

12<sup>a</sup> 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

9° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 2 APRILE 1997

**Presidenza del presidente CARELLA**

**INDICE****Seguito dell'audizione di rappresentanti di associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 12 e <i>passim</i>	ANDRETTA . . . . .	Pag. 13, 20, 23
BRUNI ( <i>Misto</i> ) . . . . .	5	BEVILACQUA . . . . .	24, 26
DANIELE GALDI ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	3, 26	DANIELE . . . . .	21, 23, 24
MARTELLI ( <i>AN</i> ) . . . . .	11, 24	MAGLIA . . . . .	20
MONTELEONE ( <i>AN</i> ) . . . . .	10, 16	VOLPI . . . . .	5, 16
RONCONI ( <i>CDU</i> ) . . . . .	7, 8	ZARDINI . . . . .	19, 20
TOMASSINI ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	8, 27		
VALLETTA ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	8		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Anna Rosa Andretta, in rappresentanza dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi; il dottor Carlo Volpi e il dottor Franco Daniele, in rappresentanza 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 15,10.*

#### **Seguito dell'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.

Ricordo che nella seduta del 26 marzo scorso era stata sospesa l'audizione dei rappresentanti di associazioni dei familiari di pazienti psichiatrici.

Sono quindi nuovamente presenti tra noi la dottoressa Anna Rosa Andretta, in rappresentanza dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi; il dottor Carlo Volpi e il dottor Franco Daniele, in rappresentanza 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.

Ricordo che a conclusione della seduta precedente si stabilì di proseguire l'audizione in altra seduta per consentire agli onorevoli senatori di porre ulteriori domande ai nostri ospiti, alle quali potranno in seguito dare risposta.

DANIELE GALDI. Ho ascoltato con molto interesse le relazioni da loro svolte la scorsa settimana e devo dire che sarebbe stato mio desiderio entrare subito nel merito della questione. Sarebbe forse opportuno un seminario o un piccolo convegno per discutere ampiamente di questo argomento molto importante, senza fermarsi a porre delle singole domande, anche perchè – almeno per quanto mi riguarda – ho vissuto intensamente questo periodo di «presa di coscienza» da parte della Commissione della realtà psichiatrica italiana, avendo girato ben nove regioni e avendo visitato più ospedali psichiatrici. Pertanto il periodo che si è aperto è molto interessante e difficile.

Ritengo opportuno, però, sottolineare che si tratta di una situazione completamente diversa rispetto a qualche anno fa, perchè l'ultima legge

finanziaria, molto intransigente, ha fissato un vincolo temporale con penalizzazioni economiche per quelle regioni che non avessero avviato il processo di riqualificazione dell'assistenza psichiatrica. Questa è stata la nostra carta vincente: i programmi che giacevano nei cassetti sono stati finalmente tirati fuori, ma il problema, ora, è di trasformarli in realtà. Sappiamo bene che tra la progettazione e la reale attuazione occorrono tempi a volte anche lunghi, ma abbiamo avuto modo di constatare varie diversità da regione a regione. Infatti in alcune regioni i progetti sono in fase di attuazione e qualcuno di questi potrà essere realizzato abbastanza rapidamente; in altre regioni, invece, i progetti sono soltanto sulla carta.

La nostra iniziativa, quindi, collima con la presentazione del nuovo progetto-obiettivo, che è già stato reso noto e di cui avremo modo di discutere in Commissione, in cui ho trovato delle novità rispetto al passato che rispecchiano la realtà che abbiamo potuto osservare per esempio a Trieste, dove abbiamo constatato l'avvio di una serie di iniziative territoriali frutto di venticinque anni di esperienza. Per esempio si è ritenuto opportuno dotare i servizi di salute mentale di alcuni posti letto: ciò significa consentire un trattamento alternativo a quello domiciliare per quei malati che hanno bisogno di ricovero anche per tutta la vita, perchè sappiamo bene che resterà comunque una quota di soggetti bisognosi di assistenza per tutta la vita.

Nel corso delle nostre visite ho provato un senso di vergogna e di grande rabbia per le condizioni in cui abbiamo visto vivere alcuni degenti. Maggioranza ed opposizione, eravamo tutti presenti e quindi ritengo che dobbiamo sentirci tutti sulla pelle una quota di responsabilità, anche se in proporzioni diverse tra chi ha avuto compiti di amministrazione e chi no. Sono stata pervasa dalla rabbia nel vedere che in un paese democratico e ricco di strutture sanitarie anche molto qualificate come il nostro la psichiatria veniva considerata come il parente povero, abbandonata a se stessa.

Oggi pertanto vi chiedo di seguire con noi un certo tipo di percorso, perchè nutro molte preoccupazioni in merito al personale; non basta creare nuove strutture se nel contempo non viene formato del personale in grado di rispondere ai nuovi bisogni rappresentati non soltanto dalla vecchia psichiatria ma anche da tutto quanto è venuto in seguito. La preparazione del personale, infatti, è un momento difficile; la chiusura degli ospedali psichiatrici fa aumentare le richieste di prepensionamento in questo settore in un momento molto delicato in cui, al contrario, ci sarebbe bisogno di avere a disposizione del personale qualificato per poterlo aggiornare e poi decentrare nei nuovi servizi che dovranno essere collocati sul territorio.

Esistono quindi dei rischi, però credo che abbiamo individuato anche dei percorsi che dobbiamo seguire tutti insieme. Pertanto chiedo ai rappresentanti delle associazioni dei familiari di evidenziarci i vari limiti, in modo che si possano correggere in corso d'opera, affinchè riusciamo a centrare l'obiettivo finale. Non vorrei, infatti, che davanti agli ostacoli che potranno sorgere ci fosse poi, da parte di tutti, la non capacità di attrezzare con nuove strutture e servizi,

ma anche con nuovo personale, il territorio per far fronte a questa esigenza.

Vorremmo quindi avere da voi tutte le segnalazioni possibili, con i vari rischi che si possono correre, compreso quello finanziario. Non vorrei, infatti, che la dismissione di ospedali psichiatrici e i proventi di questo patrimonio così importante andassero a finire nel «calderone» del buco finanziario. Non so se la pensate allo stesso mio modo, ma tutto ciò che può essere messo in vendita, affittato e così via di quel patrimonio deve servire a far nascere strutture nuove, per seguire i vari degenti con un bagaglio finanziario che consenta di rendere un servizio alternativo. Vorrei che mi confortaste su queste mie preoccupazioni. Anche perchè penso che per un lasso di tempo non breve, ognuno nei rispettivi ruoli, dovremo lavorare insieme per cogliere questi obiettivi.

*VOLPI.* Veramente credo che nella situazione che noi conosciamo e vi denunciamo sia opportuno l'intervento degli onorevoli senatori. La senatrice Daniele Galdi ha detto cose estremamente valide che hanno una radice nel fatto che questa storia è cominciata dopo vent'anni di disinteresse da parte dello Stato ma solo da alcuni mesi il Parlamento sta affrontando in un certo modo queste problematiche.

*PRESIDENTE.* Per una migliore organizzazione dei nostri lavori, è preferibile concludere gli interventi dei membri della Commissione prima di dare la parola agli auditi per rispondere ai quesiti posti.

*BRUNI.* Anch'io ho seguito con entusiasmo ed attenzione quanto riferito la scorsa settimana dalle associazioni. Si tratta di un argomento molto interessante dal momento che ha portato alla luce alcune situazioni di cui prima non eravamo a conoscenza.

Mi trovo sulla stessa lunghezza d'onda della senatrice Daniele Galdi quando afferma che queste strutture alternative sono indispensabili, naturalmente salvo eventuali miglioramenti in un secondo tempo. Purtroppo, però, siamo in ritardo rispetto a quanto era stato previsto, perchè sono ormai passati tanti anni da quando si è posto il problema.

La mia impressione era che, a parte il caso di Trieste, solo la regione Emilia Romagna avesse ottenuto quanto la legge prevedeva. Invece, nel corso dell'ultima audizione, ho avuto una smentita sull'argomento da parte della dottoressa Andretta che mi ha lasciato perplesso perchè, appunto, sapevo che in quella regione le strutture alternative di assistenza erano pressochè complete. Tutto ciò suscita molte perplessità, ripeto, per cui vorrei sapere esattamente come stanno le cose.

Quanto, ad esempio, alla paranoia e alla schizofrenia, sono cosciente del fatto che si tratta di due malattie abbastanza simili dal punto di vista sintomatologico, che necessitano più o meno della stessa cura e che coloro che ne soffrono sono alquanto pericolosi, sia per loro stessi che per le persone loro vicine, quindi soprattutto per i parenti.

Mi è stato riferito – ma vorrei appurarlo in questa sede – che esistono dei potenti farmaci utilizzati nelle terapie di psicosi paranoiche e schizofreniche che non hanno quegli effetti collaterali che di solito pro-

ducono gli altri farmaci, e che purtroppo però questi farmaci sono a pagamento. Vorrei sapere da voi se questo è vero perchè, se così fosse, non faremmo molto onore alla nostra sanità. Credo che in quel caso sarebbe opportuno rivalutare la situazione.

Vorrei ora rivolgermi alla dottoressa Andretta. Io opero, in quanto primario, proprio vicino al manicomio giudiziario di Castiglione delle Stiviere. Ho avuto notizia – non so fino a qual punto sia vero – che gli ospedali psichiatrici giudiziari godono di risorse finanziarie particolarmente ingenti e che addirittura vi è uno spreco di soldi. Questi soldi verrebbero affidati alle Usl, le quali hanno difficoltà ad impegnarli. Vorrei da lei un chiarimento su tale questione che mi preoccupa molto, anche perchè sarà necessario valutare gli sprechi che si sono verificati in quelle zone.

