

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA
SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA
DI SOPPRESSIONE DELLE STRUTTURE MANICOMIALI
RESIDUE E DI REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE
ALTERNATIVE DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

8° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 26 MARZO 1997

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE**Audizione di rappresentanti di associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 8	ANDRETTA	Pag. 14, 15, 16 e <i>passim</i>
BRUNI (<i>Misto</i>)	8	BEVILACQUA	23, 24, 25
CAMERINI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>).....	9, 10	MAGLIA	20, 21, 22 e <i>passim</i>
DANIELE GALDI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	25	MUGGIA	4, 5, 6 e <i>passim</i>
MIGNONE (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>). 10, 11, 12 e <i>passim</i>		ZARDINI	19, 20, 24
RONCONI (<i>CDU</i>)	25		
TOMASSINI (<i>Forza Italia</i>).....	10, 11, 25		
VALLETTA (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	10		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Anna Rosa Andretta, presidente dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi; il dottor Ernesto Muggia, presidente dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale; la dottoressa Maria Luisa Zardini, la dottoressa Maria Pia Maglia e il dottor Ottavio Bevilacqua, in rappresentanza dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

Audizione di rappresentanti di associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica.

Possiamo dare inizio ai lavori di questo pomeriggio; abbiamo convocato in audizione rappresentanti di associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici. Sono presenti la presidente dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi, dottoressa Anna Rosa Andretta; il presidente dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale, dottor Ernesto Muggia (il vice presidente Carlo Volpi ci ha comunicato che per motivi di salute non può essere presente) e infine, in rappresentanza dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica, la dottoressa Maria Luisa Zardini, la dottoressa Maria Pia Maglia e il dottor Ottavio Bevilacqua.

Prima di dare la parola ai rappresentanti delle associazioni che rappresentano i familiari dei pazienti psichiatrici vorrei illustrare brevemente lo scopo di questa audizione nonché lo stato dell'indagine conoscitiva in corso. La Commissione igiene e sanità del Senato nel luglio dello scorso anno ha promosso un'indagine conoscitiva per verificare quale era la situazione su tutto il territorio nazionale, regione per regione, in merito allo stato di attuazione della previsione contenuta nella legge 23 dicembre 1994, n. 724 (legge finanziaria del 1994), della chiusura al 31 dicembre 1996 degli ex ospedali psichiatrici. Nel corso della nostra indagine abbiamo avuto modo di ascoltare vari rappresentanti regionali soprattutto degli assessorati alla sanità. Abbiamo poi condotto la nostra indagine attraverso una serie di sopralluoghi in alcune realtà regionali. Abbiamo visitato diversi ex ospedali psichiatrici: siamo stati a Trieste, a Genova, a Napoli, a Roma, in Abruzzo, in Calabria e in Lombardia. Abbiamo visitato la realtà più importanti. Sapete anche che nel corso d'esame della manovra finanziaria il problema della chiusura degli ex ospedali psichiatrici è ritornato all'attenzione del Parlamento: il collegato alla finanziaria di quest'anno ha riconfermato la necessità della chiu-

sura degli ex ospedali psichiatrici indicando la scadenza del 31 dicembre 1997. Inoltre il Parlamento aveva dato alle regioni un ulteriore termine, il 31 dicembre 1997, entro il quale le regioni avrebbero dovuto presentare i piani per il superamento dei residui manicomiali.

Da quanto emerso dalle visite condotte nelle varie realtà regionali, a parere della Commissione, il processo in corso presenta ancora molte difficoltà. È anche vero che le regioni hanno adottato dei piani per il superamento dei presidi psichiatrici, ma molti non presentano purtroppo tempi certi rispetto al raggiungimento degli obiettivi anche per la mancanza di risorse finanziarie destinate al progetto. Debbo dire però che la stessa legge finanziaria prevede risorse che si possono attingere dai finanziamenti previsti per l'edilizia ospedaliera ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Un altro elemento acquisito dalla Commissione è che sul territorio italiano vi è una realtà che varia da regione a regione. Per la prima volta forse non abbiamo registrato il classico divario Nord-Sud: sia al Nord che al Sud infatti esistono realtà positive e realtà che lasciano invece ancora molto preoccupati. È emerso invece con evidenza, che, dove sono presenti operatori motivati, il processo di superamento è molto avanzato, mentre dove mancano operatori e strutture amministrative che da tempo lavorino al programma di superamento dei presidi psichiatrici, i progetti sono in una fase molto arretrata. Altro elemento chiaro è che il processo è molto più avanzato dove si è creata una sinergia tra più attori. È interessante anzitutto il ruolo che possono svolgere i sindaci soprattutto in questa fase di superamento degli ex ospedali psichiatrici.

La prossima settimana termineremo l'indagine conoscitiva. Abbiamo oggi in programma l'audizione dei familiari dei pazienti; poi avremo un altro incontro di tipo scientifico con la Società italiana di psichiatria e con Psichiatria democratica, infine avremo un ultimo incontro con i rappresentanti sindacali e con i proprietari degli ospedali psichiatrici privati. Questi ultimi, in particolare, rappresentano un altro gravissimo problema che dobbiamo affrontare e risolvere perchè per questa realtà, alla complessità che è comune a tutti gli ex ospedali psichiatrici, si aggiunge il problema dell'occupazione dei lavoratori e della riconversione delle strutture sanitarie.

Fatta questa premessa, darei subito la parola agli auditi per sentire il loro parere in merito e per dare spazio nel dibattito ai colleghi componenti della Commissione che vorranno intervenire.

MUGGIA. Signor Presidente, ringrazio lei e gli onorevoli senatori di questa Commissione per l'opportunità di essere ascoltato in questa sede.

Sono pienamente d'accordo con la premessa del Presidente e condivido le sue preoccupazioni e notazioni. Anch'io giro molto per l'Italia e ho avuto modo di conoscere realtà come Cagliari, Genova, Milano, Como, Napoli e, pur con tutto quello che si riesce a fare, la situazione è accettabile solo sulla carta, nel senso che la gran parte degli ospedali psichiatrici sono inseriti in un progetto di chiusura.

Vivendo in un paese come l'Italia e avendo passato l'età della ragione da qualche anno ho il timore che per passare allo stadio dei fatti occorra qualche intervento più robusto delle esortazioni: principalmente regole certe e denari, perchè le risorse attualmente disponibili per la via breve sono solo quelle della quota capitaria, già insufficienti per l'ordinaria amministrazione. I denari teoricamente disponibili *ex* articolo 20 della legge n. 67 del 1988 sono difficili da raggiungere: richiedono impegni e tempi che gli amministratori delle Usl purtroppo non sempre sono disposti ad aspettare perchè hanno altro a cui pensare.

Mettiamoci in testa che il problema degli ex ospedali psichiatrici non è la preoccupazione primaria. Al 31 dicembre 1997 saremo ancora qui a lamentarci perchè solo pochi ospedali nella mani dei migliori saranno riusciti, con la buona volontà, a fare un passo avanti, mentre per tutti gli altri la situazione è destinata a trascinarsi molto a lungo.

Mi sembra accettabile che persone consapevoli e responsabili, con la scarsità di risorse disponibili, chiedano un periodo di 3-4 anni per compiere un'operazione corretta di chiusura senza incorrere nei pericoli che tutti conosciamo. In particolare ne ricordo due: la cessione dei malati a strutture nate *ad hoc*, che ne prendono venti alla volta per speculare sulle rette o fare operazioni di tipo commerciale, oppure cambiare la targa, limitarsi a non chiamarlo più ospedale psichiatrico inventandosi un altro nome. Per evitare di incorrere in tale destino gli amministratori più oculati riescono a trovare qualche soldo, mobilitando risorse interne, vendendo parte di qualcosa – magari un appartamento che qualcuno ha lasciato in eredità – per ristrutturarne qualcun'altra, i meno bravi non fanno niente; questa è la situazione che vedo.

Il timore delle famiglie è di essere abbandonate con i loro malati in una situazione peggiore di quella attuale e credo che questo timore abbia assoluto bisogno di essere sedato. Non penso che qualcuno voglia scaricare su famiglie, sulle quali grava già il peso dei malati giovani che le strutture sanitarie non accolgono, il peso di altri malati.

Non sto parlando delle nostre speranze per un futuro migliore; desidereremmo un assetto della sanità e della salute mentale migliore di quello attuale, perchè, se non ci saranno più i manicomi, bisognerà preoccuparsi di svolgere bene l'assistenza sul territorio. Il manicomio è un alibi purchè poi qualcuno possa dire: «era meglio quando c'erano i manicomi in cui portare i malati».

Quanto tempo ci vorrà per fare le cose bene, se ci date una mano a sbloccare i fondi *ex* articolo 20 con qualche decreto *ad hoc* e con degli incentivi alle Usl affinchè li prendano? Tra l'altro, non vorrei che accadesse come per il fondo sociale europeo dove, in caso di mancato utilizzo, gli stanziamenti li danno a qualcun altro.

