

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

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

1° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 17 SETTEMBRE 1996

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE**Audizione di rappresentanti del Ministero della sanità**

PRESIDENTE	Pag. 3, 11, 22 e <i>passim</i>	D'ARI	Pag. 5, 24, 25
CAMERINI (<i>Sin.Dem.-L'Ulivo</i>)	18	FALCITELLI	3, 19, 23
DANIELE GALDI (<i>Sin.Dem.-L'Ulivo</i>)	21		
DE ANNA (<i>Forza Italia</i>)	18		
DI ORIO (<i>Sin.Dem.-L'Ulivo</i>)	11, 25		
LAVAGNINI (<i>PPI</i>)	20		
MARTELLI (<i>AN</i>)	13		
MONTELEONE (<i>AN</i>)	19		
NAPOLI Roberto (<i>CCD</i>)	14		
TOMASSINI (<i>Forza Italia</i>)	17		

Intervengono, in rappresentanza del Ministero della sanità, il dottor Nicola Falcitelli, dirigente generale del Dipartimento della programmazione, e il dottor Raffaele D'Ari, dirigente del Dipartimento delle professioni sanitarie e delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale.

I lavori hanno inizio alle ore 17,10.

Audizione di rappresentanti del Ministero della sanità

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

Come i colleghi sanno, inizia oggi un'indagine che la nostra Commissione ha voluto per acquisire tutti gli elementi in materia anche in vista di una scadenza ormai imminente, quella indicata dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724, articolo 3, comma 5, che appunto prevede la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici sul territorio nazionale entro il 31 dicembre di quest'anno.

Non voglio qui ricordare l'importanza di tale questione, visto che la Commissione sanità del Senato all'unanimità ha deciso di avviare un'indagine conoscitiva che proseguirà con le audizioni degli assessori alla sanità delle regioni. Procederemo quindi ad alcune visite per verificare la situazione presente sul territorio nazionale.

Oggi è in programma l'audizione di rappresentanti del Ministero della sanità. La seduta odierna prevedeva la presenza del Ministro della sanità, ma ha comunicato che, a causa di precedenti inderogabili impegni, oggi non sarebbe stata presente all'audizione. Tuttavia ha assunto con la Presidenza l'impegno ad intervenire in una fase successiva, mentre oggi sono qui in sua rappresentanza il dottor Nicola Falcitelli, dirigente generale del Dipartimento della programmazione, e il dottor Raffaele D'Ari, dirigente generale del Dipartimento delle professioni sanitarie e delle risorse umane e tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale.

Cedo loro la parola per una relazione espositiva sulle questioni oggetto dell'indagine.

FALCITELLI. Signor Presidente, il dottor D'Ari ed io siamo qui per riferire sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue; in particolare, il dottor D'Ari illustrerà la problematica esistente, mentre per parte mia esporrò la situazione che oggi abbiamo di fronte.

Sappiamo tutti che la chiusura degli ospedali psichiatrici è prevista dal progetto-obiettivo nazionale sulla tutela della salute mentale

1994-1996, approvato con il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994: è previsto chiaramente infatti, insieme ad altri interventi, il superamento degli ospedali psichiatrici. Quel progetto-obiettivo, però, non individuava un termine per la loro chiusura, mentre la legge finanziaria per il 1995, la n. 724 del 1994, all'articolo 3, comma 5 come prima ricordato dal Presidente, ribadendo tale fine, ha fissato come termine ultimo la data del 31 dicembre 1996.

In vista di questa scadenza, il Dipartimento della programmazione del Ministero della sanità ha compiuto un'indagine visitando tutte le regioni, ad eccezione, a oggi, di Veneto ed Emilia Romagna e della provincia autonoma di Trento, che comunque saranno visitate prossimamente, comunque entro la fine del mese di ottobre.

Dall'indagine svolta risulta che attualmente esistono ancora 62 istituti psichiatrici pubblici e 14 istituti psichiatrici privati, per un totale di 76 istituti psichiatrici, variamente distribuiti nelle regioni. In alcune regioni - Valle D'Aosta, Molise e Basilicata - e nella provincia autonoma di Bolzano sono assenti gli istituti psichiatrici pubblici; queste zone fino al momento attuale hanno usufruito di strutture esistenti in altre regioni limitrofe.

La distribuzione degli istituti psichiatrici pubblici vede al primo posto di una ipotetica graduatoria la regione Lombardia con dodici istituti; seguono il Veneto con nove istituti; la Toscana, l'Emilia Romagna, la Campania e la Sicilia con cinque; il Lazio e il Piemonte con tre; le altre regioni hanno uno o due istituti psichiatrici.

Il totale dei posti letto attualmente esistenti negli istituti psichiatrici è di 12.951, mentre in quelli privati è di 7.340, per un totale di 20.291 posti letto. Dall'indagine fatta, nell'anno 1996 risultano ricoverati ancora 11.516 pazienti negli istituti pubblici e 4.752 negli istituti privati, per un totale di 16.268 soggetti.

Per quanto riguarda gli istituti psichiatrici privati, questi esistono soltanto in alcune regioni: in Piemonte (un istituto), in Lombardia (tre istituti), nel Lazio (tre istituti), in Abruzzo (due istituti), in Puglia (due istituti), in Calabria (un istituto), in Sicilia (due istituti). Le altre regioni non hanno istituti psichiatrici residuali privati.

Nell'indagine condotta - che, come ho detto, ha abbracciato quasi tutte le regioni ad eccezione di tre, che saranno visitate nei prossimi giorni - contemporaneamente sono stati visitati anche alcuni ospedali per verificare lo stato degli ospiti ricoverati; per ogni regione sono stati visitati uno o due ospedali psichiatrici.

A seguito di tale verifica ci troviamo a riscontrare una situazione che vede in quasi tutti gli ospedali psichiatrici l'avvio di una progettazione per il superamento degli ospedali stessi; in alcuni casi la progettazione relativa alla chiusura è in fase avanzata e per taluni di essi la chiusura è prevedibile o prevista per il 31 dicembre 1996. Purtroppo la previsione di chiusura entro questa data vale solo nei confronti di 5 ospedali psichiatrici dei 62 esistenti.

È stato riscontrato anche che negli ultimi anni, a partire dal 1992 ad oggi, 18 istituti psichiatrici residuali sono stati chiusi formalmente, anche se in qualcuno è ricoverato ancora qualche soggetto in attesa di essere trasferito presso altre strutture.

Gli istituti psichiatrici che sono stati chiusi sono 18; si tratta degli ospedali di Reggio Calabria, Arezzo, Collegno, Grugliasco, Sant'Ambrogio di Valpolicella, Rovigo, Sacile, Noventa Vicenza, Monselice, Oderzo, Feltre, Treviso, Valdobbiadene, del Roncati di Bologna, del Lolli di Imola, delle strutture di Perugia e di Gorizia e della succursale femminile di Sottoselva dell'ospedale psichiatrico di Udine.

Per quanto riguarda il programma di dismissione degli altri ospedali, signor Presidente, consegno alla Commissione un documento da cui risulta, regione per regione, la situazione di ciascun istituto psichiatrico. Posso dire, comunque, sempre riferendomi agli ospedali pubblici, che in Piemonte, su tre ospedali psichiatrici in due è stato dato avvio alla realizzazione del progetto di chiusura; in uno è in fase iniziale, in un altro in fase avanzata. Per quanto riguarda la regione Lombardia che, come ho già ricordato, ha il maggior numero di ospedali psichiatrici, risulta in fase di inizio o in fase avanzata la realizzazione dei progetti di chiusura. Nella provincia autonoma di Trento e nella regione Veneto la verifica è ancora in corso di svolgimento e quindi non conosciamo la situazione per quanto riguarda la prima, dell'unico ospedale psichiatrico in essa esistente per quanto riguarda la seconda, dei suoi nove ospedali psichiatrici. Nella regione Friuli Venezia Giulia l'unico ospedale esistente è in fase avanzata di chiusura. Dei due ospedali psichiatrici della Liguria, in uno risulta in fase avanzata la realizzazione del progetto di chiusura, mentre nell'altro non è stata ancora avviata. Anche nella regione Emilia Romagna è in corso di svolgimento la verifica. In Toscana vi sono cinque ospedali psichiatrici: in uno risulta in fase avanzata la realizzazione del progetto di chiusura, in altri due è stata avviata in questo periodo, nei rimanenti ancora deve iniziare. Per quanto riguarda la regione Marche, risulta in elaborazione o in fase avanzata la realizzazione dei progetti di chiusura dei suoi quattro ospedali. Nella regione Lazio è stata avviata la realizzazione del progetto di chiusura di un ospedale; essa risulta invece in fase avanzata per gli ospedali di Santa Maria della pietà di Ceccano e di Santa Maria della pietà di Roma. Risulta in fase avanzata la realizzazione dei progetti di chiusura di tutti e due gli ospedali della regione Abruzzo e di tutti e cinque gli ospedali psichiatrici della regione Campania. In Puglia per un ospedale psichiatrico il progetto di chiusura, è in fase di avanzata realizzazione mentre per l'altro deve essere ancora avviato. Solo per due ospedali dei cinque istituti psichiatrici della regione Sicilia è stato avviato il progetto di chiusura. Per entrambi gli ospedali della Sardegna, quelli di Sassari e di Cagliari, non è stato avviato alcun progetto di chiusura.