*ANDRETTA.* Tutto ciò è verissimo e potrà constatarlo anche dal libro che ho lasciato a disposizione dei membri della Commissione.

*VALLETTA.* Un proverbio afferma che: «non c'è due senza tre». Dopo due leggi disattese (le leggi n. 180 del 1978 e n. 724 del 1994), ritengo che sarà impossibile, anche attraverso il provvedimento di accompagnamento della legge finanziaria di quest'anno, risolvere la questione a causa di ragioni ben precise.

In primo luogo la decisione di fissare inizialmente al 31 dicembre 1996, poi al 31 gennaio 1997 la data della chiusura degli ospedali psichiatrici mi sembra estremamente pericolosa. Credo che, ancora una volta, si tratterà solamente di demagogia, in quanto la legge di razionalizzazione della finanza pubblica di quest'anno non ha previsto delle sanzioni ben precise per coloro che non attuano la legge. L'unica sanzione prevista è quella della riduzione dei fondi per la spesa sanitaria assegnati alle Unità sanitarie locali. Quando ciò avviene, però, gli amministratori fanno pesare le conseguenze della mancata attuazione della legge sui cittadini e non sulle strutture e sulle manchevolezze di cui sono responsabili.

Inoltre, ritengo che oggi la famiglia del malato psichiatrico sia completamente sola, almeno per due ragioni: la prima è di natura psicologica poichè non c'è il sostegno sul territorio nè da parte delle Usl nè da parte del personale delle Usl stesse spesso impreparato a far fronte a questo tipo di problema; la seconda riguarda il fatto che economicamente non esiste un supporto adeguato, sia per l'assistenza domiciliare (anche nei confronti di malati cronici gravi), sia per l'assistenza farmaceutica (spesso i farmaci vengono comprati dagli stessi familiari dei pazienti).

Certamente non va ignorato che molto spesso sono le stesse famiglie che non vogliono farsi carico dei pazienti psichiatrici per ragioni di carattere culturale e storico, essendo il nostro paese impreparato ad affrontare questa patologia. Nel mio comune, ad esempio, una persona ha abbandonato per ben trent'anni il proprio fratello ricoverato nel manicomio di Aversa. Quest'ultimo ne è uscito fuori soltanto quando il sottoscritto, tra i primi sindaci della provincia di Isernia, ha creato una ca-

sa-famiglia, riuscendo a portarlo il loco contro il parere dello stesso fratello, che riteneva vergognoso avere un malato psichiatrico in casa (anche se non si trovava nella sua abitazione, ma semplicemente sul territorio in cui abitava).

Quindi – ripeto – ci sono motivi anche di carattere storico-culturale, che spesso hanno fatto sì che questi pazienti venissero emarginati. Ritengo comunque che oggi non vi sia ancora la volontà politica di affrontare questo problema, come spesso non c'è una volontà politica ben precisa di affrontare la tossicodipendenza o altri disagi sociali.

Abbiamo avuto modo di ascoltare, infatti, le audizioni dei rappresentanti delle regioni e dei rappresentanti del Ministero della sanità, ma non abbiamo avuto la presenza qui in Commissione di un solo rappresentante politico, nè di un assessore nè del Ministro. Si sono presentati solamente funzionari amministrativi (che naturalmente abbiamo ringraziato per la loro competenza e buona volontà), perchè nessun responsabile politico ha sentito il dovere di impegnarsi a fondo sul problema dell'assistenza psichiatrica.

Io vorrei che queste mie affermazioni fossero smentite già entro la fine di quest'anno; ma sono sicuro che chi ha il grave problema del malato psichiatrico potrà verificare nel tempo che ciò non avverrà, almeno fin quando le questioni verranno affrontate in questo modo.

RONCONI. In merito a questo importante argomento ritengo ci sia stato – soprattutto nelle scorse settimane – un eccesso di trionfalismo da parte del Governo e in modo particolare da parte del Ministro della sanità. Ciascuno di noi ricorderà le trasmissioni televisive in cui il ministro Rosy Bindi ha pronunciato numeri e date che – come tutti sappiamo – con estrema difficoltà riusciranno ad essere rispettate per vari motivi. Infatti si tratta di provvedimenti che non sono legati esclusivamente, o meglio lo sono pochissimo, alle iniziative di Governo ma dipendono anche dall'attività delle giunte regionali. Pertanto è difficile pensare che un Ministro, anche se animato da buona volontà (e questo è tutto da dimostrare per quanto riguarda), abbia in mano tutti gli strumenti per risolvere definitivamente il problema.

Sono quindi d'accordo con chi mi ha preceduto: attenzione a sostenere che questo è un problema ormai archiviato, risolto e alle nostre spalle. Tra l'altro – e questa è la nota positiva che ci viene da queste audizioni – abbiamo la necessità di ruotare il problema rispetto a come ci è stato posto e a come lo abbiamo esaminato fino ad oggi.

Noi abbiamo affrontato la questione della chiusura delle strutture manicomiali e a tale proposito abbiamo fatto dei sopralluoghi in tutta l'Italia. Ci siamo posti il problema dell'assistenza ai malati residuali, non tralasciando il fatto che questa assistenza, a mio avviso, costituisce un altro punto debole perchè in numerose regioni i malati vengono licenziati dalle strutture manicomiali ma non trovano strutture idonee per proseguire la loro terapia, considerando anche che molto spesso purtroppo essi non vengono accettati dalle famiglie di provenienza. Alla fine, comunque, si riuscirà a procedere alla chiusura delle strutture manicomiali e a trovare una soluzione per un'assistenza completa ai malati re-

siduali, anche in considerazione del fatto che questi malati sono in numero decrescente. Il problema vero, però, è il trattamento dei nuovi malati perchè chiudere le strutture manicomiali non significa chiudere con la patologia, anzi. Da oggi allora dovremmo porci il problema dei luoghi in cui trattare questi nuovi malati, come trattarli e soprattutto con quali mezzi. Infatti, a mio avviso, è illusorio pensare che le famiglie possano supplire completamente allo Stato, soprattutto per quanto riguarda i malati più gravi.

Esercitando la professione medica e pur non essendo specificatamente psichiatra, molto spesso, soprattutto all'inizio della mia attività professionale, quando ero medico di famiglia, ho avuto modo di incontrare famiglie di malati di questa natura e conosco quindi le difficoltà gravissime, spesso insormontabili, che quelle famiglie devono affrontare.

Auspico quindi che presto si possa fare una riflessione alla presenza del Ministro e chiedo se esiste un progetto del Governo per affrontare in maniera realmente innovativa il trattamento di questi nuovi malati. È questo l'interrogativo che dobbiamo porci per risolvere definitivamente e compiutamente il problema. Naturalmente è chiaro che dovremo mettere alle strette anche le regioni inadempienti.

VALLETTA. I funzionari, non i pazienti.

RONCONI. I funzionari e i politici; prima i politici e poi eventualmente, se ci sono responsabilità, anche i funzionari. Ribadisco comunque che ciò che bisogna fare è non perdere di vista il problema emergente che è quello dei nuovi malati.

TOMASSINI. Signor Presidente, mi piacerebbe essere breve soprattutto per rispetto agli invitati all'audizione, che sicuramente hanno molte cose interessanti e molte esperienze da riferire. D'altro canto è difficile sottrarsi dall'intervenire su un tema che tanto mi appassiona. Nei primi tempi della mia professione per quattro anni ho lavorato coi malati psichiatrici in una casa di cura per malattie nervose. Fino ad ora non ero riuscito a trovare una corrispondenza tra quella che era stata l'esperienza di allora, quello che avevo vissuto come direttore sanitario e quanto emergeva dalle varie audizioni che andavamo facendo. Il Presidente e i colleghi ricorderanno che sono stato fra i primi, e più di una volta, a chiedere che si ascoltassero gli utenti e quindi, come rappresentanti degli utenti, le loro famiglie che mi sembravano i testimoni più veritieri.

Ho trovato quindi edificante, quasi fino alla commozione, quello che abbiamo sentito la settimana scorsa dalle famiglie dei malati psichiatrici, anche perchè la loro è un'esperienza diretta su tutto il territorio nazionale. Non è l'esperienza - come hanno ricordato il senatore Ronconi e altri colleghi dei funzionari delle regioni o dei rappresentanti politici che, animati da un certo trionfalismo, sono venuti ad applicarsi medaglie sul petto e a riferirci sull'andamento di un processo, quasi come facevano gli ufficiali delle SS quando descrivevano il processo dei



campi di sterminio. Non è questo quello che dobbiamo aspettarci per risolvere veramente il problema.

La malattia psichiatrica attualmente è risolta in Italia? Gli enti locali hanno risposto utilizzando bene i fondi o piuttosto non li hanno distratti verso altri fini, dimenticando i loro compiti primari? Il senatore Valletta ha citato la sua encomiabile esperienza come sindaco, ma quanti hanno operato in questo modo, quanti hanno approfittato della legge n. 833 per disfarsi di ogni responsabilità o al massimo per pagare un assegno che li sollevasse da ogni problema morale e rimuovesse ogni senso di responsabilità dal loro cuore?

Abbiamo fatto sopralluoghi diretti, signor Presidente e cari colleghi, che ci hanno mostrato certa realtà diverse, buone ma anche allucinanti. Ho sentito parlare di problemi economici, ma anche di miliardi immobilizzati, utilizzati diversamente o addirittura sottratti dalle tasche dei malati e non utilizzati.