Ho portato con me – e vorrei lasciarla agli atti della Commissione – una lettera che ho scritto al presidente della regione Lombardia, perchè la chiusura di un ospedale psichiatrico almeno nella metà dei casi è problema della città, non di un amministrativo che dirige casualmente una Usl perchè magari è lì come commissario, o di qualche psichiatra di buona volontà che deve pensare anima e corpo ai pazienti. Occorre che sindaco, università, sociologi, urbanisti prendano l'incarico di un proget-

to, affinché il tutto non diventi una cosa penosa dove si dice: «inserimento nel sociale: creiamo un bar». Qui dobbiamo portare università, costruzioni a disposizione della città, strutture per lo sport, parchi. Aprire certe zone bellissime – le avrete viste anche voi in molte città, parlo di Genova, Sondrio o Como – non è facile, sono posti che farebbero gola a molti.

Se i sindaci invece di pensare ad altro mettessero a disposizione, per esempio, le scuole non più utilizzate perchè i bambini sono pochi, delle aree o parte di ospedali, spendendo qualche soldo in ristrutturazione, sono convinto che si potrebbero magnificamente creare dei servizi veramente utili, quanto meno per quei malati attualmente ricoverati che non possono uscire perchè vecchi, allettati o handicappati mentali, per quei malati cioè per i quali la parola «riabilitazione» è molto difficile da pronunciare. Li conosciamo; è difficile occuparsi di questa categoria, ma si tratta di un numero limitato di persone, qualche migliaio. Su 20.000 persone attualmente ricoverate in ospedali psichiatrici pubblici e privati censiti, se ne togliamo un terzo che è lì per vecchiaia, perchè allettato o malato di cuore, di polmoni, di cancro o di altre malattie e che quindi non è da lasciare in cura presso uno psichiatra, e se ne togliamo un altro terzo costituito da persone in cui predomina *l'handicap* psichico, potete comprendere che in tutto si tratta di 7.000-8.000 persone che, divise per le provincie italiane, diventano qualche centinaio. Ci vorrebbe allora poco a mettere in piedi delle strutture dove la vita diventa familiare, dove questi malati realmente psichiatrici, quindi in grado di arrivare ad un recupero con un lavoro di riabilitazione, possano vivere i loro giorni in maniera più civile. Non si tratta di un problema insormontabile e occupandosene si potrebbe risolvere.

Passando ad un'altra questione, onestamente non vedo alcuna differenza, al di là dei termini burocratici, fra un ospedale psichiatrico pubblico e uno privato. Non vedo come il nostro paese, che ha deciso di chiudere la «vergogna» degli ospedali psichiatrici pubblici, possa permettersi la «vergogna» degli ospedali psichiatrici privati. Non vorrei che un malato fosse trattato più o meno decentemente a seconda della struttura pubblica o privata. Sono malati come altri che hanno un destino diverso, troviamo la maniera di occuparci anche di questi.

L'Unasam fa parte della Consulta nazionale, un tavolo che comprende appunto noi come associazione dei familiari, Psichiatria democratica come operatori psichiatrici, Cgil-Funzione pubblica per il sindacato e l'Arci-solidarietà.

Abbiamo costituito un tavolo di trattativa insieme alle tre confederazioni sindacali che aspetta solamente di essere interpellato in merito al problema dell'occupazione dei dipendenti degli ospedali psichiatrici privati, che, come nessuno si nasconde, è un problema grave.

Per quanto riguarda gli operatori degli ospedali psichiatrici pubblici, essi devono accettare di cambiare in parte quello che hanno nella testa a seguito di vent'anni di lavoro in ospedale psichiatrico, migliorandosi ed imparando come si lavora sul territorio; pertanto in Lombardia stanno prendendo avvio degli ottimi corsi (alla cui progettazione ho partecipato insieme a molti altri) per la formazione di operatori degli ospe-

dali psichiatrici: la trasformazione degli ex manicomî in strutture territoriali è infatti un passaggio fondamentale e necessita di operatori in grado di lavorare sul territorio.

Per i dipendenti degli ospedali psichiatrici privati non vi è il paracadute rappresentato dalla sicurezza del posto di lavoro e bisogna quindi trovarlo; inoltre, siccome nel settore della psichiatria mancano gli operatori, occorre individuare un marchingegno utile per il reclutamento.

Per quanto riguarda gli ospedali psichiatrici giudiziari essi rappresentano un problema gravissimo, in merito al quale, finalmente, in seno all'Osservatorio nazionale presso il Ministero della sanità sta iniziando i suoi lavori una commissione. Si tratta di ospedali psichiatrici come gli altri, ma nettamente peggiori per caratteristiche della loro popolazione ed il fatto che vi lavorano secondini e non operatori della sanità; pertanto, essi rappresentano un problema estremamente difficile da affrontare e che richiede onestà e serietà.

Desidero inoltre accennare all'ex ospedale psichiatrico di Como che dispone – mi interessa che tutti lo sappiate – di un fondo di circa 45 miliardi di lire, fermo in banca, ottenuto mediante controverse operazioni di rivalsa nei confronti dei familiari dei ricoverati e che quindi ha incamerato pensioni, indennità di accompagnamento e denaro di malati vivi e morti. Insomma questo fondo contiene di tutto, ma è bloccato. Di tale problema si è già occupato il ragioniere generale dello Stato Monorchio, gli è stato infatti chiesto cosa si potesse fare ed il suo parere è stato chiarissimo ed analogamente la Corte di cassazione si è pronunciata più volte stabilendo che trattandosi di soggetti malati, ogni rivalsa nei loro confronti è contraria alla legge; nonostante tutto ciò i fondi non si riescono a sbloccare. È stato raggiunto un accordo di massima fra le associazioni dei familiari, gli operatori della Usl e la regione Lombardia perchè questo fondo, una volta che ne sia stato definito il passaggio di proprietà, venga utilizzato per uno scopo congruo, favorevole ai malati stessi. Siamo quindi tutti d'accordo ed i fondi saranno certamente usati bene, il problema però è sbloccarli.

La richiesta avanzata dall'associazione che rappresento è una sola: non importa che a gestire i fondi sia una fondazione, un'associazione o quant'altro, che sia un organismo paritetico, con tutti gli interessati rappresentati presieduto dalla più nobile persona della città di Como, quale ad esempio il presidente del collegio dei notai; quello che solo ci interessa è che questo denaro esca dalla giurisdizione della Usl. So fin troppo bene, per aver partecipato a comitati di gestione delle Usl per anni, che in tali enti se si deve comprare anche soltanto un quaderno sono necessari dagli otto ai dodici mesi di tempo perchè l'ordine, firmato dal ragionierino deve andare al ragionierone, poi da questo al capo ufficio e quindi al capo sezione e alla fine, se per caso manca la firma dell'amministratore, non si fa niente.

Deve essere cambiata la forma di amministrazione di questo denaro in modo tale da consentirne un uso più facile da parte di tutte le brave persone che se ne sono interessate e che senza dubbio lo impiegheranno bene. Aiutateci in questo senso poichè, grazie a questa imponente somma di denaro, ora congelata, si potrà

realizzare la migliore trasformazione possibile dell'ospedale e sarà un esempio per tutto il paese.

Si tratta, ripeto, di 45 miliardi, dovuti alle ritenute, alle rivalse e agli interessi, congelati da tempo; sono stati compiuti anche alcuni abusi contabili poichè, quando l'Usl aveva bisogno di denaro, lo prendeva da tali somme, reintegrandole successivamente. Si è trattato di un uso estremamente scorretto che è stato subito vietato dal dottor Monorchio non appena ne è venuto a conoscenza.

Credo di aver fatto riferimento velocemente a tutti gli aspetti che intendono evidenziare, e ringrazio tutti voi per l'attenzione. Lascio alla Presidenza del materiale: la lettera da me inviata al Presidente della regione Lombardia nella quale affermo che il problema non è solo dell'amministratore della Usl e di due psichiatri di buona volontà ma di altri, quali la regione stessa ed il sindaco; un articolo che l'Unasam ha pubblicato recentemente sulla chiusura degli ospedali psichiatrici; un *consensus statement*, ossia una dichiarazione di consenso dell'Organizzazione mondiale della sanità sul problema cardine della riabilitazione, tradotto in italiano a cura dell'istituto Mario Negri e dell'Unasam, ed infine un volantino sull'Unasam per chi volesse saperne di più.

Vi ringrazio ancora e mi dichiaro a vostra completa disposizione.

PRESIDENTE. Considerato che il dottor Muggia ha problemi di tempo in quanto deve partire e che vi sono già richieste di intervento da parte di alcuni senatori, prima di concedere la parola agli altri rappresentanti delle associazioni dei familiari dei pazienti psichiatrici qui presenti, ritengo sia preferibile procedere con le domande al signor Muggia.