Nel complesso, signor Presidente, dei 62 ospedali psichiatrici pubblici tuttora in funzione, per 30 risulta in fase avanzata la realizzazione dei progetti di chiusura. Per cinque di questi ospedali è prevista la chiusura entro il 31 dicembre 1996: si tratta dell'ospedale di Sondrio, del Pini di Milano, degli ospedali di Cremona e Mantova e del Santa Maria di Collemaggio dell'Aquila. Per gli altri 25 istituti psichiatrici è prevista la chiusura entro il primo semestre del 1997; per quanto riguarda le altre 32 strutture manicomiali, è auspicabile che si giunga ad un completamento della loro dismissione entro l'anno 1997.

D'ARI. Signor Presidente, onorevoli senatori, ricordo che sono preposto al Dipartimento delle professioni sanitarie delle risorse umane e

tecnologiche in sanità e dell'assistenza sanitaria di competenza statale. Mi occupo soprattutto degli ospedali e, nell'ambito di questi, del cosiddetto residuo manicomiale degli ex ospedali psichiatrici che, come è stato già detto, dovrebbero chiudere entro il 1996. In sostanza entro quest'anno si dovrebbe concludere quel lungo e travagliato cammino, iniziato nel 1978, diretto al superamento dell'istituto manicomiale, al decentramento dell'assistenza psichiatrica sul territorio e al reinserimento sociale del malato nella famiglia e nella comunità.

Questo cammino ha avuto il primo avvio con la legge 13 maggio 1978 n. 180, cui ha fatto seguito quasi immediato la legge di riforma sanitaria, che ne ha sostanzialmente riprodotto i principi.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, nel disciplinare definitivamente la materia, prevedeva il divieto di nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici (che allora erano circa 90) e stabiliva, in relazione ai pazienti già internati, il limite di utilizzazione delle strutture ospedaliere fino al 31 dicembre 1980.

L'obiettivo del superamento dell'ospedale psichiatrico nei tempi relativamente brevi (anzi brevissimi considerata l'esperienza che abbiamo vissuto) previsti dalle suindicate disposizioni delle leggi nn. 180 e 833 non è stato raggiunto, salvo che in pochissime realtà, per una serie di motivi da individuarsi anzitutto nella mancanza del Piano sanitario nazionale e poi nella carenza o insufficienza di strutture e servizi territoriali alternativi. Il mancato raggiungimento dell'obiettivo del superamento dell'istituto manicomiale ha riguardato e riguarda soprattutto i malati con manifestazioni psichiatriche più gravi e a rischio di cronicità, nonché ovviamente coloro che erano già stati ricoverati prima dell'entrata in vigore della legge n. 180 e quelli ricoverati a vario titolo in epoche successive. I primi, quelli cioè con manifestazioni psichiatriche più gravi e a rischio di cronicità, hanno spesso trovato una soluzione all'esigenza di assistenza continua in strutture private che hanno svolto, e svolgono ancora, una funzione di supplenza nei confronti del sistema pubblico. I secondi, quelli cioè che erano già stati ricoverati all'epoca dell'entrata in vigore della legge n. 180 o che sono stati ricoverati a vario titolo in epoche successive, sono stimati in circa 16.000 unità, come ha già sottolineato il dottor Falcitelli.

Sulle circa 80.000 unità dimesse dai manicomi dal 1978 ad oggi non si hanno dati ufficiali. È stato comunque calcolato, in relazione anche all'età dei dimessi, che presumibilmente un terzo sia deceduto per cause naturali; gli altri sono ricoverati o ospiti di comunità terapeutiche riabilitative, di residenze sanitarie assistenziali, di istituzioni geriatriche e strutture private. Una quota non marginale è stata certamente reinserita nelle famiglie e nella società.

Per quanto riguarda le strutture pubbliche che erogano esclusivamente assistenza psichiatrica, in base agli elementi conoscitivi in possesso dell'Amministrazione si può affermare (come ha già detto il dottor Falcitelli) che sono ancora attivi ad oggi 62 ospedali psichiatrici; le strutture private, invece, assommano a 14. Questi dati non trovano concordanza con quelli che avete già ricevuto dall'Istituto di medicina sociale che, svolgendo un'indagine nel settore, al 31 dicembre 1995 ha censito 79 strutture pubbliche e 18 strutture private. Si ritiene che tale discordanza dovuta al fatto che il censimento è stato effettuato in mo-

menti temporali differenziati e in relazione ad una situazione non statica ma suscettibile di modifiche anche in tempi successivi. Al momento i ricoverati risultano essere complessivamente 16.268, come ha già detto il dottor Falcitelli.

La situazione rispetto al 1978, cioè all'inizio del processo di superamento degli ospedali psichiatrici, va esaminata sotto un duplice profilo: quello relativo al numero delle strutture e quello riguardante il numero dei ricoverati. Per quanto riguarda il numero delle strutture pubbliche, la riduzione che si è registrata non è stata particolarmente significativa: essa si è attestata su circa 30 strutture in meno. In contrapposizione a tale tendenza, la riduzione del numero dei pazienti invece è stata rilevante e si può senz'altro ritenere ormai in una fase conclusiva.

Non si hanno dati verificati sulla tipologia dei pazienti ancora ricoverati. Secondo le valutazioni degli esperti e salvo ovviamente le specifiche situazioni riscontrabili in ciascun ospedale, i pazienti ancora ricoverati negli ospedali psichiatrici possono essere suddivisi in tre categorie che si ricollegano alle tipologie clinico-assistenziali dei pazienti stessi.

La prima categoria concerne quei soggetti che possono essere dimessi nei prossimi mesi o, comunque, in tempi relativamente brevi (6-12 mesi). Si tratta di soggetti che presentano patologie e disabilità che non richiedono particolari interventi di assistenza sanitaria continua e hanno già acquisito una sufficiente autonomia attraverso interventi riabilitativi e risocializzanti già conclusi all'interno degli ospedali psichiatrici o in corso di conclusione. Tali soggetti devono essere assegnati a strutture con tipologie di tipo familiare (gruppi appartamento o comunità alloggio, altrimenti dette case famiglia e case albergo).

Per gli aspetti sanitari, queste strutture saranno necessariamente affidate al Dipartimento di salute mentale (anche se non si tratta di strutture sanitarie in senso stretto) fin quando i malati non hanno particolari esigenze di assistenza continua. Si ritiene comunque che almeno nella fase iniziale, per garantire una più adeguata gestione del passaggio del malato dagli ex ospedali psichiatrici alle nuove strutture, queste dovrebbero essere considerate strutture sanitarie in senso stretto e dovrebbero far parte dei servizi del Dipartimento di salute mentale e non essere affidate immediatamente alla responsabilità degli enti locali, come in prospettiva dovrebbe avvenire.

Quindi, prescindendo comunque dall'affidamento in futuro di tali strutture alla responsabilità degli enti locali, è evidente che il Dipartimento di salute mentale dovrà comunque assicurare tutti gli interventi e le prestazioni sanitarie anche di natura domiciliare.

I soggetti che appartengono a questa categoria sono stimati dagli esperti in circa il 20-22 per cento della popolazione ancora residente nell'ambito degli ospedali psichiatrici. La durata della permanenza di detti soggetti nelle nuove strutture è direttamente correlata alla capacità di condurre una vita autonoma e alla possibilità di reinserimento nelle famiglie oltre che nella comunità di origine.

Per il carattere non prettamente sanitario delle strutture, gli ospedali dovrebbero contribuire, in relazione alle proprie disponibilità economiche, alle spese di gestione delle strutture stesse.

La seconda categoria, che costituisce la parte più consistente dell'attuale popolazione degli ex ospedali psichiatrici (dal 40 al 50 per cento),

è costituita da soggetti che necessitano, per periodi di tempo non brevi, di interventi mirati alla riabilitazione psichiatrica e al reinserimento sociale. Tali soggetti costituiscono i cosiddetti «cronici».

Anche per tali soggetti è necessario prevedere una dimissione ed un trasferimento in comunità terapeutico-riabilitative nelle quali attuare specifici e personalizzati interventi riabilitativi.

Dette strutture, che hanno un carattere essenzialmente sanitario, debbono essere gestite direttamente dal Dipartimento di salute mentale; per un'efficace ed idonea azione terapeutica e per un'adeguata funzionalità si ritiene che le stesse dovrebbero accogliere al massimo 20 ospiti, in stanze da uno o due letti. L'assistenza sanitaria andrebbe assicurata per tutte le 24 ore.

Le strutture che ospitano le comunità terapeutico-riabilitative dovrebbero essere allocate preferibilmente all'esterno delle attuali strutture manicomiali, questo per creare una soluzione di continuità con l'attuale situazione anche dal punto di vista logistico.

Vi è da considerare che il tempo, necessariamente non breve, e le risorse finanziarie che la sistemazione *extra moenia* comporta rendono meno realista l'ipotesi che la soluzione sopraesposta possa essere realizzata per tutti i malati interessati. In alcuni casi sarà quindi necessario utilizzare locali degli ex ospedali psichiatrici, previamente ed adeguatamente ristrutturati in moduli indipendenti con un massimo di 20 malati.

Ciò che si appalesa assolutamente necessario è che nelle comunità costituite nell'ambito degli ex ospedali psichiatrici non debbano essere accolti nuovi pazienti, fatta ovviamente eccezione per i pazienti già attualmente ricoverati e dimessi temporaneamente per ricovero in altri ospedali o periodi di vacanza o visite ai parenti.

È questo un principio che deve essere salvaguardato con il massimo rigore per evitare che il riutilizzo delle aree manicomiali per una nuova utenza psichiatrica porti a far sopravvivere gli ex ospedali psichiatrici.