Non credo che nessuno di noi voglia in cuor suo un ritorno alla psichiatria del passato, è una cosa che tutti rifiutiamo. Però bisogna anche dire che il presente, almeno così come lo si lascia immaginare, non esiste. La legge n. 180 dopo tanti anni ancora non risulta completamente applicata e c'è da chiedersi se adesso sia la soluzione valida, cioè se quelle disposizioni che sicuramente erano innovative allora, che sicuramente hanno portato a un cambiamento di cultura e di atteggiamento, rappresentino oggi lo strumento corretto per risolvere il problema. O se non ci sia piuttosto un tentativo mirato al solo risparmio, visto che la malattia mentale è un po' una parente povera di altre patologie, proprio perchè la voce di chi deve parlare è una voce sommessa, che si cerca di non ascoltare. Si tenta di rimuovere il problema in sè affermando che così lo si risolve.

Abbiamo sentito dire che dappertutto mancano i letti nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura; lo hanno detto i funzionari e i rappresentanti delle regioni. Abbiamo sentito parlare della cronicità, problema che nessuno ha risolto neanche nei più avveniristici progetti. Abbiamo sentito poco fa il senatore Bruni ricordare che per il futuro il Ministro ha proposto l'elettrochoc, indubbiamente uno strumento poco costoso e con una sua validità terapeutica, ma questo proprio quando ha deciso di togliere dal prontuario terapeutico i farmaci più innovativi e moderni.

Ci aspettiamo un futuro, delineato in qualche disegno di legge, che coinvolga fortemente le regioni e che faccia applicare nuovamente in questo campo misure che adesso vengono emarginate nei temi sociali ma che comunque hanno sempre a che fare con le malattie psichiatriche e del comportamento. Tante volte, forse, il tentativo di socializzazione estrema è teso a rifiutare un problema che invece è tuttora presente ed importante. Senatrice Daniele Galdi, lei è troppo ottimista; capisco la sua passione e il desiderio di cercare di fare presto e bene, ma questo non mi risulta nè da quanto abbiamo avuto modo di osservare, nè dal futuro che si prospetta. Si è sentito dire (non soltanto da parte dell'opposizione, che potrebbe essere accusata di essere tesa solo a cogliere qualche risultato politico) dagli stessi colleghi della maggioranza che il problema è serio, che non si può risolvere con una chiusura a tavolino

nella legge finanziaria (che poi non si realizza). Occorrono ben altri strumenti e a tale scopo avevamo presentato un disegno di legge istitutivo di una Commissione che avesse poteri sostitutivi delle regioni, che indagasse e che imponesse delle soluzioni; tale strumento è rimasto nell'elenco dei temi che possiamo inserire nell'ordine del giorno dopo averlo rivisitato in base al dispositivo della legge finanziaria.

Per questi malati, poi, non esiste una «carta dei servizi»: per quali motivi? Queste cose vanno dette con molta chiarezza al Ministro, che secondo me troppe volte finisce semplicemente per siglare ciò che la burocrazia gli prospetta, in base ad una fotografia distorta della realtà del paese. Pertanto da questa Commissione non smetteremo mai di portare avanti questa denuncia, perchè intendiamo andare a fondo con un progetto che sia veramente risolutivo di questa triste realtà.

MONTELEONE. Vorrei esprimere la mia opinione su una delle tante questioni inerenti alla malattia mentale. Noi avevamo posto alcune riserve non perchè non sentissimo la necessità di risolvere il problema, ma perchè vi erano state – in seno alla Commissione – delle audizioni a carattere regionale dove ognuno aveva fornito (e questo prima della legge finanziaria) i vari relativi ai residui manicomiali. Ho cercato quindi di capire meglio, regione per regione, quale fosse, in ambito nazionale, la situazione che si prospettava un po' dappertutto. Tutto ciò ha consentito – a mio giudizio – di affermare che la prima vera riforma in questo campo è stata completamente tradita, che avrebbe dovuto esserci un *iter* completamente diverso.

Tuttavia il bisogno di fare comunque qualcosa, dopo venti anni, penso abbia fatto precipitare maggiormente la situazione. Dal momento che erano passati venti anni, si poteva consentire una pausa di riflessione più ampia, perchè aver inventato di caricare sul *budget* regionale eventuali inadempienze significa che a pagare saranno chiamati ancora una volta i cittadini. Poi, con la formuletta dei tre anni a scalare, si è consentito sì alle regioni di cominciare, lasciandogli però tre anni di tempo per discutere della questione.

Un'altra riserva, poi, è relativa al fatto che dobbiamo occuparci di una questione che forse è stata presa troppo alla leggera. Infatti, sarebbe necessario un censimento accurato delle patologie psichiatriche perchè non si tratta di una sola malattia. Non si può dire, infatti, che la si può circoscrivere, che si sa tutto, perchè la questione è molto complessa.

Dunque, caso per caso, occorre verificare quanti di questi progetti, a scalare nell'ambito della stessa patologia, possono o meno essere avviati verso le soluzioni che sono state prospettate.

Poi, accanto al problema della progettualità inerente alla malattia, abbiamo posto il problema – come anche la senatrice Daniele Galdi – della qualificazione del personale, da Nord a Sud, in una situazione che va sempre più aggravandosi anzichè risolversi. Forse non si tratta del punto centrale, ma anch'esso incide sulla questione al nostro esame.

Personalmente avremmo preferito affrontare il problema, alla luce di ciò che è diventato in questi ultimi tempi, con un concetto nuovo (la solidarietà è rimasta e rimane sempre viva) e in una prospettiva diversa,

che sia patrimonio comune e attraverso la cui attuazione si possa avere tutto quanto è necessario per affrontare una malattia di questo tipo. Le nostre riserve, quindi, non sono tese preconceputamente verso la malattia mentale bensì verso la metodologia adottata.

Infine, avremmo desiderato un lasso di tempo maggiore di quello intercorso tra le audizioni svolte, i progetti elaborati, la legge finanziaria che è stata approvata e la necessità di una indagine conoscitiva che ci ha portati in giro per l'Italia.

MARTELLI. Dopo aver letto un documento dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica, devo dire che sono d'accordo per il 99,9 per cento con quanto viene esposto. Il problema è che noi stiamo facendo con venti anni di ritardo ciò che si doveva cominciare a fare già prima di venti anni fa. Invece con la scusa della legge n. 180 del 1978 sono stati totalmente abbandonati gli ospedali psichiatrici, i quali hanno molto da recriminare. È assurdo che possano esistere situazioni simili in Italia. Purtroppo questi ospedali sono stati abbandonati, ma se fossero stati mantenuti in modo decente nel senso letterale del termine avrebbero ancora oggi una loro funzione. Non dico che con essi si sarebbe risolto il problema dei pazienti psichiatrici, ma non c'è dubbio che, essendo questi ultimi così numerosi, ed essendo diventati ormai cronici, sarebbe stato impensabile trasferirli dalla mattina alla sera da un posto all'altro, pensando di risolvere in questo modo il problema. Questi ospedali psichiatrici, se ben tenuti – intendo, ripeto, in maniera decente e con personale qualificato – avrebbero ancora una loro utilità.

L'ideatore della legge n. 180 del 1978, in realtà, non ha fatto altro che riprenderla dalla legislazione inglese. Vent'anni fa ho conosciuto personalmente l'ideatore della legge inglese, purtroppo un medico che faceva uso di droghe leggere. Egli di notte si metteva a piangere per le sue disgrazie, tra queste proprio quella di aver creato la legge in questione. In Inghilterra vennero cercate delle soluzioni alternative, in Italia, ci si è limitati a copiare la legge inglese. Si è così deciso di chiudere gli ospedali psichiatrici, pensando di risolvere in questo modo il problema. La questione è stata riaperta negli ultimi anni con tante bellissime parole, con tanti bellissimi progetti, ma con niente di concreto perché, a parte alcuni casi specifici, in realtà non si è fatto ancora nulla. Si continua a parlare di assistenza, di case controllate e semicontrollate, anche se non si capisce da chi debbano essere gestite, se dai parenti dei malati o dagli amici degli amici.

Sarebbe bastato prevedere una programmazione vera e propria, trovare dei posti di ricovero per malati cronici e trattare questi pazienti come esseri umani, non come delle bestie come è stato fatto soprattutto negli ultimi vent'anni, periodo nel quale sono stati completamente abbandonati; sarebbe bastato ripulire i muri dalla calce e dalle feci, comprare una tazza per il bagno al costo di 30.000 lire o rifare una porta che era stata distrutta per renderli dei posti più abitabili e più decenti. Invece, poichè hanno deciso di chiuderli, sono stati abbandonati.

Sono d'accordo con voi quando affermate che abbiamo peggiorato il problema. Non dico che quegli ospedali dovevano essere mantenuti

aperti, ma sarebbe stato sufficiente, per molti di questi, effettuare una manutenzione ordinaria, dividere camerate di quaranta letti in camere di tre-quattro letti come in tutti gli altri ospedali, perchè camerate di quaranta pazienti non esistono più in nessuna parte del mondo, neanche nei posti peggiori.

Non mi capacito del fatto che questi malati siano stati abbandonati a loro stessi nel corso di questi anni. È veramente assurdo quanto è accaduto. Cercando di migliorare lo stato dei malati psichiatrici, negli ultimi vent'anni non si è fatto altro che peggiorare le loro condizioni di vita e quelle dei loro familiari, che purtroppo devono affrontare una simile disgrazia.

