

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

2° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 SETTEMBRE 1996

(Antimeridiana)

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE**Audizione dei rappresentanti delle regioni Piemonte e Lazio**

PRESIDENTE	Pag. 3, 7, 9 e passim	AIMONE	Pag. 3, 7, 9
CAMERINI (Sin.Dem.-L'Ulivo)	7, 15	CAPPENBERG	4, 8, 10
DI ORIO (Sin.Dem.-L'Ulivo)	10	PALAZZI	16
LAURIA (Forza Italia)	15		
MARTELLI (AN)	14		
MIGNONE (Sin.Dem.-L'Ulivo)	7		
TOMASSINI (Forza Italia)	15		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Leopoldo Cappenberg e la dottoressa Giovanna Aimone in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Piemonte; la dottoressa Paola Palazzi e la dottoressa Lucia Arrivi in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Lazio.

I lavori hanno inizio alle ore 10,30.

Audizione dei rappresentanti delle regioni Piemonte e Lazio

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, sospesa nella seduta del 17 settembre.

Scopo di queste audizioni è conoscere quali atti sono stati predisposti dagli assessorati regionali in vista della scadenza del 31 dicembre 1996. La Commissione ha interesse particolarmente a conoscere la situazione presente nelle vostre regioni: quanti ospedali psichiatrici sono ancora aperti, quali sono i programmi predisposti dai vostri assessorati e come vi siete attrezzati per operare un superamento dei residui manicomiali.

Do la parola alla dottoressa Giovanna Aimone e al dottor Leopoldo Cappenberg.

AIMONE. Il progetto predisposto dalla regione Piemonte è purtroppo ancora in via di definizione: esso dovrebbe essere presentato la prossima settimana e si presume che potrà essere operativo nel mese di novembre. A monte c'è una legge del 1989 in base alla quale i piani di superamento devono essere predisposti dalle Usl. Dunque il grande problema che avevano le Usl era proprio il trasferimento dei beni degli ospedali psichiatrici, formando reddito solo entro il 30 giugno 1996. Per questo motivo la regione ha già emanato i decreti di trasferimento.

Le Usl lamentano difficoltà oggettive: spesso i beni sono soggetti ai vincoli dei beni culturali; per il cambio di destinazione ed uso si richiede la modifica dei piani regolatori comunali, mentre per l'alineazione è necessaria l'asta pubblica; in alcune realtà i comuni fanno perfino opposizione a questi decreti di trasferimento, ritenendo di loro proprietà i beni che sono stati concessi a loro tempo. Per questo si è creato del contenzioso e tutti questi problemi fanno sì che i progetti di superamento che la singola Usl deve presentare abbiano subito uno slittamento.

Attualmente abbiamo cinque ospedali psichiatrici: il primo di Collegno-Grugliasco raccoglie 477 ospiti che non hanno la condizione di ricoverati ma di ospiti dell'area socio-sanitaria (all'interno della struttura ci sono comuni-alloggio e anche gruppi-appartamenti gestiti dalle associazioni); purtroppo le strutture non sono a norma poichè mancano i fi-

nanziamenti per realizzare le opere, quei finanziamenti che dovrebbero derivare dall'alienazione dei beni, ma per i quali vi sono quelle difficoltà alle quali ho appena accennato.

L'ospedale di Vercelli ospita 81 pazienti per lo più anziani: anche questi non hanno la condizione di ricoverati ma di ospiti dell'area socio-sanitaria (in questo caso i progetti dovrebbero essere presentati tra breve). La Usl di Novara ospita invece 157 degenti: in questo caso siamo in ritardo nel censimento dei beni degli ex Ospedali psichiatrici. La Usl di Racconigi ospita attualmente 200 pazienti, mentre la Usl n. 20 di Alessandria 108 pazienti.

Per motivi organizzativi abbiamo chiesto alle Usl di presentare un piano di superamento, eventualmente da aggiornare qualora giungessero le direttive del Ministero, che ancora non sono ufficiali. Ad onor del vero, tre Usl avevano già prodotto un piano di superamento ma si è rivelato assai scarno. Per questa ragione nei primi giorni di settembre abbiamo chiesto loro di produrne uno più dettagliato, di individuare il valore dei beni e le modalità di impiego delle risorse. In futuro una parte di questi pazienti troverà inserimento in strutture esterne anche alla luce del progetto regionale che punta ad un decentramento non solo della gestione ma dei pazienti, anche della spesa relativa alle Usl.