Pertanto, le strutture residenziali eventualmente costituite nelle aree degli ex ospedali psichiatrici non devono in ogni caso essere utilizzate per pazienti nuovi, ossia per i pazienti che non fanno parte dell'attuale popolazione manicomiale.

L'effettiva volontà del superamento del cosiddetto residuo manicomiale, sia dal punto di vista formale che sostanziale, si potrà valutare con riferimento soprattutto alla reale consistenza di tali degenti nei prossimi mesi, alla contestuale soppressione dei posti letto nei reparti ed al trasferimento dei ricoverati in piccole strutture residenziali *extra o intra moenia*, ovviamente in un quadro di compatibilità con le risorse economico-finanziarie disponibili allo scopo.

Questa è la categoria più importante degli attuali residui manicomiali.

Una terza categoria, valutabile in circa un terzo degli attuali ricoverati, è costituita, da una parte, da soggetti non autosufficienti che necessitano di assistenza geriatrica (di norma ultrasessantacinquenni) con condizioni psico-patologiche tipiche dell'età avanzata aggravate da lungo periodo di segregazione e, dall'altra, da soggetti con menomazioni psicofisiche e sensoriali che necessitano, oltre che

degli interventi specifici, anche ed essenzialmente di quelli assistenziali e riabilitativi propri dei disabili.

Tali soggetti con problemi geriatrici o di *handicap* devono essere sistemati in residenze sanitarie assistite che possono essere costituite utilizzando anche strutture degli ex ospedali psichiatrici, ovviamente riadattate. Tali strutture, da costituire espressamente come residenze sanitarie assistite, conformemente alla disciplina nazionale e regionale in materia, devono comunque operare in stretto collegamento con il Dipartimento di salute mentale.

Questa è la categoria qualificata a mio avviso, impropriamente come quella dei residui manicomiali, in quanto concerne pazienti disabili o soggetti non motori.

In sede di approvazione della legge n. 724 del 1994 il Senato, con un apposito ordine del giorno, suggerì al Governo la costituzione di un Osservatorio sul superamento dei manicomi, con la partecipazione di operatori, associazioni di volontariato e dei familiari, oltre che di rappresentanti istituzionali. L'Osservatorio è stato poi costituito con decreto ministeriale del 24 maggio 1995. Ad esso sono state attribuite funzioni consultive generali e di proposta al Ministero della sanità in materia psichiatrica, con particolare riferimento alle iniziative ed ai progetti specifici per il superamento del residuo manicomiale. L'Osservatorio si articola in tre sezioni: la prima sul superamento specifico dei manicomi, la seconda sull'attuazione di un progetto-obiettivo e la terza sulla valutazione ed epidemiologia. È in corso di costituzione una quarta sezione per le specifiche problematiche degli ospedali psichiatrici giudiziari, che sarà coordinata dal rappresentante del Ministero di grazia e giustizia presente nell'Osservatorio.

L'Osservatorio, nel corso dei suoi lavori, ha provveduto ad elaborare una proposta di linee-guida per la chiusura degli ex ospedali psichiatrici nonché una proposta relativa ai requisiti delle strutture psichiatriche ai fini dell'accreditamento; inoltre, è in avanzata fase di elaborazione un documento per la regolamentazione organica del Dipartimento di salute mentale con tutte le strutture ad esso connesse.

Il documento sul superamento del residuo manicomiale, denominato Progetto superamento manicomi, è stato trasmesso per il parere alle regioni ed è già a conoscenza degli operatori del settore in quanto pubblicato dalla stampa.

Le linee-guida predisposte dall'Osservatorio per la chiusura degli ex ospedali psichiatrici prevedono sostanzialmente i filoni di intervento in base alla tipologia dei ricoverati che ho illustrato.

Come ha già riferito il dottor Falcitelli sullo stato di attuazione dei progetti di superamento degli ospedali psichiatrici, emerge che le regioni hanno già assunto concrete iniziative per il rispetto, anche formale, del termine del 31 dicembre 1996. Non si può comunque fare a meno di esprimere perplessità sulla reale possibilità che il completamento del processo avvenga entro il corrente anno (è sostanzialmente impossibile), pur essendo unanimemente riconosciuto tra tutti gli addetti ai lavori che il processo del superamento del residuo manicomiale è ormai irreversibile, anche se ciò non potrà avvenire in tempi brevissimi.

Tenuto conto anche della riduzione della popolazione ancora residente negli ex ospedali psichiatrici, si ritiene che non siano più possibili

soluzioni ed interventi di massa; appare essenziale che si addivenga alla elaborazione di progetti riabilitativi personalizzati che tengano conto della durata del ricovero, della storia personale, della malattia specifica, della disabilità e delle concrete possibilità di recupero, della famiglia e delle risorse personali e familiari, dell'esistenza o della costituzione di servizi sul territorio. I progetti devono essere realizzati in stretta collaborazione fra gli operatori degli ex ospedali psichiatrici, quelli del Dipartimento di salute mentale e le associazioni del volontariato, nonché le associazioni dei familiari e le stesse famiglie.

Esigenza imprescindibile è che la chiusura non comporti dimissione selvaggia, come si è verificato in passato in alcuni casi, o trasformazioni che confermino sostanzialmente l'attuale realtà di emarginazione, anche se in nuove strutture e istituzioni.

Il quadro non sarebbe completo se contestualmente non si intervenisse per assicurare un incremento dei posti letto per la degenza psichiatrica. Questi sono attualmente sottodimensionati e non in grado di corrispondere in pieno all'emergenza psichiatrica che, come è da tutti riconosciuto, è il momento più drammatico, per il malato e la famiglia e non può essere sottovalutato. Tuttavia attualmente quelle che risultano davvero insufficienti sono le strutture da destinare alla fase del post-acuzie, vale a dire le strutture residenziali necessarie dopo la degenza psichiatrica urgente, che bisogna potenziare per rispondere adeguatamente alle esigenze conseguenti al superamento della fase acuta e che il progetto obiettivo nazionale «Tutela della salute mentale» ha, forse, non sufficientemente considerato.

Un ulteriore problema che non può essere ignorato è quello degli ospedali psichiatrici giudiziari. Nel momento in cui si discute del superamento di tali istituti e si arriva concretamente al giorno antecedente alla chiusura dei manicomi non può non essere affrontato anche questo problema.

Attualmente il malato di mente, autore di reato e giudicato socialmente pericoloso, viene sottoposto all'unico regime di misura di sicurezza costituito dall'ospedale psichiatrico giudiziario.

Ferma l'esigenza di salvaguardare la comunità nei confronti dei soggetti considerati socialmente pericolosi, sarebbe auspicabile una approfondita riflessione sull'attuale ordinamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, anche se l'argomento presenta momenti di particolare delicatezza in quanto vi sono da contemperare svariate esigenze, tra le quali primeggia quella della tutela della collettività.

In particolare sarebbero da approfondire soluzioni che, da una parte, non mettano in discussione, per evidenti motivi, il mantenimento dell'istituto della misura di sicurezza e, a maggior ragione, la non imputabilità per vizi di mente e, dall'altra, consentano, almeno per gli autori di reati meno gravi, di scontare la misura di sicurezza in particolari strutture e residenze costituite fuori dagli ospedali psichiatrici giudiziari gestite in stretta collaborazione o direttamente dai servizi di salute mentale del territorio.

In sostanza si dovrebbe valutare la possibilità di affidare al Servizio sanitario nazionale nei casi in cui ciò sia possibile, in ragione della gravità del reato e delle esigenze di sicurezza, il malato di mente, reo giudicato socialmente pericoloso e sottoposto a misura di sicurezza, superan-

do l'attuale discriminazione fra soggetti con eguale diritto alla tutela della salute.

Ritengo che il Ministero di grazia e giustizia condivida l'esigenza del riordinamento del settore. Ovviamente sono molto complesse le problematiche (di natura giuridico-normativa, di impatto e di allarme sociale, di rapporti fra istituzioni, di oneri finanziari, di personale) che ogni soluzione solleva, ma ritengo che l'Italia non possa non sperimentare, come altri paesi europei, una reale alternativa agli ospedali psichiatrici giudiziari almeno per alcune categorie di autori di reato.

La tradizione psichiatrica italiana, che è all'avanguardia nel mondo per alcuni aspetti, consente di essere fiduciosi. In alcune regioni, come l'Emilia Romagna, sono già allo studio progetti in tal senso. Anche l'Osservatorio sul superamento dei manicomi, come ho già accennato, elaborerà una proposta al riguardo.

PRESIDENTE. I senatori che intendono porre quesiti ai rappresentanti del Ministero della sanità hanno facoltà di parlare.

DI ORIO. Signor Presidente, innanzi tutto vorrei esprimere apprezzamento per la sua tempestività nell'avviare un'indagine conoscitiva che ci sta portando ad affrontare un argomento di grande importanza. Poichè sono ben consapevole dell'atteggiamento del ministro Bindi e della sua attenzione per i problemi delle fasce più emarginate della popolazione, proprio partendo da questo giudizio e da questo apprezzamento, mi permetto di dire che ritengo la sua assenza in questa Commissione un errore, comunque essa sia motivata e giustificata finchè si vuole. Ciò vale anche per l'assenza dei Sottosegretari. Non so se sono già state conferite le deleghe, ma credo che la materia di cui ci stiamo occupando avrebbe potuto essere delegata ad un Sottosegretario per avere in questa sede un confronto con l'Esecutivo. Ritengo infatti che questo sia un argomento dal carattere squisitamente politico.