Preliminarmente però ci tenevo a comunicare al signor Muggia che la Commissione è a conoscenza del problema dei fondi presenti presso l'ex ospedale psichiatrico di Como.

MUGGIA. Signor Presidente, lo so, anche per questo vi ho chiesto ufficialmente un aiuto; i fondi infatti si possono sbloccare solo mediante un intervento dello Stato o della regione.

PRESIDENTE. Non facendosi osservazioni sulla mia proposta, procediamo con le domande da rivolgere al dottor Muggia.

BRUNI. Vorrei sapere quanti ospedali psichiatrici giudiziari vi sono in Lombardia.

MUGGIA. Onorevole senatore, in Lombardia vi è un solo ospedale psichiatrico giudiziario, quello di Castiglione delle Stiviere, che è stato recentemente rinnovato affrontando spese ingenti.

BRUNI. Come è avvenuto il relativo finanziamento?

MUGGIA. Si tratta di materia di competenza del Ministero di grazia e giustizia; comunque ritengo che la dottoressa Andretta potrà fornir

re ulteriori elementi in merito in quanto rappresenta tutte le associazioni in seno all'Osservatorio nazionale.

CAMERINI. Dottor Muggia, ho alcune domande da rivolgerle. La prima è relativa al problema, da lei citato dei finanziamenti per la dismissione degli ospedali. Considerato che lo schema di decreto sul progetto-obiettivo per la salute mentale per gli anni 1997-1999 prevede l'attribuzione allo scopo di una quota pari al 5 per cento del fondo sanitario globale che afferisce alle regioni, ritiene che questa percentuale rappresenti uno stanziamento adeguato o no?

MUGGIA. Onorevole senatore, la quota del 5 per cento è un valore medio necessario, secondo noi, per assicurare una adeguata tutela in relazione al problema della salute mentale del territorio e si riferisce al progetto-obiettivo di assistenza per la salute mentale nei prossimi tre anni che prevede uno studio sul territorio nazionale; le regioni che lavorano bene hanno anche più del 5 per cento come spesa consuntivata, mentre altre ne hanno solo il 2 per cento e non riescono a raggiungere gli stessi risultati. Tutto questo però non ha niente a che vedere con il problema degli ex ospedali psichiatrici, che è un problema a parte: per ogni ospedale deve essere realizzato un piano e vi è bisogno, per partire con l'operazione di chiusura, di un minimo di liquidità. Se lei infatti – mi perdoni se mi dilungo – toglie da un ospedale dieci persone e le colloca in un appartamento in città, spende di più, non di meno, perchè le spese generali restano le stesse, ha però bisogno di personale sul territorio per seguirle e le spese dell'ospedale si riducono – solo del necessario per il vitto per dieci persone, il che rappresenta veramente un risparmio minimo. Per far partire il processo di chiusura degli ex ospedali psichiatrici bisogna avere, sin dall'inizio, una disponibilità in fondo capitale e non in fondo di spese correnti.

CAMERINI. Secondo voi che conoscete bene questa realtà i servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono o no sufficientemente attivati?

MUGGIA. Ne mancano parecchi e quelli esistenti sono usati male. Comunque il problema fondamentale è che tra le strutture ospedaliere l'indice di rotazione soventemente è estremamente basso perchè non si sa dove mettere gli ammalati: quelli che entrano per un problema di diagnosi e dovrebbero restarvi solo una ventina di giorni per essere inseriti nelle strutture successive restano lì; se escono, vengono nuovamente collocati nelle famiglie in una situazione peggiorata, perchè nessuno gradisce di essere mandato di forza in ospedale, e quindi i rapporti si sono ulteriormente deteriorati. Bisogna intervenire con strutture successive in modo che ci sia un percorso di salvezza per chi si ammala e non un percorso di cronicizzazione.

CAMERINI. In alcune zone del nostro paese queste strutture alternative sono state attivate. Mi chiedo anche se il volontariato che è impegnato, se ho capito bene, in compiti di formazione e

di controllo potrebbe rappresentare un importante stimolo in questo senso.

MUGGIA. Il volontariato è già impegnato. Io ho appena fondato una cooperativa per operare in questo campo, ma non basta. Anche lì non abbiamo parametri per una struttura di accoglienza, non si sa come renderla una comunità protetta. Il primo che vuole «impallinarci» manda un'ispezione e ci fa chiudere. Sono problemi molto complessi: la salute mentale non è una cosa da poco; avviene che si fissano i parametri per gli ascensori e non si chiede nulla in relazione al *curriculum* degli operatori: è un vero disastro! La cura fondamentale che poniamo nella formazione degli operatori non conta, mentre ciò che rileva sono solo i parametri di accreditamento della nuova struttura. Certamente il volontariato, il privato sociale dovranno giocare un ruolo nelle strutture alternative perchè lo Stato da solo non ce la fa, però rivendichiamo allo Stato il compito di controllarle e di fissare giusti parametri di funzionamento. Bisogna avere le idee chiare: non sto invocando un regolamento dettagliato su costi e ispezioni per un piccolo manicomio con venti infermieri, però non bisogna svuotare il potere di controllo pubblico altrimenti succede un disastro.

MIGNONE. Non ne stanno succedendo.

PRESIDENTE. In Abruzzo abbiamo visto qualcosa di esemplare in senso negativo, ma in Molise abbiamo visto appartamenti protetti che al contrario rappresentano qualcosa di esemplare in senso positivo.

VALLETTA. Non abbiamo gli ospedali psichiatrici.

MUGGIA. Comunque avete fatto un buon lavoro perchè lì i malati erano pochi. È stato richiamato l'esempio di Caltagirone: in questa provincia alcuni malati sono stati sistemati in case-alloggio, altri sono stati ceduti, venti alla volta, a strutture che stanno sorgendo come funghi. Ma a Palermo mi risulta che la situazione sia diversa.

TOMASSINI. Vorrei porre alcune domande e svolgere anche alcune considerazioni. Vorrei sapere anzitutto se la situazione che lei ha descritto riguardo all'accumulo di fondi ottenuti dalle rivalse sulle pensioni dei pazienti riguarda solo l'ex ospedale psichiatrico di Como o se esistono altre realtà eguali.

MUGGIA. Rispondo subito che la più rilevante in Italia è quella di Como. Esistono altri casi, non numerosi: ho in mente Caserta e Feltre.

TOMASSINI. Capisco che non si possa tornare indietro, ma un minimo di controllo su come si sono originate queste situazioni sarebbe interessante.

La seconda domanda riprende quella avanzata dal senatore Camerini riguardo ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Si tratta di un'osservazione che abbiamo posto a tutti. La situazione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura dipende dal problema irrisolto della cronicità che finisce per ricadere su tali servizi oppure dipende soltanto dalle due componenti funzionali della cattiva gestione dell'esercizio dei servizi e del mancato *turn over*?

Un'altra osservazione riguarda la sua affermazione riguardo al personale che sinceramente mi è sembrata un pò strana. Io ho l'impressione che in questa fase in mezzo al guado il problema principale, anche nei manicomi che si andranno a dismettere, non sia quello di ricollocare il personale perchè nella condizione in cui versa è stato insufficiente nel passato e lo sarà per il futuro, qualsiasi altra funzione sia chiamato a svolgere.

Non ho condiviso molto invece il commento di chi ha prospettato una contrapposizione tra ospedali pubblici e privati. Nell'Osservatorio abbiamo visto un pò di tutto sia nel pubblico che nel privato: qualche ospedale psichiatrico che era rimasto tale e quale, ma con buoni elementi di novità nel senso del reinserimento delle persone e del miglior utilizzo della socializzazione, interventi nel senso della moderna psichiatria del tutto inadeguati e situazioni inaccettabili in mezzo al guado.

Il motivo per cui era stata chiesta l'audizione delle associazioni delle famiglie – e credo che il Gruppo di Forza Italia sia stato tra i primi a volerla – era proprio perchè le famiglie si facessero giudice del processo e non tanto per avere una valutazione complessiva che è una valutazione politica. Infatti abbiamo incontrato per tempo, e continuiamo ad ascoltare, amministratori e operatori che, già inseriti nel meccanismo, ci hanno riferito come funzionava, ma non abbiamo finora ascoltato invece una critica da parte di chi lo vive come paziente diretto o come familiare e questo a tutela del paziente: era questo il fine che mi proponevo con la domanda che le ho rivolto.

MIGNONE. Le domande che avevo intenzione di rivolgere al dottor Muggia in parte sono già state poste. Sulla prima, relativa alla sua esperienza sulle case-famiglia che si vanno organizzando in parecchie regioni italiane a cura delle cooperative, ho già sentito in parte la sua risposta. Così pure mi ero preparato un quesito a proposito dei fondi che giacciono presso le banche di Como: volevo chiederle se questo fenomeno non fosse più diffuso e lei ha già detto che si è verificato in altre due regioni.

