro. C'è un ragazzo che dal San Filippo è scappato quattro volte e il primario non se n'è mai accorto. Come si può dire « si vede che quello era tanto furbo », se poi è stato trovato delirante su un treno per Firenze o su un treno per Milano ? Questo significa prendere in carico una persona ? E quello che è successo a Cremona ? So che un oncologo del Gemelli, che ha sbagliato una diagnosi, ha subito dei processi. Nel suo caso, quindi, vi è stata un'assunzione di responsabilità. Invece, i medici di Cremona, convocati in conferenza stampa, hanno detto: « Secondo noi, la situazione poteva essere mi-

gliore. Si vede che ci siamo sbagliati ». Tutto qui, eppure sono morte tre persone ! E non si muore solo fisicamente, ma molto prima: si muore quando si vive per anni chiusi in una stanza; si muore quando, dopo che il figlio ti ha preso a calci, si va al SIM e ci si sente dire: « E lei che vuole, ce lo porti ». Scusatemi se sono così emotivamente caricata nel parlare, ma io il figlio l'ho già perso otto anni fa, e vedo che nulla è cambiato. Qui a Roma, a via Gioacchino Ventura, mi sono sentita dire: « Signora, io sto prendendo il sole sul prato e mi sono scocciato di sentire una persona noiosa come lei; non lo sa che a quindici anni è normale ribellarsi alla famiglia ? ».

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Da un operatore psichiatrico !

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Cosa si dovrebbe fare di fronte a risposte come queste, che, purtroppo, vengono date anche oggi ? Mio figlio è vissuto con la malattia dai 14 ai 19 anni; prevedevano che ci avrebbe uccisi tutti e siccome io, suo fratello e anche suo nonno eravamo sempre al pronto soccorso, ci hanno detto che eravamo stati fortunati che in un momento di delirio si fosse buttato dalla finestra ! Questo succedeva otto anni fa, ma devo dire, purtroppo, che succede anche adesso.

Potrei dirvi tante altre cose ...

PRESIDENTE. Siamo in fase di replica, per cui bisognerebbe soprattutto cercare di rispondere ai quesiti che sono stati posti.

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Per quanto riguarda il quesito, certo, bisogna essere flessibili alle esigenze del malato e fare in modo che esistano i finanziamenti delle regioni, altrimenti sono inutili tutti i progetti. Sicuramente è necessaria una modifica legislativa, poi bisogna fare in modo che vi siano delle concretezze, per esempio una commissione di vigilanza, delle garanzie, un controllo dei tempi e di ciò che si fa.

sorbire l'utenza, ci dobbiamo adeguare; non sono tutte uguali !

Mi è piaciuto l'onorevole Carlesi quando ha riconosciuto finalmente che la legge non va, perché non prevede niente per la nuova cronicità. Fino ad oggi si è sostenuto che era intoccabile e meravigliosa, creando un alibi politico per non intervenire. Quella legge recita nella parte iniziale: « Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari »; quindi all'articolo 2: « Si possono prevedere le cure in degenza ospedaliera quando le alterazioni psichiche sono tali da richiedere urgenti interventi ». Fra questa possibile volontarietà, cioè di una malattia all'insorgere, e le condizioni da TSO o da carabinieri, vi sono tutta la lacuna e l'incuria in cui la psichiatria è vissuta per diciotto anni. All'articolo 6 della legge n. 180, infatti, l'intera questione viene liquidata dicendo che « cura, prevenzione e riabilitazione di norma sono affidate ai servizi ». Che significa « di norma » ? Sono due parole che lasciano il campo aperto all'ambiguità, alla discrezionalità più selvaggia, quella che, di fatto, abbiamo avuto fino ad oggi.

Ricordo un'intervista al dottor Massimo Cozza, dell'UNASAM, per il quale, citando parole nostre, gli operatori si trincerano dietro un fortino, non vanno a prestare quell'assistenza domiciliare minima che, forse, salvando alla radice certe situazioni, potrebbe evitare che degenerino. Conosco giovani che in un anno si sono sottoposti a 15 trattamenti sanitari obbligatori, ma sapete come ? Scappando da un ospedale all'altro. C'è un ragazzo che dal San Filippo è scappato quattro volte e il primario non se n'è mai accorto. Come si può dire « si vede che quello era tanto furbo », se poi è stato trovato delirante su un treno per Firenze o su un treno per Milano ? Questo significa prendere in carico una persona ? E quello che è successo a Cremona ? So che un oncologo del Gemelli, che ha sbagliato una diagnosi, ha subito dei processi. Nel suo caso, quindi, vi è stata un'assunzione di responsabilità. Invece, i medici di Cremona, convocati in conferenza stampa, hanno detto: « Secondo noi, la situazione poteva essere mi-