Le cose che ci ha detto il dottor Falcitelli, che apprezzo e stimo da anni, sono riportate sui giornali; così pure sono conosciuti i dati riportati dal dottor D'Ari. In questa sede, invece, ci interessa un confronto con l'Esecutivo, signor Presidente, e quindi non posso non lamentare l'assenza dei rappresentanti del Governo. Ripeto, capisco che il Ministro possa essere chiamato da altri impegni (in questo periodo ne ha molti), però avrebbe potuto delegare un Sottosegretario in modo da permettere un confronto politico, anche perchè i fatti che sono stati oggetto dell'esposizione dei nostri illustri ospiti - e non intendo mancare loro di cortesia - erano già sufficientemente noti: non mi pare che si sia aggiunto nulla a quanto già conosciamo. Il momento politico è diverso, il ruolo politico è completamente diverso.

Comunque, anche in assenza del Ministro o dei Sottosegretari, debbo fare alcune considerazioni di carattere politico, anche perchè credo che questo sia l'ambito in cui siamo chiamati per un confronto.

Abbiamo una scadenza fissata, assolutamente determinata. Appartengo a una corrente di pensiero che dà un certo affidamento ai giornali; non sono tra quelli che partono sempre dal presupposto che essi riportino notizie sbagliate. Ebbene, leggo da «Il Sole-24 Ore» - un giornale certo non scandalistico, nè giacobino, nè affetto da altre devianze di

ordine ideologico - che secondo il Ministero della sanità la scadenza del 31 dicembre prossimo è soltanto sollecitatoria e non perentoria. Vorrei sapere chi, come e perchè ha formulato questa interpretazione. Al di là di smentite che possono esserci oppure no, devo ritenere, proprio rispetto ai fatti, che questa sia stata veramente l'interpretazione del Ministero. Infatti abbiamo solo 5 ospedali che chiuderanno alla scadenza stabilita da questo Parlamento: 5 su 62. E questo è un punto che va immediatamente chiarito, signor Presidente. Vorrei che lei alla prima occasione possibile facesse presente che, al di là di chi rappresenta l'Esecutivo in una fase storica o nell'altra, le scadenze previste in una legge così importante come quella finanziaria devono comunque trovare rispetto: non c'è voce ministeriale, tecnica o politica che possa affermare che le scadenze del Parlamento sono sollecitazioni e nulla più. Però così è stato detto, così viene detto in molti ambienti.

Ritengo che sia subito necessaria una risposta politica (e non tecnica, mi consentano gli illustri ospiti) sulle 57 strutture manicomiali che non chiuderanno alla scadenza prevista dal Parlamento di questo paese. Mi auguro che non vi sia la solita risposta che da qualche tempo a questa parte stranamente si sente ripetere come triste avvio del federalismo, ossia che è responsabilità delle regioni.

Voglio ricordare brevemente i fatti a monte di tale questione. Abbiamo creato un Osservatorio - lo ricordava il dottor D'Ari - che ha stabilito alcune linee guida per il superamento degli ex ospedali psichiatrici. Mi risulta però che tali linee guida non siano divenute oggetto di alcuna disposizione e che quindi non si sia espressa una precisa volontà politica. Mi corregga il dottor D'Ari, ma credo che le linee siano state consegnate a fine marzo, e tuttavia non sono mai state emanate.

Ritengo che questo sia un aspetto molto importante. In relazione a tale argomento penso che sia assai significativo il fatto che una linea guida, prevista da un ordine del giorno approvato dal Parlamento, che deve avere comunque una conclusione, non sia stata data.

Desidero ricordare che le strutture manicomiali residue assorbono circa 1.500 miliardi (se non sono errati i calcoli che posseggo) dei 3.000 miliardi destinati complessivamente alla psichiatria. Quindi, la mancata attuazione di una decisione del Parlamento ci sta costando 1.500 miliardi.

Onorevoli colleghi, dobbiamo anche occuparci del problema della realizzazione delle strutture alternative. Il problema dell'assistenza psichiatrica è prima di tutto un problema di carattere etico, morale. Molto spesso noi facciamo dichiarazioni che riguardano gli emarginati, le persone che più soffrono; poi però di fronte a fatti concreti non sappiamo pervenire alle giuste conclusioni e conseguenze dei nostri giudizi. Tutti noi conosciamo molto bene lo stato in cui versano le strutture pubbliche in cui vivono i circa 11.500 ricoverati, che certamente non possiamo definire strutture alberghiere di prima categoria.

Signor Presidente, anche per questi motivi deve essere considerato con molta attenzione un altro aspetto. Dobbiamo svolgere l'indagine conoscitiva in corso con una precisa volontà politica. Dobbiamo accertare: per quale motivo non si è adempiuto ad un dettato del Parlamento; perchè le linee guida, pur essendo state predisposte, non sono state firmate; quale lavoro abbia svolto l'Osservatorio; quali strutture alternative siano

state realizzate per alleviare la sofferenza degli attuali ricoverati nelle strutture manicomiali. Rispetto a tutto ciò, penso che passi in secondo piano una elaborazione di carattere statistico-quantitativa, sia pure interessante, come quella che è stata fatta. È necessaria una particolare attenzione politica nei confronti del problema dell'assistenza psichiatrica, anche perchè ritengo che sia un fatto gravissimo che si registrino questi ritardi nell'attuazione di quanto disposto dalla legge n. 724 del 1994, che gli istituti psichiatrici pubblici tuttora in funzione siano ancora circa 60 e che vi siano migliaia di pazienti ricoverati in condizioni di degrado. Ripeto: tutto ciò perchè non si è preceduto con tempestività a dare attuazione ad una deliberazione del Parlamento.

MARTELLI. Signor Presidente, mi aspettavo che il senatore Di Orio concludesse il proprio intervento chiedendo le dimissioni del ministro Bindi. Io non voglio chiedere le dimissioni del ministro Bindi; anzi sono felice che oggi non sia potuto intervenire e che siano presenti due direttori generali del Ministero della sanità. Per quale motivo? Il ministro Bindi ricopre quest'incarico da circa tre mesi; i direttori del Ministero della sanità lavorano in questo Dicastero da almeno vent'anni e quindi conoscono tutta la storia degli ospedali psichiatrici e della sanità italiana dal 1978 ad oggi. Comunque ciò che mi ha meravigliato è il fatto che i dottori Falcitelli e D'Ari ci abbiano raccontato una storiella che tutti conosciamo, che forse poteva essere narrata da qualche associazione di volontariato. Non ci hanno spiegato, invece, per quale motivo il Ministero della sanità, che svolge anche funzioni di controllo, non ci ha comunicato tutti questi dati anni fa. Nulla è stato fatto per evitare che le strutture manicomiali diventassero dei letamai, dei gulag, perchè di questo si tratta. Non capisco perchè si debba procedere soltanto ora, magari con un Osservatorio, quando l'attività di controllo rientra tra i compiti del Ministero della sanità. Che funzione ha altrimenti se non quella di controllo, visto che oramai tutto l'onere della gestione è passato alle regioni? Per svolgere questo compito non è necessaria una moltiplicazione di enti, quale l'Osservatorio costituito l'anno scorso; tutto ciò poteva già essere stato fatto.

Per quale motivo, a tre mesi dalla data prevista per la chiusura degli ospedali psichiatrici, vengono tirati fuori questi dati che tutti conosciamo? Perchè rappresentanti del Ministero effettuano questa verifica negli ultimi sei mesi, quando si è a conoscenza di questa situazione vergognosa da anni? È dal Ministero che debbono provenire gli indirizzi e gli orientamenti; perchè non sono stati dati? Perchè aspettiamo gli ultimi tre mesi per decidere che le cose non vanno? Tutti quanti sappiamo che non si possono chiudere gli ospedali perchè non vi sono strutture alternative. I rappresentanti del Ministero lo sanno benissimo e da molti anni. Allora perchè non avete fatto qualcosa? Perchè avete aspettato che i giornali denunciassero una delle tante situazioni scandalose, soprattutto del Sud dell'Italia, per intervenire? Perchè non avete fatto in modo che gli ospedali psichiatrici potessero disporre di stanziamenti, per poter cambiare, ad esempio, le finestre che in alcune strutture sono rotte da anni? Perchè non avete fatto prima dei controlli? In sostanza, perchè non vi siete mai occupati degli ospedali psichiatrici?

Molte di queste strutture, se fossero ripulite e potessero disporre di un congruo numero di personale infermieristico e medico, potrebbero essere recuperate ed ospitare coloro che hanno bisogno di essere ricoverati; non dico quindi di effettuare ricoveri in ospedali psichiatrici vecchi, che fanno schifo, che sono – lo ribadisco – dei gulag, dei letamai, ma in strutture ripulite e rimesse a nuovo. Invece questi ospedali sono stati abbandonati a se stessi e non da noi, ma da chi era responsabile, ed io penso che fosse il Ministero della sanità. I veri responsabili sono coloro che lavorano al Ministero da vent'anni, che danno i suggerimenti ai Ministri che ricoprono questo incarico solo per tre o quattro mesi. Allora non capisco come fate a venire qui a raccontare questa storiella – ripeto – che conosciamo tutti. Cosa pensate di fare? Che ordini volete che siano dati affinché le regioni facciano qualcosa? Che cosa vuol dire «in fase avanzata di realizzazione»? Nel nostro paese «in fase avanzata» può voler dire sei mesi, due anni, dieci anni. Lo sapete benissimo, anche in relazione a quanto emerso dalla ricerca effettuata sugli ospedali incompiuti, sui quali si è registrata una grande divergenza di dati e di risultati. Che cosa è stato fatto per gli ospedali incompiuti? La Commissione parlamentare d'inchiesta sulle strutture sanitarie, che si è occupata anche di questo argomento, ha concluso i propri lavori un anno fa; il Ministero della sanità ha fatto qualcosa?