Tutto ciò naturalmente se parliamo di pazienti veri. È chiaro che esiste un'altra categoria di pazienti, cosiddetti depressi, che presenta altre manifestazioni curabili tranquillamente a casa con l'aiuto del medico (se veramente si potesse contare sulla sua presenza) e con l'assistenza domiciliare (se veramente esistesse come tale e non solo sulla carta). L'assistenza domiciliare integrata, purtroppo, a differenza che in altri paesi in Italia non esiste se non in alcune città del Nord, come Milano, dove si trovano una o due organizzazioni che la realizzano.

Con l'applicazione della legge stessa, quindi, stiamo peggiorando la situazione. Personalmente avrei obbligato, innanzi tutto, questi vecchi ospedali psichiatrici a garantire un'assistenza decente, cercando nel frattempo delle soluzioni alternative. Invece come al solito, si passa dal nero al bianco in maniera improvvisa, senza alcuna organizzazione.

La proposta di chiudere gli ospedali psichiatrici il 31 dicembre 1996 è una vera follia. Non sono d'accordo sulla scelta di chiuderli; essi andrebbero in primo luogo trasformati, infatti, rivisti e create prima di tutto le soluzioni alternative. In alcuni casi purtroppo si è presa alla lettera la chiusura e si è messa per strada gente che doveva essere ricoverata, non in quello schifo di posti degli ospedali psichiatrici, ma in strutture perlomeno ripulite. Non si è fatto niente di tutto questo e ora, dopo vent'anni, si vuol applicare la legge e risolvere così il problema.

Spero che nella relazione finale di questa Commissione sia chiarito il concetto che esistono queste strutture allucinanti, e che ci si dovrebbe preoccupare di realizzare veramente, non sulla carta, l'intero sistema di assistenza psichiatrica territoriale prima di chiudere gli ospedali psichiatrici, che nel frattempo dovrebbero essere mantenuti decentemente, come delle normali abitazioni civili eliminando quelle brutture che tutti voi avrete sicuramente visto.

**PRESIDENTE.** Prima di dare la parola ai rappresentanti delle associazioni, vorrei anch'io fare un breve intervento, più come relatore dell'indagine conoscitiva che come Presidente della Commissione.

Sono d'accordo su molte delle cose dette dai colleghi e ritengo che, a proposito di quanto affermato dal senatore Martelli, il problema potrebbe ridursi al solito problema italiano, ossia «se è nato primo l'uovo o la gallina» cioè se bisogna prima di tutto creare le strutture alternative e poi chiudere gli ospedali psichiatrici o viceversa.

Comunque la realtà, secondo me, è un'altra: vi sono cittadini appartenenti a varie realtà regionali, ad esempio nella regione Sardegna, dove vivono in una condizione inumana perchè per molti anni sono stati considerati come esseri privi di diritti umani e civili. È proprio per la presenza del manicomio che è stato possibile mantenere per tanti anni quella condizione.

Quindi il problema va molto al di là del chiedersi se in questi anni la legge n. 180 non ha funzionato perchè non sono state trovate le strutture alternative. C'è stata scarsa considerazione nei confronti di questi cittadini non ritenuti tali. Questa è l'amara realtà che io ho vissuto visitando gli ospedali psichiatrici italiani.

Vorrei ora porre delle domande specifiche ai rappresentanti delle associazioni, proprio nella veste di relatore di questa indagine conoscitiva. Anch'io ho letto il documento dell'Arap, che mi ha dato modo di riflettere sull'argomento e che nello stesso tempo mi preoccupa molto. Vorrei capire se c'è convergenza da parte dei rappresentanti delle associazioni dei familiari su alcune questioni.

La prima questione è che la nostra indagine conoscitiva si sta occupando non dell'assistenza psichiatrica per la nuova patologia psichiatrica, ma è rivolta a conoscere appunto se in Italia il processo della soppressione degli attuali ospedali psichiatrici è in atto o meno, a che punto si trova e se verranno rispettati i termini previsti dalla legge n. 180, dalla finanziaria del 1994 e dalla finanziaria dello scorso anno.

L'altra questione attiene all'assistenza psichiatrica nel territorio. La domanda che pongo all'associazione dei familiari è la seguente: le associazioni sono d'accordo con la volontà del Parlamento di attivare tutti i meccanismi messi a disposizione (che sono meccanismi legislativi, finanziari, di sforzi comuni, di attenzione), affinché gli ex ospedali psichiatrici vengano superati per dare un'assistenza di tipo diverso ai nostri concittadini presso strutture alternative?

Un'altra questione coinvolge sicuramente il problema più ampio dell'assistenza psichiatrica. Quando trovo nel documento dell'Arap una critica al trattamento sanitario obbligatorio e ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, la quale afferma che questi malati hanno bisogno di un'assistenza diversa, mi viene naturale chiedere quale sia la vostra opinione sullo schema di progetto-obiettivo elaborato dal Governo per il triennio 1997-1999 rispetto all'attuale organizzazione dell'azienda psichiatrica, ovvero su quanto concerne l'organizzazione con i centri di salute mentale, il centro diurno, le comunità alloggio, le comunità terapeutiche, protette o semiprotette. Vorrei capire se da parte vostra vi è un adesione a questo progetto e se voi, come rappresentanti dei familiari, siete d'accordo sulle linee strategiche che il Parlamento sta mettendo in atto per cercare di risolvere il problema delle ex strutture manicomiali e della nuova psichiatria. In caso contrario si farebbero solamente discorsi oziosi e privi di utilità.

*ANDRETTA.* Signor Presidente, innanzi tutto voglio fornire delle risposte precise a lei perchè, così facendo, fornirò anche delle risposte a tutti quelli che sono intervenuti fino ad ora.

L'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi condivide pienamente l'obiettivo della chiusura definitiva delle strutture manicomiali. Siamo assolutamente d'accordo perchè scientificamente certi che la struttura del manicomio, come configurato dalla legge del 1904, è stata abbondantemente superata da una nuova psichiatria e soprattutto da una nuova farmacologia, tant'è che è cambiata anche la manifestazione della stessa malattia. Il manicomio di una volta poteva andare bene allora, sicuramente non va più bene adesso.

Aggiungo tuttavia che a questo punto occorre scindere l'argomento «ospedale psichiatrico» in due ramificazioni. L'obiettivo del superamento dell'ospedale psichiatrico in quanto struttura di cura avrebbe dovuto essere raggiunto in maniera scientifica perchè c'erano tutti gli strumenti per farlo, viceversa, si sono usate la politica e la demagogia. In secondo luogo, mi sembra di parlare addirittura di «ragioneria psichiatrica» perchè più che dei problemi dei malati di mente e, restando nel tema, più che del cosiddetto residuo manicomiale sento sempre parlare di conti, di rese, di profitti derivanti dall'alienazione dei vari ospedali psichiatrici. Tutto questo non si adatta molto bene alle sofferenze di un malato, anche se è necessario parlare di soldi altrimenti non si fa niente; anzi, è indispensabile.

La legge n. 794 del 1994 imponeva di utilizzare le risorse derivanti dall'alienazione degli ospedali psichiatrici per il finanziamento della spesa per la psichiatria. Viceversa, il provvedimento collegato alla legge finanziaria di quest'anno, pubblicato in una *Gazzetta Ufficiale* degli ultimi giorni di dicembre 1996, prevede che i dettati precedenti siano sostituiti da quattro righe per me molto misteriose e che mi fanno un pò insospettare che quei fondi di cui parlavo prima non siano più destinati agli ammalati, ma vadano a finire piuttosto nelle tasche di qualcun altro. Infatti la nuova normativa prevede che i fondi derivanti dall'alienazione delle strutture manicomiali possano essere destinati alla psichiatria solo se non è possibile recuperare tali strutture nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Allora mi viene da pensare che, se queste aree vengono prese dalle cosiddette aziende ospedaliere importanti, la psichiatria non vedrà più una lira: questa è la lettura che do io. Infatti la legge dice che i dettati dell'articolo tale della legge precedente «sono sostituiti da»; se sostituisco qualcosa vuol dire che cambio qualcosa.

Di fronte a questi scenari così poco chiari – e qui rispondo anche alla senatrice Daniele Galdi – mi viene da dire che il malato di mente oggi è un diamante in mano a tutti perchè con queste persone che non servono a nessuno si fanno interessi innumerevoli di persone che, viceversa, stanno bene.

Come rappresentante innanzi tutto dei malati mi sento una persona molto inutile, che non riesce a far capire che si tratta di persone con esigenze e sofferenze particolari. Sarebbe molto opportuno che si garantisse soprattutto il malato e che si approvasse una normativa – non sono una che può dare indirizzi politici – che imponesse prima di tutto la garanzia del malato che non c'è, in questa situazione non c'è assolutamente. Non c'è al punto tale – e al riguardo ho piena coscienza di informarvi – che si fanno dei progetti basati sul numero e sulle caratteristiche di

questi malati che prima erano psicotici e poi, guarda caso, sono diventati alcolisti; questo vuol dire che ci si scarica della responsabilità diretta e non se ne parla più.

Allora, a che punto è il superamento dei manicomi in Italia? Rispondendo al senatore Bruni, anche in Emilia Romagna, la mia regione, sto verificando purtroppo fatti scandalosi; sono state addirittura denunciate sulla carta strutture che non esistono: ci sono appena delle pietre che ne delimitano i confini, l'ho visto con questi occhi. Ebbene, all'inizio si dà ad un gruppo di malati una nuova sistemazione per un periodo di prova, che generalmente è di sei mesi; non si vede però come queste persone possano essere recuperate in sei mesi. Badate bene: parliamo di persone che hanno 30, 40, 50 anni di manicomio alle spalle, prive di contesto familiare perchè il cerchio parentale si ferma ai nipoti (io, ad esempio, non vorrei lasciare in eredità mio fratello: preferisco sistemarlo prima come si deve). Trascorso questo periodo, i malati non hanno più difese e vengono trasportati in pensionati che sono cimiteri degli elefanti. Infatti le nuove Usl che si devono far carico della situazione ritengono che assistere quattro vecchi siano soldi buttati: possono stare benissimo dentro i cronicari che sono peggio dei vecchi manicomi. Si tratta di realtà presenti in quasi tutte le regioni italiane. Prima mi sono fatta il giro dei manicomi, adesso mi farò il giro delle strutture che hanno accolto i malati perchè, nonostante l'odissea di tutti i progetti presentati, non è stato detto in quale isola va a finire Ulisse. Questa ad oggi è l'esatta situazione.