gliore. Si vede che ci siamo sbagliati ». Tutto qui, eppure sono morte tre persone ! E non si muore solo fisicamente, ma molto prima: si muore quando si vive per anni chiusi in una stanza; si muore quando, dopo che il figlio ti ha preso a calci, si va al SIM e ci si sente dire: « E lei che vuole, ce lo porti ». Scusatemi se sono così emotivamente caricata nel parlare, ma io il figlio l'ho già perso otto anni fa, e vedo che nulla è cambiato. Qui a Roma, a via Gioacchino Ventura, mi sono sentita dire: « Signora, io sto prendendo il sole sul prato e mi sono scocciato di sentire una persona noiosa^v come lei; non lo sa che a quindici anni è normale ribellarsi alla famiglia ? ».

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Da un operatore psichiatrico !

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Cosa si dovrebbe fare di fronte a risposte come queste, che, purtroppo, vengono date anche oggi ? Mio figlio è vissuto con la malattia dai 14 ai 19 anni; prevedevano che ci avrebbe uccisi tutti e siccome io, suo fratello e anche suo nonno eravamo sempre al pronto soccorso, ci hanno detto che eravamo stati fortunati che in un momento di delirio si fosse buttato dalla finestra ! Questo succedeva otto anni fa, ma devo dire, purtroppo, che succede anche adesso.

Potrei dirvi tante altre cose ...

PRESIDENTE. Siamo in fase di replica, per cui bisognerebbe soprattutto cercare di rispondere ai quesiti che sono stati posti.

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Per quanto riguarda il quesito, certo, bisogna essere flessibili alle esigenze del malato e fare in modo che esistano i finanziamenti delle regioni, altrimenti sono inutili tutti i progetti. Sicuramente è necessaria una modifica legislativa, poi bisogna fare in modo che vi siano delle concretezze, per esempio una commissione di vigilanza, delle garanzie, un controllo dei tempi e di ciò che si fa.

spiace dire che ciò è necessario sia per i primari sia per gli aiuti ospedalieri sia per gli stessi medici di base, che nella nostra proposta di legge vengono direttamente coinvolti all'interno del dipartimento di salute mentale, proprio perché il territorio fa riferimento ai medici di base. È necessario che questa figura si renda responsabile, perché a fronte di pochi buoni professionisti moltissimi fuggono le responsabilità che vengono loro proposte in ambulatorio, fingono di non sapere, non sanno dove indirizzare.

Vorrei far notare un'altra cosa: il progetto-obiettivo 1994-1996 era ricco di proposte, ma basta leggere qualche voce per capire quale sorte abbiano avuto. Ne leggo solo alcune, anche se ne avevo sottolineate molte. In particolare, a proposito del CSM assicura « l'intervento al domicilio delle persone stesse o dei famigliari »: non capita mai.

MARIA LUISA ZARDINI, *Presidente dell'ARAP*. Mai !

MARIA PIA MAGLIA, *Rappresentante dell'ARAP*. Mai !

OTTAVIO BEVILACQUA, *Rappresentante dell'associazione Psiche 2000*. I « rapporti a fini terapeutici con nuclei famigliari o con gruppi »: non capita mai; « la sensibilizzazione della popolazione sui temi della salute mentale, utilizzando gli strumenti informativi più adeguati »: da noi non capita mai, l'opinione pubblica non sa a quali strutture fare riferimento, il famoso ufficio relazioni con il pubblico previsto dalla Carta dei servizi sanitari da noi non è stato mai istituito. Addirittura, sono stati inviati i burocrati delle USL qui a Roma per sei mesi proprio per essere aggiornati in vista dell'apertura di questo servizio per il pubblico, che invece non ha ancora aperto. E posso continuare: « la ricerca programmata di inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovani ed adulte utilizzando sia cooperative integrate sia esperienze lavorative di formazione presso enti appositi sia inserimenti diretti »: una fatica be-

stiale; c'è l'intenzione e non ci sono i risultati, « la promozione di programmi risocializzanti e riabilitativi anche integrati per gruppi omogenei di utenti »: questo qualche volta si fa, spesso ad opera del volontariato, « l'assistenza per il riconoscimento dei diritti previdenziali ed assicurativi degli utenti aventi diritto » eccetera, eccetera, eccetera, tante cose che noi non vediamo. Erano previste, sulla carta, ma nessuno è responsabile, nessuno paga.

PASQUALINA GEMMA, *Soda dell'ARAP*. L'aiuto degli obiettori di coscienza, anche !

PRESIDENTE. Do la parola nuovamente alla signora Andretta, presidente della Diapsigra, dico bene ?