MUGGIA. È certamente più esteso; però la massa dei fondi presenti a Como è abbastanza cospicua e allora delle due l'una: o lo stesso fenomeno esiste in altre strutture diffuse in tutto il territorio nazionale) e allora questo fenomeno non è opportunamente controllato da un sistema di garanzie, oppure probabilmente presso l'ospedale di Como si è innescato un meccanismo strano che ha consentito l'accumulazione di tutti questi fondi.

TOMASSINI. E che perdura tuttora.

MIGNONE. Si tratta di un problema importante e di attualità e credo che la Commissione debba immaginare qualche intervento immediato affinché si ponga fine a questo fenomeno e si avvii una indagine per cercare di conoscerne la reale incidenza su tutto il territorio nazionale.

Detto questo, vengo alla domanda *ex novo*. Sappiamo che il piano sanitario nazionale prevede una quota vincolata dell'1 per mille dei posti letto destinata alla riabilitazione. Ora, sta avvenendo che alcune fondazioni che gestiscono ospedali psichiatrici stanno per riconvertire queste strutture in ospedali di riabilitazione. Non vorrei che anche per i posti letto assegnati alla riabilitazione si inneschiasse il fenomeno causato dalle quote latte, cioè un meccanismo perverso per cui quell'1 per mille dei posti letto destinato alla riabilitazione venisse decurtato in maniera più o meno impropria a favore di questi pazienti psichiatrici. Questi ultimi andrebbero tutelati con una maggiore trasparenza dei provvedimenti legislativi e senza impoverire il territorio di posti letto destinati alla riabilitazione, che pure servono.

Dobbiamo porci questo interrogativo. Non vorrei che si abusasse di una norma che prevede una quota vincolata di posti letto destinati alla riabilitazione utilizzandola in maniera impropria a favore di pazienti psichiatrici da parte di fondazioni che gestiscono ospedali psichiatrici. Vorrei domandarle se a lei risulta tale fenomeno.

MUGGIA. Onorevole senatore, il problema della riabilitazione è legato a quello della cronicità. Occorre affrontare un discorso generale che comprende anche la problematica del servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Se un ragazzo si ammalasse domani – e vorrei ricordare che il tasso di casi di malattie psichiatriche gravi in tutto il mondo è dell'1 per cento fisso – oggi abbiamo già la capacità, la potenzialità di salvarlo dalla cronicizzazione. È un delitto lasciar cronicizzare un giovane che si ammalasse domani: quando si parla di «nuovi cronici» si usa una terminologia disastrosa che vorrei vedere scomparire al più presto, perchè con un periodo medio di due anni in comunità protette e attraverso livelli di protezione via via più leggeri un giovane si salva, ritorna un cittadino quasi o a volte del tutto uguale agli altri, oppure un pò più fragile in determinati settori della sua psiche, ma consapevole di esserlo e quindi di avere bisogno di aiuto in periodi successivi.

Il discorso della riabilitazione è completamente diverso. Non possiamo lasciarci fuorviare dal termine riabilitazione nell'accezione usata, ad esempio, in cardiologia, dove magari il medico prescrive 40 giorni di riabilitazione intensiva e 180 giorni di riabilitazione blanda. Se così fosse, manderemmo in psichiatria dei malati per 220 giorni ben pagati, poi vi può essere qualcuno che rinnova la richiesta e qualcuno sempre pronto a firmare, in tal modo si autoalimenterebbe il discorso della cosiddetta *revolving door*, la porta girevole da cui entra ed esce la stessa persona. Sono ingegnere e psicologo, più in là non posso andare. Dobbiamo affidarci a psichiatri per svolgere analisi serie, ma siamo certi di poter prendere in mano un giovane e salvarlo dalla cronicità.

Il discorso degli ex ospedali psichiatrici, quello sì che riguarda la riabilitazione. Ci vogliono mani abili per prendere persone che hanno passato venti o trent'anni in un ospedale psichiatrico e abituarle nuovamente alla vita esterna, garantirgli tranquillità, garantirgli il diritto di tornare dopo. Vinta la paura, queste persone poi sono contente e non vogliono tornare indietro. Ci vuole però cuore, capacità, impegno per accompagnarli in un percorso così complesso.

Quanto alla questione degli ospedali psichiatrici pubblici e privati, pensavo di essere stato chiaro dicendo che c'è del buono dappertutto, ma trattandosi di strutture uguali – cioè sempre ospedali psichiatrici – se il paese decide che questo tipo di ospedale non serve ai malati – serve in verità alla società, ma non vorrei aprire un comizio – allora non devono esserci nè quelli pubblici nè quelli privati; questo è il discorso, non entro nelle questioni di merito. So benissimo che ci sono ospedali psichiatrici privati tra i migliori in Italia e a livello di quelli esistenti in altri paesi, ma l'Italia ha deciso che non devono esserci più ospedali psichiatrici perchè cronicizzano il giovane, perchè fanno male, quindi bisogna chiudere sia le strutture pubbliche che quelle private.

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura è una struttura costretta a funzionare male, ad arbitrio del responsabile, il quale, per ragioni umanitarie, di convenienza, o per altre ragioni, ha il diritto di tenere dentro o far uscire il malato. Se non ci sono strutture pronte ad accoglierlo, il malato o viene sbattuto in famiglia oppure, quando è difficile fare qualcosa per lui, viene trattenuto in sede.

Il problema fondamentale è che non ci sono le strutture per l'assistenza successiva. Ma non bisogna costruirle *ex novo*, si può cercare di utilizzare le risorse che si hanno, ed ecco il ruolo dei sindaci.

Vi posso raccontare in concreto l'esperienza che mi ho avuto a Monza: il condominio di una palazzina ha impedito di accogliere ed aiutare quattro persone sulla cinquantina, in avanzato stato di riabilitazione, tranquille e pacifiche – molto più sane di tanti inquilini di quel palazzo – e non c'è stato niente da fare, anche perchè quando un condominio non vuole ricevere delle persone, è meglio non mandarcele perchè poi gliene fanno di tutti i colori e proprio con dei malati in via di riabilitazione non lo si può permettere. È finita che abbiamo dato un anno di tempo ai condomini per ripensarci, farsi una cultura in materia.

Facciamo quel che possiamo, non abbiamo una lira, avviamo grandi campagne per l'opinione pubblica in campo psichiatrico ma siamo solo noi a farlo. Il problema da soli è difficile da affrontare e senza l'opinione pubblica in questo paese non si fa nulla.

Per quanto riguarda il personale è vero che è poco però, se si chiude l'ospedale psichiatrico, quel personale vuole rimanere lì anche se non ha niente da fare. Occorre allora cambiare la mentalità, fare dei corsi di formazione, perchè bisogna modificare la struttura mentale di un educatore, di un infermiere psichiatrico che ha lavorato vent'anni in manicomio e non ce la fa a pensare che il manicomio non c'è più e che bisogna lavorare in modo diverso per fare attività con questi pazienti che loro conoscono benissimo. Bisogna cambiare

la mentalità anche ai primari, ce ne sono alcuni che hanno un grande bisogno di essere formati in modo diverso.

Qui viene fuori l'altro problema gigantesco dell'università, sul quale è meglio stendere un velo pietoso.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Ernesto Muggia per averci fornito un contributo positivo che arricchisce senza dubbio la conoscenza della Commissione. Come previsto, do ora la parola alla dottoressa Anna Rosa Andretta, presidente dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi.

ANDRETTA. Signor Presidente, sono veramente onorata di trovarmi in questo contesto per essere ascoltata e soprattutto per rispondere alle esigenze manifestate precedentemente dal senatore Tomassini, il quale si è dichiarato disponibile e desideroso di ascoltare le critiche dei rappresentanti delle associazioni dei familiari dei malati. Il mio biglietto da visita non comprende solo il titolo di presidente nazionale della DIAPSI-GRA (Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi), associazione nata nel 1981 e pertanto ricca di un percorso molto lungo in termini di tempo e di esperienza nel campo, ma occorre considerare che ho anche un unico fratello, malato di mente da una vita e quindi è con un certo vanto ed anche – direi – con un po' di malinconia che ritengo senza alcuna modestia di non avere niente da imparare da nessuno. La valenza culturale che possiedo, inoltre, mi permette di occuparmi del settore sanitario consentendomi anche di avanzare delle critiche rispetto a determinati interventi ed alle intenzioni manifestate da parte di chi programma questo settore che è molto delicato.