Ulteriori problemi sono sorti per l'avvicendamento dei direttori generali delle Usl. Alcuni direttori sono rimasti in carica dal 1º gennaio all'agosto 1995, dopo di che sono stati nominati i direttori generali supplenti; il 25 maggio di quest'anno sono stati nominati i commissari, che dovrebbero essere sostituiti tra breve dai nuovi direttori generali. Questa discontinuità ha creato ovviamente problemi non indifferenti.

Registriamo poi una carenza di strutture per ospitare i pazienti: solo qualcuno ha la possibilità di essere inserito in una famiglia con assistenza domiciliare; per molte altre tipologie – penso soprattutto all'anziano non autosufficiente o all'handicappato adulto grave – è inevitabile ricercare strutture idonee e adeguate agli *standard* previsti.

CAPPENBERG. Vorrei svolgere qualche considerazione sul piano operativo rispetto alla chiusura degli ospedali psichiatrici in Piemonte. A fronte di questa definizione piuttosto scarna e limitata, il Piemonte vede una realtà molto differenziata da un ospedale all'altro. Il gruppo di collaboratori della regione che ha strutturato il progetto di chiusura degli ospedali psichiatrici ha iniziato il suo lavoro a settembre dell'anno scorso: in tutto sette operatori, con provenienze diverse e scelti secondo specificità tecnica. Abbiamo cercato di coordinare il progetto in modo che fosse condiviso all'interno del nostro gruppo; personalmente mi sono occupato degli ospedali psichiatrici in quanto direttore dell'ospedale psichiatrico di Racconigi. Complessivamente abbiamo cercato di operare con l'obiettivo di far coincidere la chiusura degli ospedali psichiatrici con il decollo dei dipartimenti, forti del fatto che il decentramento voluto con la aziendalizzazione delle USL avrebbe provocato una tendenza alla gestione decentrata di tutte le realtà psichiatriche; questo era un motivo forte per puntare al progetto di superamento attraverso non la ristrutturazione delle aree, ma il decentramento e la chiusura delle stesse secondo l'orientamento nazionale.

Naturalmente, la situazione da noi assunta come punto di partenza è stata quella dell'ospedale psichiatrico di Collegno che, nel settore, ha avuto una grande forza propulsiva iniziale, grazie alla quale sono stati apportati importanti cambiamenti all'interno della struttura stessa. Malgrado ciò, in Piemonte gli antesignani del superamento degli ospedali psichiatrici non hanno potuto raggiungere il loro obiettivo, riportare cioè gli utenti nei rispettivi territori di provenienza, a causa della scarsissima collaborazione esistente tra servizi territoriali ed ospedali psichiatrici dovuta a molteplici fattori storici. Solamente ad Alessandria si è potuto in pochissimo tempo chiudere l'ospedale psichiatrico anche in quanto, in seguito alla piena del fiume Tanaro ed alla successiva inondazione, si è creata una situazione di emergenza tale da costringere l'immediato trasferimento di parte degli ospiti dell'istituto manicomaniale in altre strutture.

Inoltre, bisogna tener sempre presente le differenti realtà esistenti in Piemonte: l'istituto manicomiali di Vercelli è stato chiuso; quello di Novara è un tipico esempio della realtà del passato, anche se attualmente è in fase di ammodernamento; vi è poi quello di Racconigi, la cui fase di superamento ha avuto inizio nel 1989.

Partendo, per quanto mi riguarda, proprio dall'esperienza di Racconigi, abbiamo pensato all'identificazione di un percorso comune per l'intera regione, le cui linee-guida erano essenzialmente tese a reincentivare, con i pochi fondi a disposizione tutto ciò che promuovesse un riavvicinamento degli ospiti degli istituti manicomiali ai rispettivi luoghi di provenienza: si è ritenuto, in pratica, più opportuno incentivare la progettazione ed il miglior uso di strutture intermedie nei singoli territori di provenienza piuttosto che puntare alla ristrutturazione dei reparti delle strutture ospedaliere.

A tal fine, abbiamo chiesto all'assessorato di interessarsi del decentramento della spesa degli utenti, della quale sarebbero responsabili le unità sanitarie locali di provenienza di ciascun malato; l'obiettivo iniziale, infatti, era il ritorno dei pazienti alla loro residenza anagrafica, cosa che non è stato possibile realizzare per una serie di complessi fattori.

Rimane comunque questa la volontà dell'assessorato; ciò sarebbe di forte impatto poichè la gestione decentrata del denaro, anzichè incentivare progetti omeostatici, stimolerebbe le USL di provenienza a verificare quantomeno i vantaggi economici o clinici dei progetti singoli terapeutici.