ANNA ROSA ANDRETTA, *Presidente dell'associazione Diapsigra*. È una parola difficile da pronunciare proprio perché deve rimanere bene impressa; significa Difesa malati psichici gravi, quelli che veramente sono in un limbo, inesistente quasi, perché nessuno li tiene in considerazione. Comunque, questo è un altro discorso, che non va affrontato questa sera.

Io non riesco mai a distaccarmi dai discorsi che sento pronunciare da questi miei compagni di sventura quando esprimono tutto il loro dolore. Non la chiamo né polemica né accusa e vorrei dare, in questo mio breve ed ultimo intervento, una risposta a tutti e tre gli onorevoli che mi hanno chiamata in causa personalmente. Non riesco mai a distogliermi da questo, ma mi dispiace moltissimo che questo grido di dolore sia sempre interpretato come unica volontà di polemica, di dietrologia, mentre non si vuole capire che abbiamo bisogno di risposte e siamo i primi a guardare - non so come facciamo - con abbastanza fiducia al futuro, sempre nella speranza di poter migliorare la condizione.

Forse ho capito male, o forse ho capito fin troppo bene. L'onorevole Guidi magari ha voluto, con una abilissima pennellata, correggere il tiro del mio primo intervento. Io rimango veramente nella convin-

zione che la verità faccia sempre molto male a chi la ascolta; allora posso anche dire, in termini concreti, che non mi sono mai presentata, in nessuna occasione ... Nel 1984 ho fatto parte della prima commissione del Ministero della sanità, e sempre in queste commissioni, con più o meno piacere, è stata voluta la mia presenza. Non ho mai perso tempo nelle polemiche ma sono sempre stata molto propositiva, talmente propositiva che vi consegnerò ufficialmente il documento finale del nostro primo ed unico — per mancanza di finanziamenti e di economie possibili — convegno nazionale, documento nel quale - ve lo assicuro — vi sono le tracce del piano-obiettivo nazionale che è saltato fuori molti anni dopo.

Non si possono sempre richiamare i famigliari a dirette responsabilità propositive. Mi rendo conto che voi non potete fare niente rispetto alla trista professionalità degli operatori; però mi rendo anche conto che, politicamente, potreste varare delle leggi in cui si prevedano assunzioni di responsabilità penali per questi personaggi che non sanno fare la loro professione. Parlo da professionista seria e credo di poter fare anche questa affermazione. Sono necessarie delle indicazioni univoche da parte del Parlamento rispetto a tutte le regioni, anche se ormai si parla di autonomia regionale e addirittura di federalismo; se è vero che per la psichiatria si fanno leggi speciali e non rientra in un contesto di leggi generali, allora bisogna fare una legge speciale anche per dare questi indirizzi univoci.

CONCETTINA TUMINO, *Presidente del CRASM*. Faccio un brevissimo esempio perché ci sia anche una speranza. Mio fratello è malato di schizofrenia da oltre 18 anni; per 15 anni ha vissuto con mia madre, erano loro due soli in casa e l'ha distrutta completamente. Abbiamo finalmente trovato un posto nell'unica casa-famiglia che esiste nella provincia di Ragusa, sette ospiti con assistenti sociali del volontariato *non profit* del San Vincenzo de Paoli, persone che forse non saranno degli scienziati in fatto di psichiatria ma che

umanamente sanno gestire i loro ospiti. Posso testimoniare che fin dal primo momento mio fratello ha vissuto benissimo, a poca distanza dalla mia casa e quindi anche da mia madre. Nessuno dei sette ragazzi che sono lì da tre anni è mai stato sottoposto, in questo periodo, ad un trattamento sanitario obbligatorio, perché questa malattia mentale deve essere aggredita con terapie complementari tra loro. Purtroppo si fa un eccessivo uso di psicofarmaci e non si fa uso di terapie complementari; invece, lo stare in compagnia, avere distrazioni, poter uscire a mangiare una pizza, fare la villeggiatura, una gita o un viaggio li aiuta a stare bene, in un ambiente protetto, in modo che gli stimoli che possono venire dall'esterno siano — diciamo così — ovattati.

Ho voluto fare questo esempio come parola di speranza per il futuro: a mio giudizio, le piccole comunità ben gestite possono essere la risposta migliore.

ROSANNA MAMBRIANI, *Rappresentante dell'associazione Va' pensiero*. Il quesito se noi siamo coinvolti nelle decisioni, non l'ho inteso con riferimento al coinvolgimento dei famigliari da parte dei medici, bensì a quello delle associazioni da parte delle unità sanitarie locali. L'ho interpretato in questi termini e rispondo: no, noi, come associazioni, non siamo chiamati in causa a discutere su interventi di tipo economico o di altro genere. Ho fatto cenno poc'anzi al problema della vendita dell'ex ospedale psichiatrico di Colorno: hanno fatto questa proposta, dicendo che c'è un'altra zona da acquistare, ma non si conosce quali siano in realtà le finalità.