Sono quindi disposta a muovere alcune critiche e sono anche soddisfatta di poterlo fare in questa sede. Mi limiterò ad affrontare l'argomento (che costituisce il tema della vostra indagine e quindi di questo incontro) del superamento degli ospedali psichiatrici. Ho sempre concentrato la mia attenzione sulla garanzie che debbono essere assicurate ai malati nel processo di cambiamento e nella loro differente collocazione, con riferimento in particolare all'individuazione delle forze che dovrebbero farsi carico in termini di professionalità e volontà professionale nell'impegno del recupero – se così si può definire – di questi malati che hanno alle spalle, come minimo, trenta o quaranta anni di istituzionalizzazione in un ospedale psichiatrico. Debbo dire che la garanzie sono molto limitate rispetto a tutti gli sviluppi che tali processi, laddove sono iniziati, hanno manifestato.

Affermo ciò poichè viaggiando, per l'ennesima volta, per l'Italia ho potuto constatare che questi processi vengono realizzati non nel rispetto di tutte le regole, anche politiche, imposte dalle linee guida indicate dal Governo alle regioni, ma piuttosto nell'assoluta arroganza dei governi regionali che continuano a fare tutto ciò che pare loro secondo la propria connotazione regionale, le proprie culture e mentalità.

Il mio campo di osservazione parte da Trieste, perchè per me l'Italia è ancora tutta unita nonostante il desiderio di secessione di taluno. A Trieste l'ospedale psichiatrico San Giovanni è stato il primo a subire

una trasformazione, avvenuta quando ancora si sosteneva che fosse fuori legge trasformare un ospedale psichiatrico in struttura territoriale. Come può darvi atto chi ha visitato l'ospedale psichiatrico di Trieste, tre quarti del suo territorio, con grande abilità, anche politica, da parte dei gestori di tale ospedale, sono stati trasformati nel «parco San Giovanni». Si trattava di una situazione di compromesso che in tutte le altre parti d'Italia non doveva essere accettata in quanto non si poteva trasformare un ospedale in un parco; una trasformazione di tal genere, invece, è favorita dalla circostanza che gli ospedali psichiatrici sono caratterizzati da un'ottima localizzazione nell'ambito delle città italiane dove sorgono, infatti sono stati costruiti in aree extraurbane divenute in un secondo tempo urbane; si tratta tra l'altro di zone veramente appetibili per tutti coloro che vogliono realizzare delle speculazioni finanziarie. Per tali motivi ritengo che chi ha gestito la situazione di Trieste sia stato abile, poichè, pur essendo cosciente di essere fuori legge è riuscito a realizzare il suo obiettivo, e secondo me ha agito bene. Però non si poteva poi alzare il vessillo della riforma psichiatrica che doveva assolutamente essere realizzata in tutta Italia andando contro corrente rispetto a quanto era stato realizzato a Trieste.

Il senso delle mie parole si comprende, se continuiamo ad esaminare quanto avvenuto in Italia, scendendo passo passo e arrivando nella mia regione, l'Emilia Romagna. L'associazione che rappresento è presente in tre quarti d'Italia e, con una volontà di ferro, mi ostino a recarmi personalmente a verificare tutte le situazioni; pertanto quanto vi sto riferendo è assolutamente inconfutabile.

L'ospedale psichiatrico Roncati di Bologna ha già subito le sue debite trasformazioni; non vi è più nulla da fare e costituisce uno degli esempi di superamento della struttura manicomiale. Deve notarsi però che parte degli ex degenti sono tati distribuiti in pensioni, in comunità miste nelle quali vi sono anche anziani, extracomunitari e malati di morbo di Alzheimer; questo mi fa affermare che non vi è stata assolutamente alcuna garanzia rispetto alla deistituzionalizzazione dei malati di mente. Nell'area dell'ex manicomio è stata insediata la clinica psichiatrica dell'università, dopo un pellegrinaggio nelle più sparute condizioni: inizialmente è stata infatti alloggiata nei locali di una ex scuola del Partito comunista da questo concessi in affitto e successivamente ripresi allo scopo di realizzare un progetto edilizio in quanto la scuola non aveva più ragione di essere; successivamente la clinica psichiatrica è stata accolta nella facoltà di veterinaria, circostanza dalla quale mi sembra potersi dedurre che si è giudicato il malato di mente pari ad un animale, altrimenti sarebbe stata scelta un'altra facoltà; rivelatasi insoddisfacente tale situazione, l'università è stata collocata, con tutti i suoi posti letto, nei locali dell'ex manicomio, laddove vi dovrebbe essere il servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Bologna. Questa situazione, lo ribadisco, si è determinata a Bologna, non a Caltanissetta o a Siracusa, o in qualsiasi città o paese dell'Italia meridionale.

Continuando a scendere verso il sud dell'Italia arriviamo a Firenze dove l'ospedale San Salvi non è stato trasformato ma solo perchè i membri dell'associazione che presiedo ne hanno bloccato i cancelli per

impedire l'ingresso di tutti coloro che non fornissero le dovute garanzie, e quindi anche di alcuni politici fiorentini quali, ad esempio, il presidente della regione. In tal modo siamo riusciti a bloccare una situazione molto simile ad altre; infatti si voleva addirittura trasformare l'ospedale in case popolari, senza che vi fosse una progettazione, signori senatori, in merito a dove sarebbero andati a finire i malati. Siamo stati addirittura costretti a rintracciare gli ex degenti (alcuni anche nei cimiteri essendo ormai deceduti) ed a volte non li abbiamo più trovati; erano stati aperti i cancelli dell'ospedale, i malati andati via non erano più tornati indietro ed i responsabili si erano limitati a scrivere nelle rispettive cartelle «dimesso». Queste sono verità, senatore Tomassini ed io espongo così le mie critiche anche perchè ritengo di essere qui per questo.

Procedendo ancora si arriva in Calabria. Non so se conoscete l'ospedale psichiatrico di Reggio Calabria, che a mio parere sorge nel più bel punto della città, in una zona che ne domina il meraviglioso mare. In relazione alla destinazione di quest'area, la sottoscritta, questa folle che avete qui presente, ha denunciato l'assessore alla sanità della regione Calabria, portandolo in tribunale per un anno e mezzo. Ho vinto la causa, l'assessore si è dimesso e successivamente, e me ne dispiace, è morto, non certamente per il colpo che gli ho inferto, ma per malattia.

Ebbene, questo manicomio è stato dato – non posso dire se venduto o se dato in cambio di non so che cosa – alla scuola allievi sottufficiali dei carabinieri, che lo occupa tuttora, mentre i malati sono stati presi con dei camion e portati nei luoghi più dispersi: comunità, case-alloggio in gestione a privati o a delle cooperative private, dove addirittura non c'è neanche l'acqua potabile. Se potessi scriverei su questo una relazione dettagliata con nomi e cognomi: queste sono tutte le realtà dei manicomi italiani.

Fino ad oggi non ho avuto alcuna garanzia sull'eventuale sistemazione di questi malati; l'unica garanzia che ho avuto me l'ha data il Padreterno perchè il 40 per cento dei malati sono morti: se aspettiamo, il problema sarà così risolto. Se volete che parliamo dei manicomi, devo parlare in questi termini, se volete essere informati della situazione generale posso anche farlo, dato che io ci sto dentro e la conosco bene. Per quanto riguarda il residuo manicomiale: non si tratta di 20.000 pazienti, ma di molti meno, distribuiti tra case di accoglienza, pensionati o altro. Sono affidati a volte a personale che ha la coscienza e la responsabilità umana della gravità del problema, ma quando non è così – ed è la maggioranza dei casi – per i pazienti non vi è alcun tipo di garanzia. Voi potreste dirmi che siete interessati al versante politico-amministrativo del problema, agli indirizzi generali più che ai problemi legati alla gestione ed agli operatori e vi darei completamente ragione; però vi voglio far sapere, perchè in audizione sentirete la parte scientifica rappresentata dalla Società italiana di psichiatria e da Psichiatria democratica, che oggi la psichiatria sta restringendo i propri confini; purtroppo oggi la psichiatria tende a restringere il suo campo di studio e di intervento terapeutico. Mentre in passato si occupava di tutte le manifestazioni del disagio mentale (quindi dello schizofrenico come del paranoico, dello

psicotico come dell'alcolista o del drogato), oggi tende a limitare il proprio intervento alle patologie psichiatriche in senso stretto (quindi non all'alcolista, non all'epilettico, non al drogato, non a colui che è affetto da sindrome di Alzheimer). Facendo un pò di ironia si può dire che a rimanere d'interesse della psichiatria ufficiale saranno sempre più la casalinga frustrata, la donna in menopausa e il pensionato in andropausa. E questo diventerà un grave limite per la psichiatria.

Quando avrete occasione di sentire i rappresentanti delle associazioni psichiatriche, chiedete loro perchè il campo della psichiatria va restringendosi sempre più. In una società come quella in cui viviamo, che per quanto riguarda la salute mentale possiamo considerare a rischio un pò per tutti, ci vorrebbe una mentalità ben diversa, un'etica professionale ben più sentita, una programmazione politica seria perchè tutti gli operatori del settore siano portati ad assumersi le proprie responsabilità.