In Piemonte, il numero complessivo degli utenti destinati al decentramento sarebbe di 1112, ma sostanzialmente sarà coinvolta solamente una parte di questi, visto che alcuni, considerati non trasferibili per motivi specifici (età, particolare percorso esistenziale e personale), resteranno a tempo indeterminato nelle aree asilari.

Il decentramento così diffuso stimolerebbe, inoltre, le strutture psichiatriche e quelle socio-assistenziali (queste ultime separate da quelle sanitarie, e che saranno di competenza dei comuni) a mantenere un impegno non massivo, ma costante (da realizzare a piccole ondate per evitare reazioni omeostatiche) nelle singole unità sanitarie locali e nei servizi socio-assistenziali.

Dopo aver avanzato nel settembre dello scorso anno la richiesta di decentramento della spesa, abbiamo auspicato la promozione di un ac-

cordo forte tra sanità e servizi socio-assistenziali per poter valutare il problema degli istituti manicomiali in stretta connessione con il fine ultimo che noi tutti ci prefiggiamo permettere agli utenti portatori di *handicap* o con problemi correlati all'anzianità, (in Piemonte si pensa almeno al 60,65 per cento della popolazione degli ex ospedali psichiatrici percentuale che rappresenta la media nazionale) di trovare la propria collocazione in sedi opportune.

Attualmente, peraltro, vi sono opinioni differenti su tale argomento: alcuni si dichiarano poco propensi alla deistituzionalizzazione selvaggia e ritengo che i pazienti debbano restare all'interno degli ex ospedali; altri intendono affrontare il problema degli istituti manicomiali non soltanto individuando la tipologia delle unità residenziali, ma evitando che la chiusura degli ospedali psichiatrici in Piemonte faccia convogliare persone in strutture inidonee di carattere asilare, magari non sanitario.

Si tratta di un problema di grande rilevanza e di difficile soluzione, ma grazie alla cassa di risonanza di cui godiamo negli ospedali psichiatrici, frutto della serietà con cui fino ad oggi abbiamo operato nelle commissioni miste sanitarie-socio assistenziali riteniamo che in Piemonte non sia impossibile trovare una soluzione adeguata; anzi, il nostro auspicio è che si possa in tal modo trovare finalmente una idonea collocazione degli utenti talora magari ad un costo più alto di quello attuale, ma sicuramente più confortevole.

Oltretutto, dobbiamo tener presente problemi di carattere completamente differente, come un miglior utilizzo delle risorse umane e, non da ultimo, del fattore economico.

Se gli operatori che sono all'interno degli ospedali psichiatrici vi restassero altri dieci anni, ci troveremmo ad avere fra dieci anni personale impreparato ad operare sul territorio e scollegato da tutte le agenzie che lavorano sul territorio. Noi abbiamo chiesto che anche la formazione di questo personale avvenga in termini di dipartimento.

Ho solo accennato alle fasi iniziali del superamento degli ospedali psichiatrici in Piemonte; altri obiettivi intermedi importanti sono in questo momento la ridefinizione degli *standard* delle strutture psichiatriche perchè la legge regionale piemontese n. 61 del 1989 ha dettato delle disposizioni estremamente rigide, ma direi accettabili, per quanto riguarda la tipologia delle strutture, mentre aveva delineato degli *standard* totalmente insostenibili sul piano attuativo. Abbiamo quindi lavorato collateralmente a questi obiettivi. Una prima fase si è attuata nella delibera regionale che ha attivato il censimento dei pazienti e dei loro progetti nella regione Piemonte - censimento che è ancora in corso e che sta concludendosi - e la definizione degli *standard* è un punto assolutamente cruciale sia per i dipartimenti che per l'operatività delle strutture.

La condizione per dimettere i pazienti, come stiamo facendo ora, senza avere ancora condizioni di decentramento della spesa, perchè il piano non è ancora passato e quindi le leggi circa la spesa non sono state ancora perfezionate, è che le Unità sanitarie locali nelle quali esistono ospedali psichiatrici paghino le rette per i pazienti. Ciò comporterebbe però una situazione molto pesante sul piano economico. Vi si può in parte ovviare le risorse liberate dalla chiusura dei reparti, mano a mano

che si decentrano i pazienti sul territorio; punto nodale è che i dipartimenti psichiatrici possano gestire un *budget*, quindi spostando la ripartizione della spesa storica da un comparto ad un altro.

PRESIDENTE. Invito i colleghi che intendono porre delle domande a prendere la parola.