Signor Presidente, sono queste le domande a cui dobbiamo dare una risposta. Che cosa ha fatto il Ministero in tutto questo periodo, di che cosa si è occupato? A mio avviso, dottori Falcitelli e D'Ari, l'unica cosa di cui non vi dovete occupare sono i manicomi criminali e coloro che vi sono internati: ormai, poichè si pentono tutti, anche costoro ricevono i soldi dallo Stato per provvedere al proprio mantenimento e quindi non hanno più bisogno di essere internati. Ma tutti gli altri poveri disgraziati, che criminali non sono, come fanno? Perchè dal 1978 ad oggi ci accorgiamo solo all'ultimo momento che c'è qualcosa che non funziona? Sappiamo tutti cosa non funziona, lo sappiamo da sempre! Voi che lavorate presso il Ministero della sanità che funzione di controllo avete esercitato perchè tutto ciò non avvenisse?

NAPOLI Roberto. Signor Presidente, a differenza dal senatore Di Orio, non ho mai avuto il piacere di conoscere i dottori Falcitelli e D'Ari e quindi non sono in grado di esprimere nei loro confronti altrettanti giudizi positivi. Però mi ricordo benissimo, onorevoli colleghi, i motivi per cui, in occasione dell'esame della legge finanziaria per il 1995, è stato presentato e discusso l'ordine del giorno richiamato, sul quale sono intervenuto per il mio Gruppo parlamentare. Ricordo che con esso si voleva non solo stabilire la data di chiusura delle strutture manicomiali, ma anche procedere all'esame di un fenomeno che rappresenta una delle tante piaghe, scandalose, dell'Italia.

Mi riferisco al progressivo spostamento dell'assistenza nell'ambito di una vergognosa speculazione di carattere privato – come molti medici sanno – per il nascere ed il rifiorire in ogni regione italiana di centri di tipo privato, convenzionati e non, con l'avallo e la complicità di alcuni dirigenti del Ministero della sanità e, spesso, anche degli organi periferici. Molti di noi si sono trovati nella condizione di dover talvolta intervenire, anche in qualità di professionisti, perchè vi era l'assoluta incapa-

cità da parte della struttura pubblica di fornire una risposta concreta alle esigenze di malati di mente, a pazzi veri che d'altronde vi sono.

Anche allora, il ragionamento che noi facemmo in Aula era volto a riportare l'attenzione su questo argomento.

Oggi debbo dire ai dottori Falcitelli e D'Ari che sono molto deluso perchè, nella coniugazione dei verbi, il modo più usato nei loro interventi è stato il condizionale. È davvero deprimente per un parlamentare dover ascoltare a distanza di tanto tempo due dirigenti di tale livello i quali affermano, nell'aula di una Commissione del Senato, che tutto quello che secondo noi andava fatto probabilmente si farà, potrebbe essere fatto, nel senso che forse verranno chiusi alcuni ospedali psichiatrici. Ad un certo momento mi è sembrato che il collega Di Orio intervenisse quasi più in qualità di membro dell'opposizione che non di maggioranza, e quindi gli riconosco grande onestà nell'aver detto le cose così come stanno.

Ritengo che, invece di ipotizzare che su 62 ospedali psichiatrici ne chiuderanno soltanto 2 entro il 31 dicembre 1996 (mentre per i rimanenti ci è stato riferito che «è in corso di progettazione la loro chiusura»), sia molto più giusto affermare che ci troviamo di fronte ad un vero e proprio fallimento, perchè, se non è questo un fallimento, caro dottor Falcitelli, non so cos'altro possiamo intendere con tale termine! Si abbia il coraggio di dire che il Ministero della sanità ha del tutto fallito su questa materia gli obiettivi che si era prefissato, ivi compresa l'esecuzione della legge n. 180 del 1978, e che è necessario investire completamente rotta.

Ritengo che molti colleghi abbiano visitato anche gli ospedali psichiatrici. Vorrei ricordare, ad esempio, il famoso Mater Domini di Nocera Inferiore, che è stato un ospedale oggetto dell'attenzione pubblica e della magistratura per le vergognose condizioni in cui venivano tenuti i malati psichiatrici con la complicità dei relativi organi di controllo. Comunque, credo che eguali esempi siano riscontrabili anche in altre zone d'Italia. Peraltro, a tale manicomio è stata più volte concessa la proroga nonostante le gravissime condizioni igienico-sanitarie in cui versava.

Ritengo che molti colleghi siano a conoscenza delle condizioni in cui vengono tenuti i malati psichiatrici in strutture private convenzionate e quindi regolarmente rimborsate dal Ministero; non voglio elencarne i nomi - anche se potrei, in quanto nella mia attività di medico legale ho più volte visitato tali strutture perchè sono agli atti di molti uffici giudiziari, ma sono sempre risultati regolari i controlli ispettivi eseguiti.

Allora, si abbia il coraggio di dire che su questa materia vi sono state delle vergognose complicità, per non dire connivenze, perchè talvolta sono state autorizzate in convenzione delle semplici strutture pseudo-terapeutiche, e soltanto nel momento in cui ci è scappato il morto o si è verificato qualcosa di eclatante le direzioni della Sanità si sono accorte che avevano stipulato una convenzione con un privato che poi l'aveva gestita in un certo modo.

Di conseguenza, se partiamo da queste considerazioni, altro che indagine conoscitiva! Signor Presidente, ritengo che dovremmo avviare un'indagine ispettiva molto più seria ed avere il coraggio di sollevare dall'incarico chi aveva la responsabilità di fornire precise risposte e non

l'ha fatto, se vogliamo veramente rinnovare questo paese. Sarebbe molto più dignitoso fare questo piuttosto che redigere delle relazioni che non hanno molto senso, perchè non c'è dubbio che su questa materia dobbiamo dare delle risposte in tempi brevi.

Vorrei fare un'altra considerazione a proposito dei famosi reparti psichiatrici degli ospedali. Ne ho visitati alcuni e non so se è prevista una rendicontazione dei risultati raggiunti sulle loro attività. Ho potuto riscontrare - se il dottor Falcitelli vuole gli fornirò anche i nomi delle strutture da me visitate - l'esistenza di servizi di dipartimenti di salute mentale dove per intere settimane nessun paziente viene sottoposto a visita; quindi, vi è un incredibile spreco di denaro pubblico. Vi sono colleghi medici che probabilmente sono costretti ad imparare a giocare a carte perchè non sanno cosa fare dalla mattina alla sera, il tutto nella totale indifferenza degli organi di controllo; non si comprende infatti se la loro è una guardia psichiatrica d'attesa, d'intervento o di emergenza.

Dottor Falcitelli, noi abbiamo compiti politico-istituzionali, lei ha compiti direttivi, però entrambi dovremmo per lo meno essere sinceri e dire come stanno realmente le cose. Viviamo in un paese che in questo settore non è riuscito a fornire una risposta di civiltà e di efficienza, e credo che i primi a saperlo siate proprio voi.

La mia parte politica, che in questo momento svolge un corretto ruolo di opposizione, insieme a tutte le altre forze politiche del Polo per le libertà, ha costituito un nucleo di coordinamento nazionale per la sanità, che venerdì scorso si è incontrato a Milano con i sette assessori regionali del Polo e i responsabili nazionali della sanità. Inoltre, poichè insieme ad un collega del Cdu stiamo preparando un documento del Polo su questa materia, per cui nei prossimi giorni risulterà chiaramente espresso il nostro pensiero su questi temi, non intendiamo sollecitare soltanto osservazioni ma avanzare anche delle proposte. Infatti indipendentemente dai ruoli politici svolti in questo momento all'interno del Parlamento, è necessario fornire una risposta alle migliaia di famiglie che hanno il problema di ritrovarsi dei malati psichiatrici nei loro nuclei, a quelle strutture che dovrebbero essere poste nelle condizioni di funzionare, a quelle convenzioni che dovrebbero essere revocate senza alcun dubbio, ma soprattutto a quei centri privati, il più famoso dei quali si trova in Puglia - il Presidente lo sa - e dove ormai si riesce ad entrare solo con un intervento in altissimo loco così come in altre strutture private, le quali tra l'altro in alcuni casi hanno letteralmente mandato in mezzo alla strada delle famiglie che dovevano mantenerci un loro congiunto. Questa è la vera analisi da fare, se vogliamo parlare seriamente di un problema e cercare nel contempo di risolverlo.

E vengo alla questione della terapia. Noi ce l'aspettiamo dal Ministero della sanità e dal Governo, a noi non interessa se in questa sede viene il ministro Bindi o un Sottosegretario: non ce ne importa nulla! Per contro, ci interessa che vengano presentate in Parlamento delle soluzioni legislative serie, che forniscano risposte serie ad un problema altrettanto serio del nostro paese, che è quello di vedere girovagare per le strade dei malati mentali, perchè talvolta anche l'esperienza familiare si rivela terribile per le famiglie che convivono con uno psicopatico. È necessario affrontare in modo serio questo problema non in termini politi-

ci - e per certi aspetti condivido ciò che ha detto poc'anzi il senatore Di Orio - ma partendo dalla constatazione che ci troviamo di fronte a dei pazienti - come medico li definisco così, mentre il dottor D'Ari parla di «soggetti» - che hanno dei problemi di natura psicopatologica, di aggressività verso se stessi e verso gli altri e che quindi debbono essere trattati in un certo modo a tutela di se stessi e degli altri. È necessaria una gradualità di trattamento evitando generalizzazioni perchè vi è chi ha una patologia minima e chi ha una patologia massima. Bisogna avere il coraggio di dire che alcuni particolari pazienti debbono essere tenuti in strutture ospedalizzate perchè possono arrecare danni a se e agli altri, che vi sono pazienti di una fascia intermedia su cui si può intervenire con un approccio diverso e pazienti che invece possono essere fatti rientrare nelle loro famiglie, se ovviamente hanno una patologia controllabile.