Concludo dicendo che per i pazienti psichiatrici ed i loro familiari non vi sono garanzie; non si può lasciare il problema in mano alla buona volontà di qualche operatore del settore.

Due parole infine sugli ospedali psichiatrici giudiziari, argomento da me trattato anche in rapporto con il Ministero di grazia e giustizia. La mia associazione si interessa dei malati psichici gravi, cioè dello zoccolo duro della psichiatria, di quelli che nessuno vuole. Una parte dei miei associati ha figli o parenti dentro ospedali psichiatrici giudiziari, che sono vere e proprie galere; ad esempio, non hanno infermieri che assolvano a compiti di sorveglianza, ma secondini. E lasciatemi dire che spesso la responsabilità degli atti delittuosi commessi dai pazienti psichici può farsi risalire al lavoro di quegli operatori e di quelle strutture di assistenza che nel passato sono venuti meno ai propri compiti e responsabilità. Gli ospedali psichiatrici giudiziari dovrebbero avere una connotazione più ospedaliera che carceraria. Voglio dire al senatore Mignone che il nuovo manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere rappresenta un esempio senz'altro positivo; non so con quale marchingeo politico si sia potuto realizzare - al dunque sono sempre questioni di soldi - ma è così.

MIGNONE. Sono riusciti ad avere l'autorizzazione del Ministero di grazia e giustizia per una convenzione con tre provincie della Lombardia: questo è il marchingeo.

ANDRETTA. Poi però le spiegherò la tecnica che hanno usato. Il collega che mi ha preceduto, il dottor Muggia, su Castiglione delle Stiviere non è ben informato come me. Magari gli ospedali psichiatrici giudiziari fossero tutti come Castiglione delle Stiviere! È un posto dove curano la gente, fanno per quanto possibile la riabilitazione, portano i pazienti ad avere più coscienza della loro malattia, li portano anche fuori. È una struttura clinica piuttosto che carceraria, e non mi pare una cosa negativa, anche se non conosco a fondo l'aspetto relativo ai finanziamenti. Addirittura siamo arrivati al paradosso che certe famiglie arrivano a denunciare il familiare perchè sia internato a Castiglione delle Sti-

viere: pensate una madre che arriva a denunciare un figlio nella speranza che vada lì! Mi pare che sia il parametro più significativo dello scontento, della tragedia che ci travolge da vent'anni.

Sulla questione relativa al personale, il primo problema è quello delle assunzioni perchè il personale degli ospedali psichiatrici per una buona metà andrà in pensione tra poco. Ci troveremo con residui manicomiali assolutamente carenti di personale come il Leonardo Bianchi di Napoli, dove è rimasto un pugno di infermieri, inadeguati e demotivati.

Per quanto riguarda il personale, le regioni dicono che le assunzioni hanno superato determinati parametri. In realtà hanno assunto personale, non l'hanno utilizzato perchè mancano le strutture e questo personale, che non è più specialistico per la psichiatria ma che va bene dappertutto, viene assorbito da altri settori sanitari e nessuno torna più indietro. Oggi poi è chiuso dentro ad un blocco delle assunzioni per questioni economiche che conoscete meglio di me, per cui non so ora come si potrà rimediare alla situazione.

Naturalmente non c'è una politica, nè una cultura nel territorio adatte all'accoglienza dei malati di mente, e così magari succede che condomini o interi quartieri si ribellino alla presenza dei malati di mente anche perchè, fintantochè i giornali e la televisione li mostrano come delinquenti, è logico che la società non li voglia. Anche qui emergono forti contraddizioni.

Bisogna inoltre tener presente che all'interno degli ospedali psichiatrici italiani esistono veri e propri patrimoni. Si tratta di fondi che forse non arriveranno ai 45 miliardi, di cui si è parlato prima ma comunque restano una cifra considerevole. A questo riguardo vorrei rammentare l'esperienza di Roma, molto positiva. Dopo una lotta che mi ha visto coinvolta in prima persona, siamo riusciti a smuovere da piazzale Clodio un giudice tutelare, l'abbiamo fatto venire a discutere della questione al Santa Maria della Pietà e ormai sono quasi quattro anni che è stato istituito un ufficio tutele che ha in mano tutta l'amministrazione dei beni dei malati, anche in termini di pensioni. C'è un controllo quotidiano del funzionamento dell'ufficio tutele, di cui sono responsabili persone nominate dal tribunale e in questo modo si riesce a tenere tutto sotto controllo. Se questa soluzione fosse applicata dappertutto, sarebbe di grande utilità.

PRESIDENTE. Mi consenta, dottoressa Andretta, visto che tutto quello che stiamo dicendo resta agli atti e alla storia, vorrei anche ricordare che abbiamo incontrato diverse centinaia di pazienti che non hanno familiari, nel senso che i familiari si sono dimenticati dei loro congiunti o se ne ricordano solo quando muoiono per prendere i soldi che hanno accumulato.

ANDRETTA. Condivido quel che ha detto, signor Presidente. La sigla della mia associazione è DIAPSIGRA e significa difesa ammalati psichici gravi, senza alcun riferimento ai familiari. Mi è capitato di seppellire un disgraziato con i vestiti di mio padre perchè i familiari, che

gli avevano rubato un patrimonio, non erano disposti pagare le spese funerarie. Questi sono i familiari; però, persone che hanno 65 anni e che vivranno magari fino a 90 anni, se lei mi consente, probabilmente non non possono più avere familiari molto intimi.

ZARDINI. Signor Presidente, vorrei aggiungere solo poche considerazioni, perchè molto è stato già detto.

Se voi aveste un figlio che crede di essere il Presidente degli Stati Uniti perchè è schizofrenico grave, credete che andrebbe al centro di salute mentale?

Se aveste un figlio che tutta la notte urla, parla con la luna, non lascia dormire nessuno, credete che si recherebbe al centro di salute mentale – e questi centri sono stati costruiti dappertutto in Italia perchè non si è potuto fare altro – per chiedere di essere aiutato?

Se credete questo, commettete senz'altro un errore di valutazione. Il vero malato di mente, il vero schizofrenico non riconosce la sua malattia, non è consenziente alla terapia, questo è il punto. Voi continuate a parlare degli ospedali psichiatrici ma quella è una struttura che riguarda soltanto poche anime, prevalentemente anziani, vissuti in quegli istituti e in quelle strutture.

Il vero problema della psichiatria è costituito per la maggior parte dai malati giovani, quelli che vivono nelle nostre case e per i quali vorremmo che qualche cosa venisse realizzata. Si tratta di malati che non hanno mai varcato un manicomio. Per noi, per i nostri figli malati, il manicomio è una struttura chiusa, finita, anzi non è mai esistita.

Il luogo naturale della malattia mentale è la famiglia. È la famiglia che cura il malato mentale, che lo gestisce, che si dispera, che non sa cosa fare. Altro che territorio, chiamatela psichiatria della famiglia! È la famiglia che assiste il malato, che gli somministra i medicinali, spesso di nascosto e qualche volta sbagliando. La madre è diventata lo psichiatra e l'assistente sociale, e nessuno la vede! Tutto il resto sono parole. Si sono scritti manuali, parole su parole; vi faranno vedere la luna nel pozzo ma in realtà il malato di mente sta in famiglia.

Riguardo ai centri di salute mentale si tratta di veri e propri ambulatori dove il malato non vuole andare. Quando noi familiari ci rivolgiamo agli operatori di tali centri ci rispondono di mandare il malato da loro. La possibilità di avere qualcuno che viene a fare l'assistenza a domicilio è fatto eccezionale che capita forse una volta al mese. Se voi credete che questo basti per curare un malato di mente, allora non ci siamo.

Poi c'è il centro o dipartimento di diagnosi e cura, ridicolo chiamarlo in tal modo: come è possibile ottenere una diagnosi se al malato appena portato al reparto gli si fa una iniezione e lo si mette a dormire? Come è possibile trovare la cura più adatta e riscontrare gli effetti secondari, che sono diversi da individuo a individuo, in soli sette giorni? Mia figlia in un mese ha subito tre trattamenti in TSA (trattamento sanitario obbligatorio). A cosa sono serviti?

Ma quale diagnosi, di che parliamo noi qui? Parliamo di malattia o di qualche altra cosa?

Scusate la nostra emozione, ma si tratta di problematiche che viviamo in prima persona. Siamo emozionati perchè vogliamo bene a questi ragazzi che, se ben curati, potrebbero migliorare trasformandosi da assistiti a persone che assistono. A me è capitato di vedere persone malate che, curate bene, si sono poi riprese e hanno intrapreso un lavoro o un'attività di assistenza. La medicina, la scienza farmacologica ha fatto dei passi avanti nella cura degli schizofrenici ma noi non possiamo approfittarne perchè non abbiamo un luogo dove poter attuare una vera cura.