CAMERINI. Vorrei rivolgere qualche domanda ai nostri ospiti, e mi scuso se qualche particolare mi è sfuggito. Vorrei chiedere, a proposito della legge regionale del Piemonte del 1989, quanti sono i dipartimenti che in questo cammino di destituzionalizzazione hanno completato il piano di realizzazione di strutture alternative; mi riferisco in particolare alle strutture di integrazione sociale. Quanti dipartimenti dispongono di case-famiglia? Quante sono le cooperative sociali finalizzate che devono far parte di un dipartimento di salute mentale?

E ancora, qual è il ruolo delle strutture private convenzionate e quanti sono i pazienti che ancora sono in queste strutture? Infine, come si integrano i reparti di clinica psichiatrica universitaria in queste strutture dipartimentali e quanti sono?

MIGNONE. Ho sentito che la regione Piemonte intende giustamente decentrare l'assistenza psichiatrica in tutto l'ambito regionale. Però mi pare di aver sentito anche che in questa opera di decentramento si privilegierebbero soprattutto quelle che avete definito aree intermedie, a sfavore delle aree interne. Ritengo che tale impostazione porterà a una desertificazione delle aree interne e ciò non mi sembra opportuno. Vorrei un precisazione a questo riguardo.

AIMONE. Alla prima domanda rivoltaci rispondo che la regione Piemonte ha varato la legge n. 74 del 1995, che modifica gli articoli 2 e 3 della legge n. 61 del 1989, destinando ad ogni Usl un dipartimento di salute mentale. In alcuni casi sono previsti dipartimenti interaziendali, e in un caso specifico il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliera è individuato all'interno di un'unità operativa autonoma a direzione universitaria. Quindi abbiamo 22 dipartimenti che si stanno perfezionando in questi giorni; cinque sono i dipartimenti internazionali, due sono le unità operative universitarie. Noi chiediamo che l'azienda Usl faccia un protocollo d'intesa tra azienda, università e Usl e normi sui vari aspetti, anche per quello che riguarda la didattica e la ricerca.

Per quanto concerne le case di cura, disponiamo di 679 posti in case di cura private neuropsichiatriche. Il progetto obiettivo sulla salute mentale, che sarà richiesto nel piano sanitario in questi giorni, prevede che una parte di queste vengano riconvertite. Vi è una carenza di posti letto nel Servizio psichiatrico quindi l'amministrazione vuol far in modo che ogni azienda garantisca almeno il 60 per cento dei posti in ospedale; per il restante 40 per cento utilizzerà le case di cura private. Le case di cura sono state accreditate, anche se provvisoriamente, sono cioè fornitori di servizio sanitario per la nostra regione. Sono quattro le case di cura che già si trovano in questa condizione.

Per quanto concerne invece il discorso delle strutture intermedie, l'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 prevedeva dei finanziamenti.

I primi finanziamenti hanno preso avvio a maggio di quest'anno e non è stato possibile realizzare ancora gli interventi: si tratta comunque di 6 o 7 finanziamenti rispetto ai 22 previsti. Rispetto ad alcuni finanziamenti del 1994 sono state approvate anche le progettazioni. Recentemente l'assessore, d'intesa con il consiglio regionale, ha deciso lo stanziamento di 10 miliardi per finanziamenti da concedere non «a scatola chiusa» ma sulla base di un progetto preliminare predisposto dall'azienda Usl: se il progetto rientrerà nelle prospettive della regione, avrà seguito il finanziamento.

Sul territorio sono presenti alcune strutture chiamate comunità terapeutiche pubbliche, ma non sono adeguate agli *standard*. Peraltro il gruppo di lavoro sta lavorando alla modifica di questi *standard* proprio perchè si è riscontrato che sono onerosi e rigidi: questa rigidità, dal punto di vista operativo e strutturale, non ci consente di porre riparo a carenze di finanziamento; pertanto, come ho già detto, contiamo di presentare, entro la settimana prossima, la delibera di revisione degli *standard* delle comunità protette e delle comunità-alloggio. Il giovane di vent'anni ha necessità diverse rispetto allo psicotico di 50 anni di età; il minore handicappato ha bisogno di cure particolari. In questo senso ci siamo accorti che la struttura che avevamo creato non consentiva questo percorso. Anche noi in passato abbiamo avuto purtroppo problemi di discontinuità di assessori e questo ha finito per creare dei problemi.