Pertanto – riprendendo il discorso iniziale – siamo assolutamente d'accordo sul superamento del manicomio inteso come unica struttura di cura, però chiediamo la garanzia dei malati (che non c'è) e la garanzia che i finanziamenti vengano finalizzati alla psichiatria, che ha bisogno non solo di spese ordinarie ma anche di spese straordinarie. Non si può pensare di finalizzare alla psichiatria quattro lire di quota capitaria. Bisogna costruire dal niente: la psichiatria è un deserto, vent'anni di niente, vent'anni di distruzione. Credo che non ci voglia molto a convincervi quando dico queste cose.

Per quanto concerne il personale, sappiamo che è scarso, che ci sono tutti i concorsi sono bloccati, che le leggi non permettono nuove assunzioni. Quindi sono affari vostri, da risolvere politicamente, anche se come cittadina pago le tasse e quindi avrei l'esigenza di avere dei servizi.

All'estero, poi, le cose non stanno come in Italia e ho modo di dirlo perchè ho girato molta parte del mondo. Gli ospedali psichiatrici ci sono e, notate bene, dire ospedale psichiatrico e dire manicomio è cosa diversa: è una differenza forse sottile ma cambia il concetto. Nelle altre parti del mondo gli ospedali sono strutture di cura che hanno una porta anteriore e una porta posteriore: si entra dall'una e si esce dall'altra per passare in una rete di servizi che offrono quello di cui il malato ha bisogno. Il manicomio è un contenitore di tutte le disgrazie umane - lo ripeto – ed è diverso dall'ospedale psichiatrico, non è la stessa cosa: cambia il lessico ma cambia anche la sostanza. Cari signori, questa è la verità!

C'è bisogno poi di una nuova cultura della società nei confronti del malato di mente. I *mass media* continuano a presentare solo violenze, malati di mente che ammazzano. Ebbene, posso dire – e me lo hanno confermato alcuni criminologi – che c'è un malato di mente omicida rispetto a dieci omicidi cosiddetti sani.

Allora cerchiamo un po' di non far sempre vedere il mostro; cerchiamo di attivare delle situazioni per cui il malato di mente non è più il personaggio della barzelletta o il criminale.

Vorrei chiedere, come fanno gli sportivi, un minuto di raccoglimento perchè nella settimana precedente la santa Pasqua tre miei associati sono morti per non essere stati ricevuti dentro gli ospedali civili: uno aveva un tumore alla ghiandola parotidea, ed è morto tra sofferenze e tormenti inauditi; un altro con un'infezione renale non è stato accettato alla dialisi perchè malato di mente; il terzo è morto per un *ictus* cerebrale, perchè essendo matto non poteva permettersi di avere un *ictus* cerebrale. Se voi, da persone sane, da rappresentanti del popolo e della gente che vi vota rimanete insensibili di fronte a queste disgrazie, debbo dire – non è una battuta – che io sono assolutamente anarchica.

*VOLPI*. Non piangerò sul latte versato. Ho ben capito gli interventi degli illustri senatori e li richiamo alle conclusioni della Commissione affari sociali della Camera che si è espressa all'unanimità – senza distinzioni di parte – per l'attuazione in forma concreta della riforma psichiatrica. Mi auguro che anche in questa Commissione del Senato ci sia unanimità di posizioni perchè non credo si possa fare una discriminazione di appartenenza politica rispetto a siffatti problemi. Il problema, infatti, è di merito.

MONTELEONE. Anche di metodo.

*VOLPI*. È diverso; dal punto di vista degli obiettivi da raggiungere, il metodo lo discuteremo dopo. Noi ci appelliamo al senso di responsabilità, ma anche alla vostra capacità di iniziativa, perchè il Parlamento è il nostro unico rifugio. Le regioni, infatti, sono state una tremenda delusione; le Unità sanitarie locali – i vecchi rissosi agglomerati di gestori – non possono essere definite in alcun modo; le ASL sono in fase sperimentale, però noi familiari abbiamo esaurito tutte le nostre riserve di collaborazione, di disponibilità e di pazienza: dopo vent'anni occorre pure arrivare a delle conclusioni.

Il Ministero della sanità che fino ad alcuni mesi fa era rimasto indifferente, ha cominciato a muoversi dopo la spinta del Parlamento. Il fatto di aver stabilita al 31 gennaio 1997 la chiusura degli ospedali psichiatrici non ha significato una data ultimativa; bisognava evitare l'obbrobrio dei rinvii perchè già la legge finanziaria del 1995 disponeva la chiusura degli ospedali psichiatrici. Per tre anni gli assessorati regionali e le ASL hanno ignorato quelle disposizioni. Dire oggi che si può rinviare ancora è un'altra concessione all'inadeguatezza e all'improvvisazione.



Le deroghe, la legge n. 180 inapplicata, le regioni che non attuano i progetti obiettivo, tutto ciò non può essere ripetuto senza il discredito generale del Parlamento che approva le leggi, delle Regioni e delle aziende che sono destinate ad applicarle.

Cito brevissimamente un episodio verificatosi nel Lazio, che non è l'ultima regione italiana, dove la dottoressa Andretta ed io per tre anni ci siamo battuti per realizzare il progetto obiettivo regionale. La regione, intesa nel suo rappresentante politico e nella burocrazia, non voleva recepire il progetto obiettivo nazionale. Abbiamo lavorato per un anno e mezzo preparando una bozza di progetto obiettivo che è rimasta in un cassetto fino a novembre, quando, davanti al rischio di un taglio ai finanziamenti, con un colpo di mano, la regione in ventiquattro ore ci ha chiamati dopo aver modificato sostanzialmente l'elaborato del nostro gruppo di lavoro, cosa che noi riteniamo inaccettabile.

Lei, signor Presidente, chiedeva un parere sugli ospedali psichiatrici e non si soffermava su un alto punto importante, che è quello delle strutture psichiatriche sul territorio. Il problema non è scindibile perchè i due punti sono collegati fra di loro. Il capitolo degli ospedali psichiatrici riguarda una parte del problema. Dal Parlamento dunque deve nascere una politica sanitaria per la salute mentale: se il paziente psichiatrico che esce dall'ospedale, ammesso che ciò avvenga, va in un posto e non viene accolto in maniera positiva, avremo fatto un buco nell'acqua. La nuova cronicità non è difesa, non è protetta. I problemi dunque vanno superati con razionalità e criterio. Nessuno pensa di far uscire da un ospedale come il Santa Maria della Pietà persone inabili che stanno lì da quarant'anni. La verità è che all'interno degli ospedali psichiatrici c'è anche gente che non è stata mai malata che che è lì da tenera età. Occorre fare una selezione e questo è un compito che spetta alle regioni, ma queste non lo voglio assolvere.

In che maniera dunque si può agire? Non ho l'ardire di avanzare delle proposte, ma la legge di razionalizzazione della finanza pubblica stabilisce delle norme che meriterebbero di essere approfondite, perchè le regioni sono sensibili solo al discorso dei fondi. Per fare la riforma quindi occorrono tre condizioni: la volontà politica di farle, i mezzi finanziari e la capacità organizzativo-operativa.

Il comma 34 dell'articolo 1 recita che: «Il CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, può vincolare quote del Fondo sanitario nazionale alla realizzazione di specifici obiettivi del Piano sanitario nazionale, con priorità per i progetti sulla tutela della salute materno-infantile, della salute mentale, della salute degli anziani nonchè per quelli finalizzati alla prevenzione, e in particolare alla prevenzione delle malattie ereditarie». Ora, è inutile dire alle regioni che verranno tagliati i fondi se non realizzeranno i progetti. Il primo problema è che le regioni debbono fare i progetti. Nel Lazio i progetti per il Santa Maria della Pietà non sono stati finanziati. La dottoressa Andretta sa che un primario volenteroso si sta battendo, con un sussidio del comune di Roma, per creare delle case famiglia, ma da parte della regione non c'è stata alcuna iniziativa. Poi c'è Guidonia:

per cui, abbiamo 500 malati in quelle condizioni. È stato elaborato localmente un progetto che non è nemmeno stato esaminato. Bisogna quindi cominciare a fare progetti realistici ed approvarli.

Il Ministero della sanità è stato sollecitato e dovrebbe, entro questo mese, preparare una relazione su ciò che è stato fatto. Non so fino a che punto giungano i suoi poteri, ma per esempio se entrasse nell'ordine di idee di sbloccare attraverso il Cipe il 5 per cento della cifra tendenziale necessaria, si potrebbe dire che qualora le regioni entro sessanta giorni non presenteranno i progetti di superamento e di strutture intermedie, verranno sostituite in questa loro funzione attraverso un altro meccanismo che voi parlamentari dovreste studiare. Se non abbiamo i fondi per fare queste cose, non ne usciamo più fuori e ne andrà di mezzo la vostra credibilità perchè noi non ce la facciamo più. La gente ci telefono chiedendo in che modo la rappresentiamo. Nei confronti degli enti locali e delle regioni non abbiamo più fiducia perchè hanno dimostrato, oltre alla mancanza di volontà, una tendenza alla difesa di interessi costituiti, ma anche la loro incapacità, perchè finchè le regioni non opereranno per progetti, non esisterà alcun tipo di programmazione.