Questi centri di diagnosi e cura sono strutture di pronto soccorso; ci vorrebbe un luogo – lo dice anche il professor Andreoli, lo dicono anche molti operatori basagliani – dove veramente si possa prolungare la cura anche per tre o quattro mesi. Non sto parlando di un manicomio, bensì di una clinica dove sia veramente possibile studiare di quale patologia si tratti e soprattutto il malato come reagisce al farmaco, perchè si tratta di una malattia molto difficile da curare. Occorre capire i sintomi e dare tempo ai farmaci di reagire, osservare gli effetti. E per ottenere ciò ci vuole un luogo adatto.

Poi ovviamente ci vuole anche il pilastro sociale, ma di sociale se ne è fatto ben poco in Italia. Sociale significa prendere il ragazzo e riportarlo ad avere voglia di vivere, di lavorare, di nutrire interessi. Ci vogliono persone veramente in gamba, che certamente non sono quelle che troviamo nei centri di salute mentale sedute dietro una scrivania a leggere un giornale. Nei vostri sopralluoghi non fatevi incantare da gente che magari vi ha preparato qualche messa in scena. Le telefonate, le lettere che arrivano alla nostra associazione provengono tutte da famiglie disperate.

Come Arap (Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica) abbiamo sempre chiesto una modifica della legge 13 maggio 1978 n. 180. In particolare riteniamo che uno degli aspetti più importanti sia costituito dalla comunità terapeutica. Infatti, dopo un periodo di osservazione medica, non sono necessari nè il centro di salute mentale nè il *day hospital*, ma, appunto è importante la comunità terapeutica, dove il malato da una parte viene curato e dall'altra risocializzato.

Lascio ora la parola agli altri rappresentanti dell'associazione da me presieduta.

MAGLIA. Signor Presidente, onorevoli senatori, anch'io faccio parte dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica, che ho conosciuto purtroppo tardi, dopo che uno dei miei due figli, gravemente malato di paranoia, si era suicidato in una notte di delirio. Non intendo raccontarvi tutto il calvario vissuto dalla mia famiglia e le esperienze disastrose passate a causa del cinismo di psichiatri privati e delle mancate risposte dei servizi pubblici.

L'altro mio figlio, il primogenito, ha vissuto sei anni della sua adolescenza in un clima familiare di continua violenza. A questo proposito vi consiglio, se intendete recarvi a visitare i luoghi nella psichiatria, di andare anche nelle case dove risiedono i malati, che sono i veri luoghi della psichiatria, per osservare come vive una famiglia all'interno della

quale oltre ad un membro malato vi sono magari anche minori e adolescenti. In tal modo potreste capire cosa significa vedere il padre o la madre che si recano al pronto soccorso per le percosse ricevute, insultati, e potreste ascoltare un figlio che chiede: «Mamma, ci lasciano morire tutti così?» senza che questa abbia alcuna risposta da dare.

Purtroppo anche il mio secondo figlio oggi si è ammalato, probabilmente anche a causa di una fragilità di base che nei sei anni passati si è patologizzata. Intendo raccontarvi una storia di questi giorni, che sto vivendo sulla mia pelle, che dimostra che quando si fa riferimento alla possibilità di compiere accertamenti e di studiare una terapia adattandola progressivamente al malato in relazione alle sue reazioni, tutto ciò avviene dentro casa, sulla pelle del malato stesso ponendo a rischio di morte i suoi familiari.

Mi dispiace strumentalizzare l'esperienza di mio figlio, ma sono costretta farlo: lui oggi ha trent'anni e per cinque anni ci siamo rivolti alle strutture del servizio pubblico dove veniva curato farmacologicamente con una terapia di supporto anche familiare. Tutta la famiglia, nonno compreso, per cinque anni, ogni dieci giorni, si è recata al centro di igiene mentale. Nell'ambito di tale percorso terapeutico è stata proposta a mio figlio, come indispensabile, la frequenza in un centro diurno di un corso finanziato dalla regione. Sottolineo che si tratta di un ragazzo straordinariamente intelligente (come lo era il fratello) con un diploma di maturità classica e che ha superato esami universitari ma che poi si è arenato negli studi a causa delle sue difficoltà di relazione, della paura del futuro e dei suoi gravi problemi in generale. Ritenendo che fosse indispensabile, spinto anche da tutti noi familiari, mio figlio ha intrapreso la frequenza del corso, pomposamente denominato di «*computer grafica*». Non solo il *computer* non vi è mai stato e gli operatori mancavano, ma inoltre, mentre inizialmente il corso si svolgeva nel territorio della Usl Roma E, quindi raggiungibile facilmente – come può capire chi conosce Roma – abitando noi nel quartiere Balduina, il secondo anno il centro è stato sfrattato e spostato a Bracciano. Immaginate quindi la fatica di una persona gravemente depressa, che soffre di notevoli problemi per relazionarsi, per uscire, addirittura alcune mattine anche per vestirsi e che doveva ogni giorno raggiungere Bracciano ed il centro che si trovava in un luogo disastroso, privo persino – a dire di mio figlio – di servizi igienici idonei. A tutto ciò si aggiungeva che lui era l'unica persona con una scolarizzazione superiore alla terza media; si è sentito quindi umiliato, degradato e maltrattato. Questo corso, che si assumeva essere parte di un percorso terapeutico, si è concluso dopo due anni e mezzo senza neppure che venisse rilasciato un attestato, dimostrandosi quindi come un corso fantasma.

Ho continuato a protestare per cinque anni e solo adesso, nel febbraio del 1997, mi è arrivato un attestato privo perfino del timbro della regione, quindi un pezzo di carta senza valore (l'ho qui con me, se qualcuno vuole vederlo), nel quale si certifica che mio figlio ha frequentato il corso fino alla sua conclusione e ha superato un esame di idoneità davanti a funzionari del Ministero del lavoro, della pubblica istruzione e della regione. Questo certificato è arrivato dopo cinque anni e

mio figlio accusa me e tutta la famiglia di essere stupidi perchè abbiamo avuto fiducia nelle strutture pubbliche.

Inoltre, a seguito dell'aziendalizzazione delle Usl, il medico che seguiva mio figlio è stato cambiato poichè questi non rientrava più nel suo bacino di utenza e tale cambiamento ci è stato annunciato nel breve corso di una settimana.

Il risultato di tutto ciò è che il ragazzo da depresso è divenuto aggressivo, sintomo che non aveva mai manifestato prima. Ho ricevuto anche delle percosse e mi è stato consigliato di farlo sottoporre a trattamento sanitario obbligatorio. Però non ho più fiducia, sapendo quello che è accaduto a ragazzi che iniziano ad essere sottoposti a TSO: conosco soggetti che in un anno sono stati sottoposti anche a quindici TSO e stanno sempre peggio in quanto operando in tal modo si risponde alla violenza, che in alcuni malati rappresenta un sintomo della malattia, con altra violenza, il che non porta niente di buono. Pertanto ho preferito, anche contrapponendomi ai miei familiari, agire diversamente.

PRESIDENIE. Signora Maglia, le chiedo scusa, il caso di suo figlio è degno di tutto rispetto, però la prego di limitare il suo intervento in quanto l'imminente convocazione dell'Assemblea del Senato ci impone tempi brevi.

MAGLIA. Signor Presidente, mi sono soffermata sul caso di mio figlio in quanto emblematico, poichè egli non è il solo ad essersi trovato in tali situazioni. Come dicevo, ho preferito comportarmi diversamente; mi sono fatta fare un referto medico e poi ho anche denunciato alcune farmacie che vendono, senza poterlo fare, alcuni farmaci senza presentazione di ricetta medica.

Ritengo che questa vicenda dimostri cosa significa cultura del territorio e manifesti la necessità di sensibilizzare tutti per diffondere il più possibile tale cultura.

Concludo sottolineando che l'associazione cui appartengo chiede che il Parlamento approvi una nuova normativa in materia. Mi sembra infatti che tutti gli intervenuti oggi nel dibattito abbiano detto che sono necessari interventi robusti e regole che siano veramente tali. Ritengo infatti che anche i progetti-obiettivo regionali non riescano a fornire sufficienti garanzie. È necessario quindi un ripensamento delle basi legislative per approfondire la legge n. 180, non per buttare a mare i suoi principi, che vanno benissimo, ma per applicarli mediante norme caratterizzate da una formulazione più sofisticata e dettagliata.

Infine, per quanto riguarda la ricerca, ritengo che questa vada portata avanti e a questo proposito mi rifaccio al concetto espresso da Basaglia a pagina 252 del primo volume dei suoi «Scritti», editi da Einaudi: la libertà che è stata tolta dalla malattia al malato, viene a questi restituita dal farmaco e quindi quanto più il farmaco è avanzato, privo di effetti collaterali che riducono il malato uno *zombie*, quanto più non è una camicia di forza chimica – che pure fa comodo a tanti – tanto più possiamo instaurare il discorso della risocializzazione, della riabilitazione e del risanamento sociale del malato.