Nel piano sanitario c'è un'area «grigia» dove si fondono gli interventi pubblici e privati: l'attività sanitaria, fatta di ambulatorio, *day-hospital*, servizio diurno e comunità protetta, si fonde con l'attività assistenziale svolta dal privato presso le comunità-alloggio. In questo senso stanno intervenendo accordi con la parte sociale per la gestione della attività alberghiera, lasciando al dipartimento di salute mentale la gestione del rapporto sanitario. Di queste strutture la USL n. 1 ne ha due, la USL n. 2 non ne ha, la Usl n. 3 ne ha una, la Usl n. 4 ne ha tre, la Usl n. 5 ne ha una, la Uls n. 6 non ne ha, la Usl n. 7 ne ha due, la Usl n. 8 ne ha due, la Usl n. 9 non ne ha, la Usl n. 10 ne ha due, la Usl n. 11 non ne ha, così come la Usl n. 12, mentre la Usl n. 13 ne ha due più una comunità terapeutica già finanziata dalla regione, La Usl n. 14 non ne ha, la Usl n. 15 ne ha una, la Usl n. 16 ne ha una più un finanziamento per un centro psichiatrico, la Usl n. 17 ha una comunità protetta più una comunità-alloggio, la Usl n. 18 non ne ha, la Usl, n. 19 non ne ha, mentre le Usl nn. 20, 21 e 22 stanno lavorando adesso a questi progetti.

CAPPENBERG. Vorrei soltanto far presente che gli *standard* che noi abbiamo saranno applicati sia al pubblico sia al privato: l'intenzione è di fare in modo che il pubblico abbia la gestione più diretta possibile dei soggetti cronici. Si favorisce la presenza del privato sociale nelle comunità alloggio, mentre nelle comunità protette, laddove c'è la possibilità di diversificare più efficacemente i progetti a seconda delle diverse problematiche, riteniamo si debba poter scegliere tra pubblico e privato, purchè quest'ultimo abbia i requisiti necessari. La volontà è quella di non perdere la valenza fondamentale del servizio pubblico: in sostanza il responsabile della USL, nella gestione autonoma del *budget*, deve avere la possibilità di operare scelte alternative al fine di offrire la migliore

qualità di intervento, non soltanto nell'ambito pubblico, ma anche nel rapporto tra pubblico e privato. L'utilità del privato consiste invece nella possibilità che ha di offrire modelli più agili e specifici: si può favorire questo aspetto se il privato non deve porsi il problema di sostituirsi al pubblico, cioè di gestire completamente il servizio al suo posto. Ovviamente questo vale per le comunità; per le case di cura il discorso è completamente diverso.

È fondamentale, comunque, che pubblico e privato non agiscano secondo i canoni aziendali della competizione, considerato che la psichiatria offre spazi di contrattualità diretta, ma deve al tempo stesso avere una valenza sociale. Anche per questo occorre dare spazio al privato affinché possa svolgere adeguatamente la sua funzione, sulla base delle sue capacità programmatiche e non solo in base alla capacità di abbattere i costi.

Voglio ora rispondere alla domanda posta dal senatore Mignone: la nostra intenzione è quella di dare forza e rilevanza ad un tema e di rendere organico un progetto di decentramento che possa aiutare l'ex utente dell'istituto manicomiale e riacquisire la sua collocazione all'interno della collettività di cui è parte integrante e a porsi come soggetto in grado di fornire una risposta ai bisogni nella comunità, alla pari di tutti gli altri, in tal modo eliminando definitivamente l'etichetta «diverso».

Questo è il punto cruciale dell'odierno dibattito in materia psichiatrica, risultato di una serie di iniziative attivate nella fase di superamento degli ospedali psichiatrici.

In tale ambito, abbiamo previsto un percorso specifico per circa 500 ospiti, individuati all'interno dell'ospedale di Collegno.

Premessa l'alta considerazione che abbiamo per la struttura di Collegno, sia per quello che ha rappresentato sia per ciò che rappresenta tuttora nell'ambito del superamento degli ospedali psichiatrici, crediamo nella possibilità di decentramento per circa 500 dei 112 ospiti in Piemonte attraverso le cooperative sociali.

Per quanto riguarda i tempi di attuazione dell'intero progetto, non poniamo termini rigidi, ma deleghiamo a ciò le singole strutture interessate.

PRESIDENTE. Vorrei ricordare che le relazioni, pur articolate ed interessanti, non dicono con chiarezza se vi saranno strutture manicomiali residue effettivamente chiuse entro i termini stabiliti dalla legge n. 720 del 1994.

AIMONE. L'intenzione è certamente quella di chiudere gli ospedali di Vercelli e di Collegno, ma in queste strutture i pazienti vivono in comunità protette; quindi, seguiranno un altro percorso.

PRESIDENTE. Ciò vuol dire che gli ospedali restano dove sono?

AIMONE. L'ospedale di Collegno ha in corso una trattativa con l'università per dare in appalto una parte della struttura che sarà trasformata in museo; i relativi guadagni saranno utilizzati per risolvere i problemi reali della struttura ospedaliera.