Per quanto riguarda invece il quesito concernente la nostra opinione in merito alla chiusura effettiva del 31 dicembre, non possiamo essere altro che favorevoli alle chiusure dei manicomi, ma è implicito che siamo favorevoli laddove ciò è progettato come nel 1978. L'onorevole Guidi chiedeva a noi di Parma quale sia stato il cambiamento; probabilmente egli in prima persona ha conosciuto la situazione del 1978 e chiede perché le cose siano peggiorate anziché essere migliorate. Semplice-

mente perché nel 1978, quando la legge n. 180 è stata approvata, preventivamente esistevano le strutture di accoglienza per ospitare le persone che uscivano dal manicomio. Oggi, al 31 dicembre, diffidiamo che strutture da reperire, da progettare potranno accogliere le 152 persone che usciranno dall'ospedale psichiatrico di Colorno. È questa la controversia, è questo il dubbio.

Certo che le rimanenti RSA funzionano, certo che abbiamo due *day ospital* che funzionano; è vero. Ma tra questi 152 malati dell'ospedale psichiatrico di Colorno ci sono sia persone di tipo psichiatrico sia persone di giovane età molto gravi, che sicuramente fuori di lì sarebbero da TSO, di difficile gestione. Se non si conosce in modo anticipato la risoluzione *ad personam* di questi ospiti, allora non possiamo che essere contrari.

PRESIDENTE. Abbiamo così concluso l'audizione, che credo sia stata di grandissimo interesse, perché effettuata con persone che vivono dal di dentro questa problematica. Come è stato già detto, la Commissione proseguirà il ciclo di audizioni in maniera molto intensa, per giungere a conclusioni in tempi brevi (compatibilmente con gli altri grossi impegni che il Parlamento ha in questa fase), soprattutto consultando ed incontrandosi con i re-

sponsabili istituzionali cui avete fatto riferimento. L'incontro con le regioni e quello con il ministro della sanità sono quindi momenti fondamentali, conclusivi di questa fase di ascolto delle varie voci, tra le quali la vostra è sicuramente tra le più significative.

CONCETTINA TUMINO, *Presidente del CRASM*. Se il ministro effettivamente incontrerà gli assessori alla sanità, potrebbe suggerire caldamente a ciascuno di essi di convocare le associazioni della sua regione, perché noi non riusciamo ad essere convocati. Scriviamo raccomandate da due anni; nel frattempo gli assessori sono stati tre, ma nessuno ci ha convocato.

PRESIDENTE. Questo lo avevamo compreso.

Ringrazio tutti i nostri ospiti per essere intervenuti.

La seduta termina alle 21,10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO
STENOGRAFIA

DOTT. VINCENZO ARISTA

*Licenziato per la stampa dal Servizio
Stenografia il 7 ottobre 1996.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

INDICE DELLE SEDUTE

	PAG.		PAG.
GIOVEDÌ 12 SETTEMBRE 1996		GIOVEDÌ 28 NOVEMBRE 1996	
Audizione dei direttori di dipartimento del Ministero della sanità, Raffaele D'Ari e Nicola Falcitelli!	1	Audizione dei rappresentanti dell'Istituto italiano di medicina sociale, dell'Istituto Mario Negri - laboratorio di epidemiologia e psichiatria sociale, e del CENSIS	127
MERCOLEDÌ 25 SETTEMBRE 1996		MARTEDÌ 3 DICEMBRE 1996	
Seguito dell'audizione dei direttori di dipartimento del Ministero della sanità, Raffaele D'Ari e Nicola Falcitelli	17	Audizione di rappresentanti delle organizzazioni sindacali	143
MERCOLEDÌ 2 OTTOBRE 1996		MARTEDÌ 10 DICEMBRE 1996	
Audizione dei coordinatori delle sezioni del l'osservatorio del superamento dei manicomi	28	Audizione di rappresentanti delle regioni	161
Audizione delle Associazioni dei familiari ...	52	MERCOLEDÌ 11 DICEMBRE 1996	
MARTEDÌ 22 OTTOBRE 1996		Audizione di rappresentanti delle regioni	184
Audizione dei rappresentanti di psichiatria democratica, della società italiana di psichiatria e della società italiana di riabilitazione psicosociale	73	MARTEDÌ 17 DICEMBRE 1996	
MERCOLEDÌ 23 OTTOBRE 1996		Audizione del Ministro della sanità, Rosy Bindi	212
Audizione delle associazioni di volontariato	103	MERCOLEDÌ 16 LUGLIO 1997	
		Esame ed approvazione del documento conclusivo	235