BEVILACQUA. Mi dispiace di non avere molto tempo a disposizione perchè le cose da dire sarebbero molte. Io rappresento l'associazione «Psiche 2.000», federata per il Triveneto all'Arap. Volevo rispondere al senatore Tomassini – la cui nota era veramente pressante – che dalle nostre associazioni di familiari di pazienti si aspetta una valutazione di ciò che è stato fatto, in particolare a livello di come viene vissuto e recepito dalle famiglie. Io direi che le associazioni dei familiari – credo di poter dire all'unanimità – rilevano fundamentalmente grandissimi problemi e gravi carenze a livello strutturale all'interno dello stesso progetto-obiettivo per gli anni 1997-1999, che sembra riprodurre certe insufficienze del precedente e si espone quindi a critiche di genericità.

Vorrei far notare che in qualche modo la situazione è – se mi passate l'espressione – schizofrenica. Quando si va a dei convegni – mi è successo a Mestre sabato scorso – si ascolta una versione dei fatti tecnica: viene presentato il progetto-obiettivo che ha imposto il Centro di salute mentale e vengono illustrate le strutture alternative, ma si dimentica di dire che tutto questo non è stato fatto in sedici anni. I familiari di diverse associazioni avrebbero voglia di alzarsi per dire: caro primario, caro dottore, lei sta sognando! I sogni sono bellissimi, ma noi li vorremmo vedere realizzati. Purtroppo però nella nostra esperienza ci sono persone che hanno connotazione ideologica diversa dalla mia e quindi una unanimità del genere su un diverso sistema territoriale non si riscontra mai. Sabato scorso, come accade talvolta – potrei citare la celebre frase «*I have a dream*» – un primario di Venezia ci ha intrattenuto per un'ora meravigliosa mostrandoci lo schema interpretativo della nuova psichiatria, con diagrammi sullo schermo, ed è con piacere che ho sentito cose che normalmente i familiari di Mestre non sentono. Numerosi suoi colleghi primari, ci hanno esortato a cominciare a urlare la verità della psichiatria territoriale: non sta funzionando niente, o per lo meno sta funzionando ben poco, e oltretutto nel Veneto dove pare che il sistema abbia fama di grande bontà e di grande avanzamento. Io credo che l'errore non risieda sempre e solo nella malafede: ovviamente l'amministratore o lo psichiatra che si trova a difendere la propria carriera, il proprio operato ed il proprio lavoro, nella relazione tenderà a mettere in luce quello che di positivo ha fatto: di fronte ad un obbligo per legge di valutare se entro una tale data certe strutture sono state realizzate, dirà probabilmente che lo sono state. Però il pubblico evidentemente è ancora estremamente scontento. La prima ragione di questa scontentezza l'avete già sentita: la legge n. 180 non prevede nulla per avvicinare i malati gravi; questo è il grande scoglio, la grande difficoltà: i malati gravi sono abbandonati. Quando parliamo di strutture, parliamo di persone, di malati e di familiari che sono in qualche modo agevolati, poichè hanno avuto, grazie al non eccessivo, al non gravissimo livello della malattia che li riguarda, la possibilità di accedervi che ad altri non è assolutamente concessa. Da questo punto di vista nel nostro paese il trattamento dei malati gravi è brutale, cinico o semplicemente arrangiato, del tipo «scegli il tuo stile di vita». Vi posso testimoniare che certi malati gravi, comunque portati nelle strutture dai familiari, vengono addirittura rifiutati perchè troppo difficili da trattare.

ZARDINI. Sì, è vero, vengono selezionati!

BEVILACQUA. Li selezionano certo! Permettetevi che vi parli di mio figlio Claudio che ha vissuto per 30 anni con mamma e papà ed è stato due mesi in una comunità protetta dove vi erano infermieri oltretutto giovani – dei giovanotti alti un metro e novanta e con due spalle larghe – che chiedevano turni di due ore perchè non resistevano a tanto dolore. «Mi stresso troppo» dicevano. In due non ce la facevano!

MAGLIA. La famiglia sì però!

BEVILACQUA. Claudio dopo due mesi è stato rispedito a casa con queste parole: «Non lo possiamo tenere, non è adatto a questo schema riabilitativo, non c'è niente da fare», e Claudio, un malato che non poteva essere contenuto, sta a casa con mamma e papà. Un altro elemento di scontentezza attiene alle strutture, su cui non mi posso soffermare per la ristrettezza dei tempi a nostra disposizione.

Tuttavia credo esista qualcosa che mi auguro rappresenti il futuro della psichiatria. Siamo in contatto con l'Aminami e con la Vasko di Zurigo: ci dicono che da loro, dopo 20 anni di battaglie, la nuova cultura psichiatrica tiene conto sempre e comunque, in ogni tipo di progetto riabilitativo e di intervento, dell'ambiente nel quale la malattia è nata, della famiglia, dei desideri, della natura sociale ed economica, delle possibilità e delle richieste della famiglia. Vi assicuro che se esistono familiari mascalzoni, in questo paese ci sono anche molti familiari che sono dei santi e degli eroi, che lavorano dove lo Stato non è intervenuto, che fanno il mestiere – scusatemi ma è proprio vero – che la sanità pubblica non è stata in grado di fare tanto più considerato che il vecchio progetto-obiettivo per gli anni 1994-1996 prevedeva che per facilitare, realizzare e promuovere le strutture alternative nonchè per evitare l'assolutizzazione delle tecniche di intervento occorre favorire sempre di più la partecipazione indiretta degli utenti, dei familiari e delle reti sociali ai processi di cura e riabilitazione. La psichiatria integrata: c'è qualche giovane eroe psichiatra che riesce ad avere questo atteggiamento di integrazione, seppur con tremila difficoltà; ma in generale questo atteggiamento non è stato minimamente recepito e sia nelle strutture residenziali che nelle residenze sanitarie assistite l'atteggiamento è ovunque verticistico e verticale. Il primario oltretutto molto spesso è in contatto con le cooperative di lavoro. Anche in questo caso il discorso non è chiaro, infatti a volte fa parte anche lui di una cooperativa e magari la favorisce nella gara rispetto alle altre.

Concludo dicendo che noi vorremmo chiedere tante cose tra cui la revisione delle norme in materia di trattamento sanitario obbligatorio, che però non è l'argomento del nostro incontro odierno. Siamo certamente assai favorevoli all'abbandono della struttura manicomiale, proprio questo vorremmo, ma c'è grande bisogno – nel progetto-obiettivo le norme sono generiche – di una forte assunzione di responsabilità. Voglio dire che il mestiere dello psichiatra è difficilissimo e quello dell'organizzatore del centro di salute mentale ancora di più, ma la professio-

nalità degli operatori dovrebbe essere costantemente valutata anche sulla base della soddisfazione dell'utenza. Così facendo cominceremmo a muovere verso la promozione di professionalità capaci. Nel Veneto del resto stiamo scendendo in piazza – lo abbiamo fatto a Padova tre settimane fa – e non siamo noi dirigenti dell'associazione «Psiche 2.000» a promuovere queste manifestazioni, ma sono i familiari che ce lo chiedono dicendoci: «Dobbiamo, dovete fare qualcosa».

RONCONI. Signor Presidente, intervengo per chiedere la prosecuzione dell'audizione se gli auditi sono disponibili a tornare, anche la prossima settimana perchè a mio avviso l'importanza dell'argomento e le argomentazioni che hanno addotto i nostri ospiti necessitano tra l'altro della presenza del Ministro.

DANIELE GALDI. Organizziamo un convegno.

PRESIDENTE. Stiamo svolgendo un'indagine conoscitiva. Il Regolamento non prevede in questa sede la partecipazione del Ministro se non in veste di soggetto audito. È inutile porre richieste che non possono essere soddisfatte.

TOMASSINI. Poichè l'audizione odierna ha fornito un tassello importante al quadro complessivo, che a noi mancava (credo che la scelta delle associazioni è stata del tutto casuale, non sollecitata in maniera particolare), potrebbe essere utile anticipare la convocazione già prevista per la settimana prossima e svolge una discussione generale su questo tema. Quanto al Ministro, sappiamo che non può essere chiamato; potrebbe essere utile inviargli gli atti della seduta di oggi.

PRESIDENTE. La prossima settimana la Commissione è già convocata per altre audizioni. L'odierna audizione potrà proseguire dopo le prossime festività pasquali – perchè il calendario dei lavori non può essere modificato – acquisendo dagli auditi la loro disponibilità a tornare.

ANDRETTA. Siamo certamente disponibili a tornare.

PRESIDENTE. Propongo pertanto di rinviare il seguito dell'audizione alla prossima seduta. Poichè non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

Rinvio quindi il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17.