Non vorrei neanche parlare, perchè sarebbe infierire su un argomento che talvolta anche noi medici legali abbiamo seguito, di quei pazienti psichiatrici che, dopo essere stati dimessi, si sono resi responsabili di stragi o di altri gravi comportamenti. Purtroppo, alcune volte abbiamo dovuto assistere anche a questo; si tratta di errori umani e non ne facciamo assolutamente un dramma. Vorrei però che si riflettesse e agisse in modo serio, e ci aspettiamo che il Parlamento e il Governo forniscano al più presto una risposta, perchè - lo ripeto - non abbiamo bisogno di un'indagine conoscitiva.

Ho sentito prima ricordare che è stato il Servizio di medicina sociale a fare il censimento, con tutti i mezzi a disposizione del Ministero della sanità, senza nulla togliere al professor Anguissola che dirige tale servizio. È una scelta che ha fatto il Ministero: la accettiamo anche se credo che non di questo avremmo bisogno bensì di incidere seriamente con un bisturi sulla piaga della connivenza (mi auguro non della corruzione) in questo settore.

TOMASSINI. Signor Presidente, nonostante l'impegno di due illustri funzionari, questa relazione ci lascia molto insoddisfatti e delusi. A parte l'elenco di numeri in gran parte noti, abbiamo visto qua e là qualche valutazione politica dalla paternità ignota e per di più con il condizionale. È sostanzialmente la relazione su una «caporetto» della legge n. 180, e ancora una volta pianificazioni estremamente dettagliate non si sono realizzate. Non raggiungendo i suoi obiettivi, la legge n. 180 ci ha portato all'attuale incompleta e insufficiente risposta politica nei confronti della patologia psichiatrica: i *day hospital*, le CRT (Comunità terapeutiche riabilitative) i trattamenti sanitari obbligatori e le degenze post-accuzie si sono sostanzialmente ripercossi sulle famiglie e sugli enti locali con problemi irrisolvibili.

Ora ci troviamo a chiudere gli ospedali psichiatrici secondo un sistema del tutto anacronistico e per di più trovandoci di fronte - non per ripetere una frase fatta - un'Italia a varie velocità. La chiusura così come viene proposta sembra seguire la strategia dello struzzo, mentre è indispensabile che si ipotizzi una linea precisa nei confronti delle patologie psichiatriche in grado di risolvere l'attuale situazione che si è modificata nel tempo e di trovare una risposta fortemente regionalizzata proprio per le diversità effettivamente esistenti.

DE ANNA. Signor Presidente, dottor Falcitelli, dottor D'Ari, intervegno per constatare che, a 18 anni dal varo della legge n. 180, ci troviamo a 4 mesi dal 31 dicembre 1996 soltanto con il 5-7 per cento degli istituti psichiatrici pubblici in grado di chiudere. Se rapportiamo questa percentuale agli anni trascorsi - ripeto, 18 - tra circa 120 anni saremo in grado di chiudere i manicomi per attivare strutture più consone.

D'altra parte, sentendo parlare il senatore Di Orio mi sembrava di ascoltare l'opposizione, e di questo gli sono grato. Quindi, il compito della nostra Commissione è politico, non medico. Pertanto, più che cercare di attenerci a quanto riporta l'ordine del giorno di oggi - vale a dire un'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del processo di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione di strutture alternative di assistenza psichiatrica - dovremmo fornire, nei tre mesi che mancano, un contributo serio e concreto; in caso contrario, arriverà il 31 dicembre 1996 e tutto continuerà come prima.

Un terzo dei pazienti psichici è disabile o di interesse geriatrico; quindi andrà ricoverato in particolari residenze sanitarie assistenziali proprio perchè, oltre ad essere pazienti anziani, sono anche pazienti psichici. Ma gli altri due terzi che fine faranno? Siamo decisamente contrari a dimissioni selvagge: non possiamo rischiare di trovarci di fronte a *serial killer* in libertà, come è più volte successo. D'altra parte, c'è una legge che ci obbliga a trovare strutture più consone.

In conclusione, come senatore eletto nelle liste dell'opposizione, intendo constatare il fallimento dei Governi precedenti all'attuale, ma nello stesso tempo voglio essere propositivo e pregare la Commissione affinché si adoperi a trovare finalmente un accordo che ponga per lo meno rimedio a quanto non è stato fatto negli ultimi 18 anni.

CAMERINI. Signor Presidente, le leggi n. 180 e n. 833 del 1978 stabilivano che il Parlamento delegasse il Governo affinché venisse fissata una serie di *standard* di assistenza minima a livello nazionale; inoltre veniva affidata alle regioni l'adozione di piani sanitari regionali. Questo è il primo punto che dobbiamo ricordare: l'impegno per la soluzione dei problemi psichiatrici veniva essenzialmente delegato alle regioni.

Ho inteso parlare poi di «caporetto» e del fatto che lo Stato non ha dato risposte. A me pare invece che dovremmo sottolineare che cosa si è già realizzato in relazione ad altre problematiche che abbiamo discusso in passato e che abbiamo risposte molto diverse da regione a regione. Io, ad esempio, vengo da una città, Trieste (anche se mi secca citarla sempre), dove, grazie in particolare all'opera di Franco Basaglia iniziata molto tempo fa, si è arrivati alla chiusura dell'ospedale psichiatrico.

Ritengo quindi che, più che esprimere un giudizio estremamente negativo, dovremmo cercare di studiare meglio come è andata evolvendosi la realtà in quelle regioni in cui la realizzazione di strutture alternative (comunità terapeutiche, centri diurni, comunità alloggio) ha dato una risposta ai problemi psichiatrici. È chiaro che il Ministero della sanità ha funzioni di controllo, ma credo che dovremmo rivolgere la nostra attenzione essenzialmente alle regioni e soprattutto dovremmo cercare di verificare come le regioni che sono più avanti in questo contesto hanno risolto o stanno cercando di risolvere i problemi.

A questo proposito vorrei rivolgere una domanda ai nostri ospiti. Vorrei sapere se conoscono la situazione dei centri diurni e delle comunità alloggio e terapeutiche, che, a mio avviso, rappresentano in questo momento lo strumento migliore per dare una risposta al problema della salute mentale.

MONTELEONE. Signor Presidente, l'argomento che stiamo affrontando è uno di quelli a rischio, purtroppo come tanti altri che riguardano la sanità; è a rischio perchè è datato. Consente, se lo si vuole, come per altri temi, una demagogia a 360 gradi e proposte ad altrettanta espansione di gradi. L'opposizione potrebbe sembrare, anche in questa occasione, demagogica ad ogni costo, ma il dato di riferimento, che è un fallimento, si può palpare, si può toccare.

Il senatore Di Orio non ha dimenticato di essere professore universitario, quindi, persona addetta ai lavori; ma è anche un politico da molto tempo e quindi si è occupato già di questo problema. Allora ha fatto bene il senatore Di Orio a prenderne le distanze: non aveva altre alternative perchè oggi fa parte della maggioranza che sostiene il Governo. Quindi non mi sorprende quel dato intellettuale, quella posizione su un argomento dichiarato fallimentare, che ci ha condotto - com'era giusto e ne prendiamo atto - a questa situazione. Certamente si potrebbero chiedere le dimissioni del ministro Bindi, ma non è questo il problema. Pertanto tenterò, a modo mio, di riportare la questione in un ambito prettamente politico.

Ho conosciuto i dottori Falcitelli e D'Ari in occasione dei lavori della Commissione d'inchiesta sulle strutture sanitarie nella precedente legislatura. Del dottor D'Ari avevo già sentito parlare: quando ero in quella Lucania sperduta mi era stato riferito che era lui ad occuparsi del contratto di lavoro dei medici. Tuttavia oggi li ho potuti conoscere un pò più a fondo.

Il quotidiano «Il Giornale» di oggi, a causa di uno dei tanti episodi che si verificano nella sanità, ha riportato i dati che i nostri ospiti ci hanno comunicato. Soltanto adesso ho saputo che sono tuttora in funzione 62 ospedali psichiatrici. A tale proposito desidero rivolgere una domanda sulla Casa Divina Provvidenza Opera Don Uva di Potenza, unica, in una regione che ha 600.000 abitanti: vi risulta l'esistenza? Che problemi presenta questa struttura che non è nè pubblica nè privata? Risulta agli atti?

FALCITELLI. Sì.

MONTELEONE. Se risulta, mi sento più tranquillo. Comunque ho fatto questo riferimento come possibile esempio di quello che succede nelle varie situazioni, come quella di cui ci stiamo occupando, che è necessario riportare alla serietà del dato politico.

Ho fiducia nei programmi, che siano dell'Ulivo o del Polo. Di recente abbiamo affrontato le elezioni, pretendendo programmi e verifiche serie. Allora, se questo deve essere il nuovo modo di intendere la politica, emergano e vengano evidenziate la serietà e l'impostazione dei programmi in campo sanitario, anche in relazione all'argomento, così datato, di cui ci stiamo occupando oggi. Sono convinto, e lo sostengo da quando

sono membro di questo Parlamento, che non succederà niente: se si avrà il coraggio di dire agli italiani come realmente stanno le cose e le responsabilità che di volta in volta sono emerse, la maggior parte delle situazioni si supereranno; ma bisogna farlo. Responsabilità ce ne sono state e ce ne sono ancora; probabilmente sono anche nostre, di chi ha gestito in termini politici l'argomento e lo ha trasferito al Ministero della sanità.