Quella poca programmazione portata avanti dal gruppo di lavoro è bloccata. Il progetto-obiettivo del Lazio, ad esempio, proposto da anni dall'associazione dei familiari, non ha trovato ascolto nè a livello politico nè a livello burocratico.

La dismissione dagli ospedali psichiatrici è essenziale. Fin dal 1994 si è ritenuto opportuno portare avanti progetti personalizzati e non abbandonare i pazienti assistiti dalle strutture della sanità nazionale all'assistenza alternativa, perchè nel momento in cui il paziente, ancora garantito dalla sanità viene trasferito all'assistenza del comune, rischia di essere abbandonato a se stesso se l'amministrazione in questione non vuole o non ha i mezzi per assisterlo. Per cui - ripeto - dovrebbe rimanere a carico del servizio sanitario nazionale.

È necessario trovare finanziamenti adeguati, perchè i finanziamenti provenienti dalla dismissione degli ospedali psichiatrici - secondo me - saranno disponibili tra circa dieci anni, mentre i pazienti ne debbono uscire oggi, domani, tra sei mesi, non tra dieci anni.

Sarebbe inoltre opportuno che il Governo bloccasse presso il Cipe una parte del Fondo sanitario nazionale per le regioni che non presentano entro i 60 giorni previsti i progetti.

A proposito della forma di finanziamento occorre aprire un'altra questione. Non è possibile fare una programmazione astratta, perchè esistono aziende Usl cariche di servizi per le quali il fondo non è sufficiente e altre che di questi soldi non fanno che farsene. Quindi i progetti vanno fatti azienda per azienda. Le regioni debbono programmare le varie priorità d'accordo con le aziende Usl, tenuto conto anche del fatto che il programma è triennale.

L'associazione dei familiari, se non altro, ha avuto una soddisfazione a seguito di una battaglia durissima: quella di ottenere che presso ogni azienda ci sia una consulta aziendale. Lo abbiamo ottenuto con fatica, ce l'hanno negato fino all'ultimo momento.

Vogliamo guardare il problema dall'interno e vogliamo essere interpreti di questa situazione; ma per far questo abbiamo bisogno del vostro aiuto. È necessario un legame di solidarietà.

Rispetto moltissimo il grande accademico, il grande maestro che si fa pagare 500.000 lire una visita medica, limitandosi a dare la pilloletta al malato. Ma non è con una visita specialistica che si risolve il problema della psichiatria. Non si deve tornare al concetto del servizio pubblico contrapposto al privato: le due potenzialità vanno integrate.

Quindi - ripeto - sarebbe auspicabile bloccare il finanziamento all'origine per quelle regioni che entro 60 giorni non presentano i progetti specifici di superamento e di attuazione del progetto-obiettivo con riferimento alle strutture intermedie; sarebbe, cioè, necessario che le regioni inadempienti rendessero conto del loro operato (poi voi vedrete con quale formula), perchè non è possibile continuare a far finta di nulla, come accade da vent'anni.

Finora abbiamo detto alla gente di avere fiducia e pazienza. Questo ora non ci è più possibile; sarebbe un atto di grande viltà nei confronti di persone incapaci di autodifesa. Ma un'azione di questo tipo ha un valore politico che trascende anche i voti di partito. Il Parlamento deve prendere coscienza di questa situazione, farsene carico e trovare un modo perchè il Governo risponda della situazione.

Ancora una volta la burocrazia è gelosa del proprio potere e non accetta partecipazioni. Noi che operiamo nella regione Lazio, noi che vedevamo, capivamo e chiedevamo, abbiamo dovuto combattere perchè la burocrazia delle regioni non voleva la nostra presenza, dal momento che non accettano questa forma di partecipazione democratica che personalmente ritengo non soltanto necessaria ma anche indispensabile nei confronti di chi non ha voce per difendersi.

*ZARDINI.* In primo luogo vorrei rivolgermi alla senatrice Daniele Galdi, invitandola, quando effettua i sopralluoghi presso le strutture manicomiali e le strutture alternative, a recarsi anche presso le famiglie, poichè la nostra esperienza ci insegna che la maggior parte dei malati di mente si trova proprio nelle famiglie.

Immaginate di tornare a casa e trovarvi un malato, un vostro figlio, che dalla mattina alla sera non fa altro che guardare il soffitto e fumare, senza voler andare da nessun'altra parte.

È questa la reale situazione che dà un'idea della natura dei problemi dell'assistenza psichiatrica. Quando noi familiari ci rechiamo presso i Csm (Centri di salute mentale) non troviamo malati ma soltanto operatori. Sappiamo però che quando è prevista una visita di un politico o di un giornalista si preparano e organizzano le manifestazioni.

Innumerevoli volte ho trovato i *day hospital* vuoti, con gli operatori che non avevano nulla da fare, perchè - prima o poi lo capirete anche voi - la gran parte dei malati di mente non ha coscienza della sua malattia, non capisce di essere malata e non vuol farsi curare.

Vorrei rivolgermi ora al senatore Bruni.

Lei ha accennato a varie situazioni regionali. Proprio nella sua regione abbiamo molte famiglie associate all'Arap. In particolare, ora mi

viene in mente un malato la cui sorella ha evitato per tre volte il suicidio correndo a levargli la corda già pronta per impiccarsi. «Chi provvederà a lui quando non ci sarò più io» mi dice quella socia. E questa frase è un ritornello di tanti altri soci. Quel malato della sua regione ripete spesso «prima ero recluso in manicomio, ora sono un cane randagio».

Non è che noi non vogliamo in casa questi malati, però abbiamo bisogno di aiuto. Innanzi tutto vogliamo degli ospedali psichiatrici funzionanti ed è per questo che riteniamo necessario riscrivere la legge n. 180 in modo chiaro. Poichè stiamo parlando di una malattia grave, anzi gravissima, questa deve essere curata prima di tutto negli ospedali psichiatrici. Non possiamo improvvisarci psichiatri, perchè non siamo all'altezza di farlo. Ci sono delle donne anziane, dei genitori molto anziani che avrebbero bisogno di assistenza loro stessi. Invece devono assistere il malato che non vuol prendere le gocce e gliele devono dare di nascosto. Questa è la vita, senatrice Daniele Galdi!

Riteniamo che l'assistenza psichiatrica domiciliare svolta com'è oggi in modo sporadico sia inutile. Assistenza psichiatrica domiciliare non vuol dire andare nelle case una volta al mese a fare l'iniezione al paziente. Questo tipo di assistenza non è sufficiente e il malato continua a rimanere in casa perchè le strutture alternative, anche se realizzate, non sono utilizzate.

Voi avete accennato alla psichiatria nelle città dell'Emilia, come Bologna e Modena, ebbene vi espongo un fatto accaduto di recente proprio in Emilia. Fra l'altro vi prego di tenere presente che l'Arap ha più soci in Emilia che in altre regioni.

Il padre di un ragazzo che è appena stato ricoverato in un ospedale psichiatrico giudiziario ci ha confessato che adesso finalmente è tornato a vivere. Il ragazzo era andato la sera prima al centro di salute mentale trascinato dal padre e gli esperti avevano ritenuto che stesse bene, ma in realtà poi, una volta tornato a casa, ha ammazzato la madre. Il padre mi ha confessato di essere disperato, ma di essere tornato a vivere ora dopo il ricovero del figlio. È a questo che dobbiamo arrivare?

Ridicolo ed assurdo è inoltre il fatto che il familiare di un malato di mente, oltre ad assistere fra mille difficoltà il proprio congiunto, debba anche pagarsi gli psicofarmaci indispensabili per sedare e curare lo schizofrenico.

*MAGLIA.* Si tratta di farmaci vitali, che devono essere assunti quotidianamente.

*ANDRETTA.* Bisogna fare una precisazione: i farmaci si pagano se non ci si reca ai servizi pubblici. Lo scandalo è che si sa benissimo che il malato che ha più bisogno di quei farmaci non si reca nei servizi pubblici. Quando voi interpellarete i tecnici, essi vi diranno che i servizi elargiscono i farmaci gratis. Ma chi non utilizza i servizi pubblici deve pagarli personalmente.

*ZARDINI.* Vorrei concludere il discorso. La legge n. 833 che ha incorporato la legge n. 180 del 1978, all'articolo 34 tratta del Tso (tratta-

mento sanitario obbligatorio) per malati di mente. Ho fatto leggere tale normativa a diverse persone impegnate nelle problematiche psichiatriche (ad esempio il professor Bruno, criminologo e psichiatra) e non è risultato chiaro se il Tso debba essere svolto esclusivamente presso gli Spdc (servizi psichiatrici di diagnosi e cura) all'interno degli ospedali psichiatrici. Resta però il fatto che tale è la prassi prevalente.

Poichè siete vicini al Spdc presso l'ospedale San Giacomo – unico servizio di diagnosi e cura con soli 10 posti-letto nella ASL Rm A, con una popolazione di oltre 520.000 residenti senza contare i visitatori – vi prego di visitarlo. Proprio mezz'ora fa, parlando con il direttore, egli si lamentava che quella struttura altro non era che un pronto soccorso psichiatrico. Nessuna diagnosi e nessuna cura si può svolgere in tre-quattro giorni in quattro affollate stanze.

Da anni l'Arap sostiene che il numero di posti letto attribuiti ai reparti di diagnosi e alla cura dei malati di mente è semplicemente ridicolo. Anche a tale riguardo è necessario e urgente rettificare la legge n. 180.