PRESIDENTE. Se ho ben capito, il 31 dicembre in Piemonte i malati psichiatrici resteranno negli ospedali.

CAPPENBERG. Signor Presidente, per una totale ristrutturazione interna ed esterna di queste strutture pubbliche i tempi previsti sono di due o tre anni.

PRESIDENTE. Noi stiamo aspettando da 18 anni, cioè dall'approvazione della riforma dell'assistenza psichiatrica.

CAPPENBERG. Questi sono i tempi previsti.

PRESIDENTE. Ricordo che lo scopo della nostra indagine è di verificare cosa succederà agli ospedali psichiatrici in Italia il 31 dicembre prossimo.

CAPPENBERG. I tempi per il superamento degli ospedali psichiatrici sono in stretta relazione con quelli dell'assettamento dei dipartimenti e dell'individuazione dei direttori generali e quant'altro.

Finchè i dipartimenti non saranno perfettamente funzionanti, finchè non garantiremo ai nostri utenti una realtà sufficientemente forte e dignitosa e dei progetti veri, dimmetterli dagli ospedali psichiatrici significherà solamente rischiare una discriminazione ed una dimissione selvaggia. Il nostro impegno è ovviamente teso a realizzare presupposti ma ciò è importante ciò che costruiamo per queste persone: stiamo mettendo a punto dei progetti reali che potremo attivare quando muteranno le istanze da parte di tutte le regioni, e, in particolare, quando i commissari ed i direttori generali saranno pronti. Noi ci stiamo impegnando, ma ci rendiamo conto di essere limitati nelle nostre azioni, certamente non per nostra volontà.

DI ORIO. Vorrei richiamare la questione posta dal Presidente della nostra Commissione: è vero che stiamo avviando un interessante dibattito culturale e che quando si parla di psichiatria ci si lascia molto spesso prendere da questo tipo di considerazioni. Tuttavia il tema della nostra indagine è molto ben definito e quasi banale: si tratta di conoscere quali saranno le strutture manicomiali residue che, in base alla legge n. 724 del 1994 al 31 dicembre 1996 saranno chiuse.

Vorrei inoltre sapere se al posto della chiusura di tali ospedali, prevista per legge, vi saranno delle riconversioni mascherate perchè, di fatto, le strutture resteranno le stesse ma si chiameranno diversamente.

La legge è sufficientemente chiara per tutti: si deve ragionare in merito a strutture alternative e non secondo una fattispecie di finta riconversione. Quindi, dopo aver ascoltato con grande interesse quanto è stato finora detto, auspicherei di tornare a queste semplici considerazioni.

PRESIDENTE. Do la parola alla dottoressa Palazzi.

PALAZZI. Fin dal 1983, la regione Lazio, con la legge regionale n. 49 ha istituito il dipartimento di salute mentale. Successivamente con la

delibera consiliare n. 1224 del 1985, ha varato un progetto dettagliato (centri di salute mentale, centri diurni, *day-hospital* e comunità terapeutiche), definendo anche le relative piante organiche.

Nel 1990 grazie ad un finanziamento *ad hoc* di 28 miliardi si è dato avvio al progetto in parola, purtroppo non supportato dalla collaborazione attiva da parte dei commissari straordinari delle Usl.

L'assessorato sanità della regione fu costretto, pertanto, a nominare dei commissari *ad acta* per individuare e localizzare le strutture da realizzare. Esaurito positivamente il mandato dei commissari, però, sempre a causa della poca organizzazione e collaborazione delle Usl, si è potuto istituire soltanto una decina di comunità terapeutiche pubbliche, di cui alcune con funzionamento a regime ridotto rispetto ai 20 posti residenza previsti.

Inoltre sono stati istituiti 43 centri diurni nell'intera regione, con una ricezione media di 30 persone.

Ripeto, purtroppo le Usl non hanno collaborato e a tutt'oggi ancora nel bilancio regionale figurano residui per almeno 10-15 miliardi su 28 assegnati. Questi soldi non si possono ancora spendere perchè le Usl continuano a rimandare l'individuazione dell'ubicazione delle strutture per motivi vari e disparati (ad esempio, vincoli paesaggistici, resistenze dei comuni a cedere le strutture, eccetera). Si sono verificati anche casi deprecabili, come, ad esempio, sindaci che hanno fatto resistenza perchè le strutture in questione erano situate vicino a scuole, vicino a giardini frequentati da bambini, o addirittura vicino alla loro casa. E questa va ascritta come nota di demerito a sindaci del viterbese.