I rappresentanti del Dicastero della sanità ci diranno - e sono sicuro che lo faranno nella loro risposta - quali sono stati i veri motivi che hanno impedito, come in tante altre situazioni, di dare attuazione a quanto disposto dalla legge n.724 del 1994. Allora noi ci dobbiamo impegnare, in relazione a questa materia, ad individuare le scelte da adottare prioritariamente. Credo che chi fa politica, in qualsiasi parte sieda, tre mesi prima o tre mesi dopo, non possa che comportarsi di fronte ad argomenti di questo tipo in un unico modo reclamando le responsabilità. Ma con questa indagine conoscitiva non si vuole colpire nessuno. Quando il Parlamento svolge un'indagine conoscitiva non lo fa (sarebbe un nuovo modo di fare politica) per mandare qualcuno in galera ma, come in questo caso, per assicurare il conseguimento di risultati concreti e aiutare i malati psichiatrici.

LAVAGNINI. Signor Presidente, intervengo per fare due brevissime considerazioni. Non penso che l'indagine conoscitiva avviata dalla 12ª Commissione permanente del Senato sulle strutture manicomiali residue debba preoccuparsi se al 31 dicembre 1996 siano stati o meno chiusi gli ospedali psichiatrici. Questo è un problema di cui siamo a conoscenza da circa venti anni e che probabilmente si trova nelle stesse condizioni di tutte le altre questioni affrontate dalle leggi finanziarie, sia che siano state proposte dal Governo sia dai parlamentari. Mi riferisco, per esempio, al limite dei 120 posti letto; oltre 200 strutture ospedaliere avrebbero dovuto chiudere entro il 1993, ma ciò non è avvenuto e, alla fine, è emerso che c'è un problema di programmazione e di responsabilità da parte delle regioni. Penso a tutte quelle disposizioni delle leggi finanziarie che ogni anno vengono riprodotte perchè si sa che non sono state realizzate. Mi ricordo che, per quanto riguarda il controllo della spesa sanitaria, avevamo previsto che le regioni dovessero rimettere ogni sei mesi ai Presidenti delle Commissioni della Camera e del Senato una relazione sull'andamento della spesa, per verificare se nel semestre si erano mantenute all'interno delle quote capitarie loro assegnate. I Presidenti delle Commissioni non hanno mai ricevuto una relazione da nessuna delle venti regioni.

Allora noi non possiamo parlare di federalismo, di decentramento e di competenze da assegnare alle regioni (la legge n. 180 del 1978 affidava in parte alle regioni la responsabilità di una riorganizzazione di questo settore) pensando di risolvere, in modo sbrigativo, tutti i problemi con una norma.

Ritengo che un'indagine conoscitiva sulle strutture manicomiali debba soprattutto riguardare il trattamento riservato all'utente all'interno di tali strutture, come le leggi approvate 18 anni fa hanno modificato questo assetto, il finanziamento dei centri di salute mentale, dei dipartimenti di igiene mentale, della istituzione nelle varie regioni d'Italia delle

case alloggio, delle case famiglia, del collegamento che dovrebbe esservi tra la società e questi ricoverati quando sono stati dimessi dagli ospedali e abbandonati nelle piazze e nelle strade, soggetti attivi o passivi di aggressioni. Dico questo perchè probabilmente questo metodo di cura, avviato 18 anni fa, non avrebbe dovuto prevedere un trattamento eguale per tutti, anche perchè sappiamo che in molti di questi istituti vengono ricoverati malati mentali che magari hanno anche altri problemi, come succedeva per l'infanzia abbandonata allorquando venivano ricoverati anche disadattati con situazioni di emarginazione. Anzi, indagini fatte negli anni '70 hanno dimostrato che in questi istituti venivano ricoverate in alcuni periodi dell'anno essenzialmente persone che non avevano nulla a che fare con malattie mentali.

Quindi, ringrazio il Presidente della Commissione per aver avviato questa indagine conoscitiva, ma sottolineo che ora è importante approfondire le varie questioni. Ad esempio, mi chiedo come mai, la Lombardia abbia ancora oggi disponibili 2.700 posti letto, con circa 2.500 ricoverati, e che non abbia ancora trovato strutture alternative; ciò mi meraviglia perchè ero certo che vi fossero regioni più avanzate e altre meno avanzate sempre in relazione però a determinate aree geografiche. Facendo ora noi una riflessione storica sappiamo che fino al 1980 la competenza in questo settore era addirittura delle province, che provvedevano alla cura dei malati mentali attraverso vari centri specifici anche periferici. Tale competenza è poi passata alle regioni con una legge varata dal Parlamento nel 1983. Sono stati istituiti centri di salute mentale, anche se in alcune regioni - come diceva il senatore Napoli - essi non vengono frequentati, per cui vi sono centinaia di unità di personale di organico che probabilmente non hanno alcun impegno perchè, al di là della cura strettamente legata alla degenza ospedaliera, che ormai è di due o tre giorni, questi malati vengono inviati presso i loro domicili o le loro abitazioni e non hanno alcun collegamento territoriale con quelle attività risocializzanti volte al recupero del malato.

Allora, probabilmente dovremmo prevedere molte altre deroghe se non delineamo un quadro generale dell'assistenza psichiatrica in Italia, se non andiamo a verificare, regione per regione, chiamando ognuna di esse, le attività e le iniziative svolte, legando queste ultime alle associazioni di volontariato e alle famiglie, che in qualche modo sono state all'inizio i soggetti promotori del processo di deospedalizzazione in atto.

DANIELE GALDI. Signor Presidente, intervengo brevissimamente per dichiarare che concordo con quanto affermato nei loro interventi dai colleghi Di Orio e Lavagnini.

A me sembra però che da questa discussione non sia ancora emerso con chiarezza un elemento importante, e cioè che la causa di tutto è da ricercare nel fatto che per 18 anni non è stata data attuazione alla legge n. 180 del 1978: quando sono state attribuite talune competenze alle regioni, queste ultime non hanno avuto alcuno strumento per poterle esercitare. Questo è il dato di fatto.

Quindi, vorrei capire come si intende procedere alla chiusura o alla trasformazione totale degli ospedali psichiatrici nonchè alla creazione di adeguate strutture alternative. Ci dobbiamo porre il problema dei finan-

ziamenti per fare tutto questo (cioè a che punto sono, se ce ne sono ancora, se le regioni li hanno utilizzati oppure se mancano) e la questione del personale. In altre parole, debbo capire cosa è successo dal 1978 ad oggi, perchè altrimenti la risposta può essere solo una: riapriamo i manicomi. Ritengo però che questa non sia la risposta che un paese civile deve darsi; bisogna invece vedere come attuare la legge n. 180 - una normativa ancora importante e preziosa anche se a 18 anni di distanza dalla sua entrata in vigore -, perchè non sono stati predisposti a tutt'oggi gli strumenti per la sua attuazione.

È per tale ragione che sarebbe stata utile una presenza politica a questo dibattito. Dobbiamo discutere cosa fare nella fase successiva all'indagine, perchè altrimenti vi sarà bisogno di un ulteriore slittamento del termine previsto, al quale farà seguito un altro tra sei mesi, e così via.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai dottori Falcitelli e D'Ari per la replica, ach'io vorrei svolgere alcune considerazioni senza sottrarre molto tempo ai nostri lavori.

In qualità di Presidente di questa Commissione ritengo che nel momento in cui abbiamo deliberato di dare avvio a questa indagine conoscitiva eravamo pienamente consapevoli che in Italia non è stata data ancora attuazione alla legge n. 180 del 1978. Ritengo che su ciò vi fosse anche la piena consapevolezza del Parlamento quando ha approvato la legge n. 724, del 1994, che ha disposto la chiusura delle strutture manicomiali residue entro il termine del 31 dicembre 1996, e che ciò avrebbe comportato dei problemi. Inoltre, sono convinto che in una materia così complessa - il senatore Monteleone l'ha definita «datata» - le responsabilità siano molteplici. Non a caso abbiamo ritenuto di dover convocare già per domani anche i rappresentanti delle regioni, perchè è chiaro che il settore della sanità implica diversi livelli di responsabilità: responsabilità del Governo, responsabilità delle regioni, alle quali è stata demandata gran parte della programmazione sanitaria, responsabilità delle Usl e dei direttori generali, che hanno competenza su tale materia. Aggiungo che molto probabilmente dovremmo attivare anche quest'altro filone di indagine. Vi sono poi responsabilità degli enti locali, perchè la questione pone problemi anche di carattere assistenziale e quindi coinvolgere i comuni e gli altri enti locali.

Sono inoltre convinto che durante i nostri lavori dovremmo soprattutto indicare al Governo e alle regioni una strada per uscire da questa situazione. Probabilmente, non riusciremo a chiudere entro il 31 dicembre 1996 tutti gli ospedali psichiatrici attualmente esistenti, ma credo che per quella data dovremmo aver già predisposto uno strumento chiaro da indicare alle regioni e quindi agli enti locali. Questo è l'impegno e l'obiettivo di questa Commissione e dell'indagine conoscitiva.