*DANIELE.* Anch'io vorrei rispondere subito ai quesiti posti dal Presidente innanzi tutto se siamo d'accordo o no con la chiusura delle strutture manicomiali. La risposta è già stata data da Carlo Volpi e da altri intervenuti: siamo pienamente favorevoli alla chiusura degli ospedali psichiatrici e siamo a favore di un modello di servizio dipartimentale di salute mentale che non si riduca solo all'assistenza ambulatoriale ma che preveda il centro di salute mentale con l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, il servizio psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento delle crisi acute, le strutture residenziali e i centri diurni di riabilitazione. Le strutture intermedie sono però l'aspetto più carente della riforma psichiatrica. Proprio la mancanza di queste ultime strutture rappresenta l'elemento più preoccupante per le associazioni dei familiari dei malati di mente. Questo è il punto decisivo da affrontare se veramente vogliamo attuare normative rispondenti ai bisogni dei sofferenti psichici e alle esigenze di un paese civile.

Fatta questa premessa, come rappresentante dell'Unasam, ma soprattutto come rappresentante dell'associazione regionale della Campania aderente all'Unasam, vorrei anche dire che non condivido il modo con cui si è data attuazione alla legge finanziaria, come se la chiusura degli ospedali psichiatrici fosse un *prius* rispetto al complesso dei problemi riguardanti la salute mentale, come se tutto l'impegno istituzionale dovesse essere concentrato esclusivamente sugli ospedali psichiatrici.

Non siamo più nel 1978 ma nel 1997; risulta evidente oggi, che la mancanza di servizi e di strutture intermedie ha determinato non solo il permanere degli ospedali psichiatrici ma anche una crescita selvaggia di strutture private e l'aumento dell'abbandono dei sofferenti psichici sul territorio. Oggi le istituzioni – il Parlamento, le regioni, i comuni – si devono impegnare perchè si rimuova la causa che determina il permanere degli ospedali psichiatrici e la situazione grave e drammatica dell'abbandono sul territorio denunciata dalle associazioni dei familiari dei malati di mente.

Non è solo un problema di legge; noi sappiamo che la società è condizionata da interessi forti. Se vogliamo dirla in soldoni, assistiamo ad una specie di duopolio nel campo della salute mentale: da una parte il settore pubblico, ridotto solo a gestire le attività ambulatoriali e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura; dall'altra, un settore privato che ha quasi il monopolio della media e della lunga degenza. Questa separazione è il risultato della mancata realizzazione di un modello di servizio territoriale pubblico completo nei servizi e nelle strutture: manca l'elemento decisivo, vale a dire le strutture residenziali e di riabilitazione per una media e lunga assistenza. In queste il malato non deve essere ricoverato, di regola, per tutta la vita ma, quando lascia il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, può trovare l'accoglienza idonea, l'assistenza medica e psicologica e partecipare a programmi di attività riabilitative. Questo è il punto su cui occorre una svolta.

Il ministro Bindi ha detto più volte che occorre aprire una fase nuova, ma io non la vedo ancora. Bisogna voltare pagina, non soltanto chiudere gli ospedali ma anche affrontare i problemi presenti nel territorio. Dobbiamo avere un progetto. Dobbiamo chiedere al Parlamento, al Ministro, alle Regioni un progetto complessivo concreto che affronti il problema della vecchia e della nuova utenza, in modo particolare di quella fascia di malati che ha bisogno di un'assistenza continua e protratta nel tempo e che ormai costituisce una nuova cronicità. Occorre prendere atto che esiste una fascia consistente di nuova cronicità. Con quali strutture, con quale personale e con quale finanziamenti si può affrontare il problema in modo complessivo? Occorre chiederselo, altrimenti non si esce dalla situazione attuale. Chiediamo ancora uno sforzo alle istituzioni, un impegno politico complessivo che ci garantisca che il progetto per i sofferenti psichici abbia una dimensione globale e una strumentazione concreta per risolvere i problemi.

Bisogna prendere fino in fondo coscienza della situazione, e per questo sono d'accordo con l'indagine conoscitiva. Ritengo che, forse, ora sarebbe opportuna anche un'indagine conoscitiva sulla salute mentale nel territorio e quindi sulle strutture private. Ci sono infatti strutture private convenzionate ma non abilitate all'assistenza psichiatrica. Ci sono strutture cosiddette geriatriche completamente abusive in cui si trovano centinaia e centinaia di sofferenti psichici. Fra queste molti cronicari; ad esempio, in Campania nel cronicario «S. Vincenzo», convenzionato con alcuni comuni, compreso quello di Napoli, sono ricoverate 300 persone di cui la maggioranza sono psicotici, rinchiusi in reparti isolati senza alcuna assistenza sanitaria specialistica. Nell'ospedale psichiatrico «Frullone» i ricoverati sono 140. Ci sono poi gli ospedali psichiatrici giudiziari. Bisogna superarli definitivamente e la nostra associazione ritiene che, in questa prospettiva, occorra subito affrontare il problema delle persone che rimangono per anni internate, anche dopo aver scontato la misura di sicurezza per la durata minima di due anni solo a seguito della semplice verifica da parte del giudice di sorveglianza dell'indisponibilità di strutture intermedie atte a riceverle. Così il malato, la vittima innocente, resta rinchiuso, mentre il responsabile della mancata realizzazione di queste strutture resta a piede libero (non dico, certo, che debba essere arre-

stato, ma che almeno sia indiziato di reato). Abbiamo inviato lettere ai ministri Bindi e Flick, abbiamo chiesto l'istituzione di una Commissione d'inchiesta, ma lo scandalo rimane: si tratta, di fatto, di una sospensione di diritti costituzionalmente garantiti, come se una persona che ha commesso un reato, scontati gli anni di pena, rimanesse in carcere per altri cinque o dieci anni.

Per quanto riguarda gli organi psichiatrici giudiziari, molti internati hanno già scontato la cosiddetta pena per fatti che, peraltro, non si configurano come reati.

Ripeto, bisogna prendere coscienza della dimensione reale del fenomeno della nuova cronicità tenendo presente i dati che riguardano i cronici, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura, vi sono, infine, i sofferenti psichici a carico delle famiglie. Nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, che servono per il trattamento delle crisi acute, i malati dovrebbero rimanere pochi giorni per poi passare eventualmente in strutture intermedie. In assenza di queste ultime, però, vi sono persone che vi rimangono per anni (a Napoli una persona vi è rimasta tre anni).

*ANDRETTA.* A Bologna un malato è rimasto addirittura dodici anni.

*DANIELE.* Sono nuovi *lager* manicomiali, insieme ai mini-manicomi familiari. Affrontiamo il problema nelle sue dimensioni reali: forse avremo una maggiore mobilitazione e un maggiore impegno in questa direzione.

Vi sono anche alcuni fatti positivi. Quando la legge finanziaria 1997 ha previsto che le regioni devono provvedere all'adozione di piani in attuazione del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-96», si è voluto intendere che non si può affrontare soltanto la chiusura dei manicomi, ma occorre considerare l'insieme dei servizi e delle strutture psichiatriche. C'è quindi un vincolo normativo che vale per tutti, che non può essere eluso, e se penalizzazioni devono esserci, queste devono valere per tutti, non solo per il manicomio. Per il vecchio sono previste penalizzazioni, ma per il nuovo? Il problema è lo stesso.

La regione Campania non ha però adottato – e noi lo abbiamo denunciato – lo strumento di pianificazione; ma soltanto una delibera con allegato un progetto composto da sole cifre. Pertanto noi, di fronte a questa situazione, abbiamo presentato un esposto all'autorità giudiziaria, alla procura della Repubblica di Napoli in cui denunciavamo la giunta regionale e l'Asl per abbandono di persone incapaci, per non aver ottemperato alle leggi e per non aver rispettato i diritti di tutte le persone sofferenti, perchè tutti, allo stesso modo, hanno diritto alla cura, alla salute ed ad un'assistenza civile e umana.

Nel corso dell'audizione è stato chiesto se le strutture residenziali esistono: rispondo che in tutta Italia sono pochissime. In Campania ci sono solo 40 posti letto rispetto ai 560 previsti dal progetto obiettivo.

Vorrei avanzare, come l'amico Volpi, una richiesta in relazione a quanto si è prima detto sulla quota capitaria: a noi occorre una normati-

va cogente in base alla quale la spesa storica destinata agli ospedali psichiatrici, deve essere utilizzata per le strutture da istituire sul territorio in relazione alla progressiva dismissione degli ospedali psichiatrici. Si sta profilando, invece, un'operazione in attivo per la regione Campania.

Per quanto riguarda la spesa storica, abbiamo denunciato alcuni anni fa la giunta regionale, perchè ben mille miliardi destinati agli ospedali psichiatrici erano stati distratti in altre direzioni. Adesso che una somma inferiore deve essere utilizzata sul territorio si parla di quota capitaria. La spesa corrente regionale destinata agli ospedali psichiatrici deve «seguire» il paziente che lascia l'ospedale, ma anche servire per la nuova utenza.

Bisogna, inoltre, attivare le procedure previste per il patrimonio immobiliare degli ex ospedali psichiatrici. Ci sono delle procedure precise: censimento, valore di mercato di dette aree, concertazione tra regione, Asl e comuni competenti per territorio, eccetera. È necessario un intervento in questa direzione.