Si spera di aprire le restanti comunità, cinque o sei circa, entro il 1997, o al massimo all'inizio del 1998. Nel frattempo ci siamo anche preoccupati, sempre nell'ottica riabilitativa del paziente psichiatrico - e la riabilitazione può avvenire soltanto attraverso le strutture residenziali - di autorizzare al funzionamento anche alcune strutture psichiatriche private che ne hanno fatto richiesta.

Con la delibera della giunta regionale n. 11887 del 1988 sono stati fissati i criteri strutturali ed organizzativi per rilasciare i decreti autorizzatori a queste strutture, 14 per un massimo di 20 posti letto ognuna, quindi 280 posti letto circa in totale. Per queste comunità oltre ai requisiti strutturali è stato indicato anche l'organico previsto, nonchè il progetto terapeutico che viene valutato in sintonia con le *equipes* multidisciplinari del dipartimento di salute mentale. Il dipartimento di salute mentale effettua l'invio del paziente e ne segue l'inserimento nella residenzialità nonchè il decorso terapeutico.

A queste strutture abbiamo potuto rilasciare soltanto l'autorizzazione al funzionamento senza poter stipulare con tutta la convenzione in quanto, con il decreto legislativo n. 502 del 1992, si è stabilito il nuovo sistema di accreditamento superando il concetto di convenzionamento. Per l'accreditamento occorre attendere i criteri che il Ministero della sanità sta elaborando.

Occorre rilevare che dopo l'aziendalizzazione le nostre Usl sono diventate tredici; qui in ognuna di esse è istituito un dipartimento di salute mentale con più centri di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutiche e servizi per diagnosi e cura.

A differenza dei colleghi del Piemonte, per noi l'Spdc è assolutamente parte integrante del dipartimento di salute mentale. Si stanno stipulando delle convenzioni in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 con le tre aziende ospedaliere ove sono ubicati gli Spdc: l'azienda S. Filippo Neri, San Giovanni e Forlanini; si sta già procedendo con la convenzione con l'azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata. I posti letto in Spdc sono 225 rispetto ai 530 previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994. Nel 1997 prevediamo un ampliamento di 6-8 posti letto per struttura, quindi possiamo dire che siamo al di sotto di circa un centinaio di posti letto rispetto al previsto.

Altra cosa importante da dire è che è stato istituito presso l'assessorato salvaguardia e cura della salute, ex assessorato alla sanità, un gruppo di lavoro costituito da esperti dei dipartimenti di salute mentale, dal direttore generale per il superamento del S. Maria della Pietà di Roma, che è l'ospedale psichiatrico più grande, nonché dalle maggiori associazioni dei familiari.

Questo gruppo di lavoro ha operato per circa un anno ed ha prodotto un documento intitolato: «Linee guida attuative decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994», in cui è trattato anche il superamento degli ospedali psichiatrici. Il documento conclusivo elaborato dal gruppo non è stato ancora recepito con delibera della Giunta regionale perchè si pensava di inserirlo nel piano sanitario regionale, che dovrà essere tra poco varato, quale allegato. Per ora tale documento è stato presentato ufficialmente a tutti i direttori generali delle Usl per conoscere le valutazioni.

Tale provvedimento consente un rinnovamento di tutto il dipartimento di salute mentale, una omogeneizzazione dei dipartimenti a livello regionale, in modo da evitare che nell'ambito degli stessi si possa operare in modo differenziato. Abbiamo pensato anche di elaborare protocolli scientifici tali da garantire uniformità di prestazioni, a prescindere dalla struttura erogante; soprattutto si vuole evitare che ci siano interruzioni nel processo terapeutico, da quando inizia il rapporto con l'utente alla fase di riabilitazione e quant'altro.

Per quanto riguarda il superamento dell'ospedale psichiatrico, vorrei dar conto di quanto i nostri esperti hanno indicato. C'è da precisare che è stato effettuato uno studio sulla tipologia dei soggetti presenti sia negli ospedali psichiatrici pubblici sia in quelli privati nonché nelle cliniche neuropsichiatriche.

La legge n. 180 del 1978 e la legge n. 833 del 1978 definivano gli ospedali psichiatrici come strutture ad esaurimento, aventi la finalità di provvedere all'assistenza delle persone ancora ricoverate, con l'obiettivo primario della loro dimissione.

La legge n. 724 del 1994, all'articolo 3, comma 5, fissa, al 31 dicembre 1996 il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e la riconversione dei beni mobili ed immobili per lo sviluppo dei servizi territoriali di salute mentale.

Per gli ospedali psichiatrici pubblici e privati della regione Lazio è necessario, per raggiungere l'obiettivo, approntare progetti individualizzati, che tengano conto dei bisogni assistenziali e riabilitativi specifici.