A mio avviso, i dati a noi forniti sono estremamente significativi e indicativi della complessità del problema. Invito i colleghi a riflettere solo su uno in particolare. Noi abbiamo appena 14 residui manicomiali privati ma essi dispongono di ben 7.300 posti letto. Quindi circa il 50 per cento del totale dei posti letto sono concentrati in questi ospedali privati. Ciò significa che è necessario procedere alla loro riconversione con il problema dell'occupazione per dipendenti non pubblici, per i qua-

li bisognerà trovare soluzione una per garantire il mantenimento del posto di lavoro.

Per tali ragioni, ritengo che dobbiamo sperimentare nuovi strumenti; sicuramente su questo l'Osservatorio sul superamento dei manicomi non ha dato ottimi risultati. Sono quindi necessarie linee-guida ed indirizzi da fornire alle regioni per recuperare tali strumenti. Probabilmente, le audizioni dei rappresentanti delle regioni e successivamente anche del signor Ministro saranno tese a fornire al Parlamento una indicazione per superare talune situazioni emblematiche, gran parte delle quali si trovano al Sud. Lo stesso senatore Lavagnini si è meravigliato del fatto che anche in Lombardia sono ancora oggi disponibili vari posti letto soprattutto in ospedali psichiatrici, soprattutto con un'alta concentrazione in strutture private. Questo è il vero problema dell'assistenza psichiatrica ospedaliera italiana: vi è una grande concentrazione in strutture che non sono pubbliche. Forse nel pubblico è più facile procedere alla riconversione di tali strutture. Come Commissione ritengo che dobbiamo riflettere molto su questo.

Non sottraggo altro tempo e do subito la parola per la replica al dottor Falcitelli prima e al dottor D'Ari poi.

FALCITELLI. Signor Presidente, onorevoli senatori, la mia non vuole essere una replica bensì soltanto il tentativo di fornire alcuni chiarimenti.

Innanzitutto mi sento di ringraziare tutti i presenti: è la prima volta che una sede parlamentare dà tanta rilevanza ai tecnici, ai direttori generali di un Ministero. Seguo i lavori delle Aule parlamentari da parecchio tempo, ma è la prima volta che viene chiesto ai direttori generali qualcosa sul loro operato.

Chiedo scusa se la relazione svolta all'inizio della seduta non è stata esauriente rispetto alle aspettative: dovette tener presente che abbiamo avuto l'incarico di riferire soltanto sulla situazione attuale degli ospedali psichiatrici in corso di chiusura, e quindi non abbiamo fatto altro che riferire su questo, non infierendo neanche sulla vostra pazienza con la puntuale lettura dei dati. Infatti ho fornito quelli di carattere generale, mentre lascerò alla segreteria quelli concernenti la situazione puntuale di ogni regione.

Chiedo scusa in modo particolare al senatore Di Orio, il quale paventava una risposta che si è dato in anticipo, cioè che in questa materia per buona parte dovevano intervenire le regioni. Non è una risposta di comodo. In materia di organizzazione dei servizi la legge e le decisioni della Corte costituzionale hanno riservato all'esclusiva competenza regionale qualsiasi funzione, qualsiasi attività.

Nel campo specifico vorrei ricordare che lo stesso progetto-obiettivo nazionale predisposto dal Ministero della sanità e quindi dal Governo, e passato anche per il Parlamento, prevede che sia la regione a determinare l'organizzazione dei Dipartimenti di salute mentale con riferimento alle indicazioni fornite. Quindi mi dispiace, ma la parte organizzativa è di competenza esclusivamente regionale.

Il Ministero della sanità, dopo il progetto-obiettivo ha seguito comunque questa vicenda e il Dipartimento della programmazione ha svolto indagini a partire dal 1995; quindi la vicenda relativa al supera-

mento degli ospedali psichiatrici è stata seguita in maniera costante. Se mi sarà consentito, invierò una relazione sulle indagini fatte regione per regione e dimostrerò che le iniziative assunte dalle regioni sono partite su sollecitazione del Ministero della sanità e dei direttori generali indipendentemente dalle indicazioni di ordine politico.

Quali sono gli strumenti che sono stati dati? Credo che sia noto a tutti che la legge finanziaria per l'anno 1995, che ha stabilito che tutto quanto concerne la psichiatria debba rimanere all'interno del settore, ha autorizzato le regioni a dismettere gli ospedali psichiatrici obbligando a reimpiegare gli stessi fondi nel settore, utilizzando anche gli immobili. Vorrei ricordare inoltre che l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, prevedeva un piano pluriennale di investimento che tra le priorità aveva anche il superamento degli ospedali psichiatrici. Ebbene, questo piano ha avuto piena attuazione soltanto negli ultimi mesi di giugno e luglio perchè fino al mese di maggio dei 10.000 miliardi previsti ne erano stati impegnati, su richiesta delle regioni, solo 5.000; la metà era ancora tutta da impegnare. Ripeto, le regioni sono intervenute soltanto nei mesi di giugno e luglio del 1996.

Con questo non voglio certamente dare la colpa alle regioni, in quanto evidentemente anch'esse hanno incontrato difficoltà nell'attuazione concreta del piano; però non credo si possa fare a meno di ricordare in questa fase e per questi aspetti la competenza specifica delle regioni.

Da ultimo siamo convinti - per lo meno lo sono personalmente - che comunque sono stati fatti passi avanti. Il dottor D'Ari ha ricordato i 100.000 pazienti all'inizio del 1978; da 100.000 passare agli attuali 16.000 è già qualcosa. Ma c'è di più; noi riteniamo che il processo sia ormai avviato, al di là della scadenza, e mi auguro che il Parlamento riesca a dare suggerimenti utili per poter proseguire lungo questa linea. Lo sottolineo: al di là del termine previsto, il processo per il superamento degli ospedali psichiatrici è irreversibile. Si tratta di seguire la vicenda e di dare anche suggerimenti concreti soprattutto a quelle regioni, a quelle strutture, a quelle unità sanitarie locali che necessitano di supporti di tipo non solo organizzatorio ma anche tecnico. Per quanto riguarda il Ministero della sanità questo sarà fatto.

D'ARI. Signor Presidente, vorrei solo aggiungere una ulteriore nota di ottimismo in riferimento all'ultimo punto affrontato dal dottor Falcitelli. Quando si parla di superamento di strutture di ex ospedali psichiatrici necessariamente bisogna fare riferimento alla popolazione esistente suddivisa per quelle patologie che ha ricordato prima. Infatti è evidente che una struttura non può essere chiusa fino a quando le ultime dieci persone ospitate non lasciano l'ospedale. Quindi dobbiamo considerare i grossi numeri e ricordare ancora una volta che dai 100.000 ricoverati del 1978 siamo passati agli attuali 16.000 ricoverati complessivamente nelle strutture pubbliche e private. Questo è il dato significativo, e avevo cercato di sottolinearlo.

Sarà necessaria un'ulteriore accelerazione del processo; ci sono comunque difficoltà obiettive. Giusto stamane una regione - senza che vi riferisca quale - che almeno dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria è all'avanguardia si è rivolta alla regione Lazio per dirottare 130 o

140 malati che voleva dimettere dal proprio ospedale perchè originari del Lazio e perchè non sapeva dove piazzarli. Sono indubbiamente problemi grossi che le regioni cercano di risolvere, e non lo dico per fornire loro un alibi. La colpa è un pò di tutti: della resistenza degli operatori e di noi tutti, della mancanza di attenzione sufficiente, ma le difficoltà sono obiettive e coinvolgono i momenti istituzionali sanitari e non sanitari, le USL come gli enti locali.

Come dicevo prima, infatti, quasi il 50 per cento dei malati attualmente residenti negli ospedali psichiatrici è di parziale rilevanza sanitaria, richiede cioè interventi più speciali che sanitari. Indubbiamente le strutture non sono diminuite perchè fino a quando rimarrà l'ultimo nucleo di popolazione all'interno dell'ospedale questo non chiuderà, ma è la popolazione - è un dato oggettivo - che si è ridotta a meno del 20 per cento rispetto al 1978.

Occorre poi verificare se il sistema complessivo della tutela della salute mentale funziona e ciò non attiene soltanto ai residui manicomiali ma all'impostazione voluta dal Parlamento e dal Governo che forse bisognerà puntualizzare meglio.

DI ORIO. Il documento sulle linee guida è stato emanato dal Ministro?

D'ARI. È stato inviato alle regioni. Solo dopo l'esame della Conferenza Stato-regioni verrà firmato dal Ministro.

DI ORIO. Quando avverrà tutto questo?

D'ARI. Ci sarà a fine mese un incontro; è stato già preannunciato alla Conferenza Stato-regioni e abbiamo concordato che il documento venga discusso a fine mese. Comunque le linee guida, poichè sono dirette all'operatore, di fatto sono state già divulgate; le conoscono sia le regioni sia gli operatori.

Quindi l'Amministrazione ha la volontà di accelerare il processo, perchè di questo si tratta. Indubbiamente vi sono molte difficoltà: bisognerà cercare di superarle assicurando alla regioni strumenti aggiuntivi e tutto ciò che si rendesse necessario. Più di questo non credo che sia possibile fare. Non è ipotizzabile, ad esempio, che si possano dimettere i malati ancora ospitati nelle strutture manicomiali, anche se non si tratta di malati psichiatrici in senso stretto, senza quindi avere trovato per loro una sistemazione decente, per non cadere negli stessi errori di oggi.

PRESIDENTE. Ringrazio a nome della Commissione i dottori Falcetti e D'Ari per le informazioni che ci hanno fornito.

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

I lavori terminano alle ore 18,55.