Per quanto riguarda i Tsa, proprio perchè è dubbia l'interpretazione della normativa in materia, sono del parere che occorrerebbe una nuova regolamentazione nell'ambito dell'attuale legislazione del Tso. Infatti, in casi di situazioni di urgenza non differibili, il problema è di come garantire i diritti del malato, compreso il diritto alla salute. Altro problema è dover attuare questo intervento, in quali sedi. Certo la sede non può essere soltanto il servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

Infine, vorrei precisare che anche se ho parlato di «privato selvaggio», non sono, certo, contro il privato in generale. Adesso c'è anche il decreto del Presidente della Repubblica sui requisiti minimi che demanda alle regioni la determinazione degli *standard* di qualità per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private. È questo un problema di grande rilevanza.

MARTELLI. Quei requisiti servono per l'autorizzazione, perchè per l'accreditamento non c'è ancora niente.

DANIELE. Si demanda alle regioni la determinazione degli *standard* di qualità per l'accreditamento. Sono del parere che soltanto nel quadro delle scelte indicate è possibile affrontare positivamente il grande e drammatico problema della salute mentale.

BEVILACQUA. Credo di poter sottoscrivere quanto affermato dai colleghi che mi hanno preceduto. Cercherò di rispondere alle domande degli onorevoli senatori nel miglior modo possibile.

Qualcuno ha chiesto se siamo d'accordo con la chiusura dei manicomi. Certamente sì, come tutti hanno risposto, ma vorrei sottolineare che il mio sì non è conclusivo, perchè non vorrei che la nostra positività venisse scambiata con una approvazione *in toto* del sistema psichiatrico attualmente vigente. Diciamo sì alla chiusura dei manicomi così come sono stati presentati e conosciuti, cioè strutture prive di reale operatività sanitaria, decadenti sotto molti punti di vista, chiuse, in cui si entra e



non si esce: non solo non meriterebbero il nome di ospedali psichiatrici, ma forse nemmeno di manicomi. Si tratta solo di strutture non funzionanti, una vera vergogna italiana. Peraltro a questo faceva riferimento la signora Zardini quando diceva che rimane pur sempre vivo il problema della malattia cronica, che non può essere certamente risolto in strutture a permanenza limitata.

È stato sottolineato, infatti, che troppe volte nel merito primari zelanti tendono ad operare una sorta quasi di volontà guaritrice ad oltranza dei malati che sono stati inseriti nelle prime strutture residenziali costruite, perchè si deve dimostrare, nel giro di due anni, che il malato può essere restituito al territorio comunque vada l'opera di riabilitazione, proprio perchè si teme di ricadere nella lungodegenza. Occorre sottolineare che in alcuni casi, purtroppo, la lungodegenza non è un delitto di Stato bensì l'unica risorsa che per alcune persone che non hanno altre possibilità di sopravvivere con tutte le garanzie e le tutele possibili e immaginabili.

Ho voluto sottolineare questo punto perchè spiace qualche volta trovarsi in certe situazioni, come quella in cui il Ministro della sanità ad un mio intervento di cinque minuti, a tarda sera, ha risposto semplicemente, in maniera bruciante: «Sì, conosciamo le vostre posizioni». Spiace sentire che si pensi che i familiari dei malati di mente abbiano delle «posizioni»: voglio sottolineare che lo scopo dell'Associazione dei familiari dei malati di mente è la tutela, l'aiuto, la promozione, la salvaguardia dei diritti umani e civili dei loro familiari, non deroghiamo assolutamente da questa posizione. Se mi venisse chiesto che cosa fare con i manicomi, risponderei che possono benissimo essere chiusi, a patto che tutte le strutture alternative funzionino, a patto che il sistema funzioni per accogliere sia i vecchi casi che la nuova cronicità. Avete sentito dire, da parte di tutte le associazioni dei familiari, che la situazione è inadeguata alle esigenze, che siamo indietro, quasi all'abbandono.

Vorrei poi sottolineare che leggendo la bozza di progetto obiettivo che abbiamo ricevuto recentissimamente, abbiamo dato un modesto contributo, pochissime linee sintetizzate relativamente alla nostra lettura della bozza e alle critiche che muoviamo nei confronti di questo primo documento, che ci auguriamo possa essere riveduto e corretto. Infatti nasce da alcune affermazioni il sospetto che addirittura si proceda ad una riduzione dei posti letto. Si lascia aperta la possibilità di una riduzione dei già insufficienti posti letto che il precedente progetto obiettivo aveva previsto. Non vorremmo che questa fosse la strategia l'«inerte» manovra che sedendosi su trionfalismi e soddisfazioni non meritati raggiunti negli ultimi due anni, si cerca di portare avanti.

Ora sicuramente voi conoscete tutte le numerose proposte di riforma, di revisione e di correzione, non certo di distruzione, delle leggi nn. 180 e 833 che sono state presentate. La nostra associazione ha appoggiato una proposta che reca come prima firmataria l'onorevole Scoca, sottoscritta anche dall'onorevole Saia e da altri parlamentari di varie parti politiche.

Questa proposta – che inviterei chi non lo avesse ancora fatto a leggere – muove sicuramente verso un miglioramento della legge n. 180

del 1978, verso cioè un'applicazione strutturale. Per esempio, si propone una radicale modifica dell'attuale disciplina del trattamento sanitario obbligatorio e l'introduzione di un trattamento sanitario obbligatorio domiciliare. Ma l'importante è che le strutture e l'operatività delle Usl possano supportare queste richieste e queste normative.

Stupisce vedere che il dibattito su argomenti così interessanti non si sia ancora svolto in Parlamento e che anche nella società civile sia poco evidenziato. Esistono proposte interessantissime, che andrebbero supportate.

Non voglio prendere meriti che spettano all'onorevole Scoca ma sicuramente la letteratura da cui ella ha attinto le sue idee trae spunto dall'immensa letteratura che le associazioni dei familiari dei pazienti psichiatrici hanno partorito nel corso degli anni. Infatti, molte delle osservazioni promosse dalle associazioni stesse sono state raccolte e rielaborate secondo l'opera della parlamentare e rese finalmente proposta di legge concreta. Nella proposta dell'onorevole Scoca viene evidenziata la sensibilità, l'intenzionalità e il desiderio, almeno in senso lato, delle associazioni dei familiari e il modo in cui questi ultimi vivono e sentono il problema della malattia mentale.

Infine, vorrei rivolgermi alla senatrice Daniele Galdi. Ho apprezzato molto il suo invito rivolto alle associazioni dei familiari ed ai suoi colleghi della Commissione allo scopo di promuovere un convegno per un dibattito più aperto e non vincolato da orari. Magari fosse possibile, per noi sarebbe una grande soddisfazione!

Le associazioni spesso e volentieri promuovono convegni nelle loro realtà territoriali; si tratta di un enorme sforzo di organizzazione, un enorme sacrificio, anche in termini di costi, che permette di raggiungere risultati magari di piccolissima diffusione ma comunque dei risultati concreti.

Sarei felicissimo se il Parlamento ed il Senato in particolare, o anche il comune di Roma si decidessero ad intervenire *in toto* nella questione promuovendo un grande convegno. Sono ancora d'accordo con lei, senatrice Daniele Galdi, quando afferma che occorre lavorare insieme.

Non sono del tutto d'accordo, invece, con quanto da lei auspicato in chiusura del suo intervento. Mi è sembrato strano quanto lei ha affermato; probabilmente ho capito male.

DANIELE GALDI. Da questo incontro deduciamo che è necessario attuare determinate linee. Le risposte ai vostri problemi le trovo nel progetto-obiettivo di salute mentale. Bisogna vedere poi come attuare queste linee e quali sono le modifiche che noi come Parlamento dobbiamo apportare per andare nella direzione dell'attuazione.

È stato fatto poco fa l'esempio dell'uso farmaco. Forse si potrà risolvere questo problema; abbiamo solamente bisogno di un *input* per vedere quali sono gli ostacoli.

BEVILACQUA. Poichè ho letto la bozza del progetto-obiettivo 1997-1999, posso dire alla senatrice, da familiare da presidente dell'as-

sociazione «Psiche 2000», che così come predisposto non potrà funzionare. Non è previsto alcun criterio di verifica e di controllo per l'operatività e se non verrà modificato – lo dicevo anche la settimana scorsa – passeremo altri tre anni a sentirci prendere in giro. È necessario imporre un sistema rigidissimo di controlli.

Alcune regioni – ad esempio il Veneto – hanno istituito una commissione regionale di controllo il cui lavoro è coperto dal segreto. All'interno della commissione è presente un nostro familiare. Posso fare solamente un commento in proposito, a livello di giudizio emotivo: si tratta di un disastro; quello che stanno scoprendo primari e familiari si può riassumere solo così un disastro.

PRESIDENTE. Ringrazio, anche a nome della Commissione, tutti gli intervenuti per il contributo e gli spunti sicuramente interessanti che ci hanno fornito in considerazione del fatto che stiamo per redigere la nostra relazione conclusiva su questa indagine conoscitiva. È nostro desiderio riprendere l'intera questione e verificare qual è lo stato di attuazione sul territorio delle strutture alternative al residuo manicomiale.

TOMASSINI. A nome del Gruppo Forza Italia e alla luce delle gravi denunce che sono emerse oggi e che sono state riportate nel resoconto stenografico, chiedo un'audizione urgente del Ministro in Commissione.

PRESIDENTE. È già prevista un'audizione in Commissione del Ministro della sanità a conclusione dei lavori, dopo quella dei rappresentanti delle società scientifiche psichiatriche, dei rappresentanti delle proprietà degli ospedali privati convenzionati e dei lavoratori ivi operanti.

TOMASSINI. Non direi a conclusione, ma in seguito all'audizione odierna.

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 17.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. LUIGI CIAURRO