In relazione alle tipologie degli attuali assistiti, che di seguito si indicano, si rappresenta, per ciascuna, le proposte organizzative operative: 1) pazienti con prevalenti bisogni di tipo assistenziale, disabili e geriatrici per i quali è necessaria una collocazione esterna in strutture adeguate ed idonee o in strutture manicomiali riconvertite in Rsa secondo la normativa regionale (regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 1994 e legge regionale 1 settembre 1993, n. 141); 2) pazienti con prevalenti problemi psichiatrici per i quali è necessario un più intenso intervento terapeutico-riabilitativo in strutture residenziali assistite 24 ore. Per questi pazienti è necessario trovare comunità terapeutico riabilitative territoriali, ovvero procedere alla riconversione di ex strutture manicomiali in strutture comunitarie ad esaurimento: la scelta tra le 2 opzioni deve tener conto obbligatoriamente dei criteri di accreditamento e quindi di un'analisi dei costi-benefici; 3) pazienti dimissibili, in quanto in possesso di sufficiente autonomia, in strutture dipartimentali parzialmente protette da individuare in gruppi appartamento, comunità alloggio che siano in possesso dei requisiti per l'accreditamento il cui costo dovrebbe essere pari ad un terzo di quello attualmente sostenuto nell'attuale regime manicomiale.

Le aziende Usl, presso le quali hanno sede gli ex ospedali psichiatrici, debbono predisporre un piano particolareggiato di superamento della struttura manicomiale, avvalendosi per la sua attuazione dei dipartimenti di salute mentale e delle altre strutture socio-sanitarie nel processo di deospedalizzazione dei pazienti stessi. È compito dei dipartimenti di salute mentale e delle altre strutture socio-sanitarie favorire il processo di deospedalizzazione dei pazienti dimessi.

Contestualmente deve essere prevista la riconversione del personale, impegnato ancora negli ex ospedali psichiatrici, attraverso specifiche iniziative e provvedimenti anche incentivanti per il loro inserimento e utilizzazione nei servizi dipartimentali territoriali.

Resta inteso il blocco, a qualsiasi titolo, di nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici limitando la possibilità dei rientri solo ai pazienti attualmente ricoverati e temporaneamente trasferiti (altre strutture sanitarie, programmi riabilitativi, periodiche assenze per visite ai familiari, progetti sperimentali di reinserimento).

Il periodo di prova per progetti di reinserimento esterno non può comunque superare i 6 mesi, successivamente il paziente verrà preso in carico dai servizi dei dipartimenti di salute mentale territorialmente competenti.

Per gli istituti psichiatrici privati, fermo restando i principi contenuti nella normativa vigente, sarà necessario che la regione concordi un piano di trasformazione che preveda comunque: il blocco di nuovi ricoveri; le dimissioni dei soggetti in grado di essere reinseriti socialmente; il superamento dell'ospedale psichiatrico; la continuità dell'intervento terapeutico-riabilitativo a favore dei ricoverati, predisponendo progetti personalizzati che tengano conto della storia personale, della storia della malattia e di eventuali risorse personali e familiari.

Vediamo ora la situazione degli ex ospedali psichiatrici: il S. Maria della Pietà di Roma ospita 300 pazienti; il S. Maria della Pietà di Ceccano ospita 85 pazienti; l'ospedale psichiatrico di Rieti ospita 125 pazienti. Questi sono gli ospedali pubblici. Per quanto riguarda gli ex ospedali

psichiatrici privati, il S. Maria Immacolata di Guidonia ospita circa 570 pazienti; l'ospedale Villa degli Ulivi di S. Elia Fiumerapido ospita circa 108 pazienti (con delibera regionale è stata già prevista la riconversione della struttura in Rsa, con la previsione del modulo da 20 per pazienti strettamente psichiatrici); il S. Maria di Castrocielo ospita 60 pazienti, mentre l'ospedale Pio XI di Viterbo è diventato un istituto di riabilitazione in virtù della riconversione operata ex articolo 26 della legge n. 833 del 1978. E ancora: l'ospedale S. Giovanni di Dio di Genzano ospita circa 142 pazienti mentre l'ospedale S. Francesco di Alatri ne ospita 38.

Complessivamente, per quanto concerne gli ex ospedali psichiatrici pubblici, siamo intorno ai 500 pazienti mentre per quanto riguarda gli ex ospedali psichiatrici privati siamo intorno alle 900 unità.

Per quanto riguarda l'ospedale psichiatrico di S. Maria della Pietà, non vi è alcun dubbio che potrà essere chiuso il 31 dicembre prossimo, in quanto si è già provveduto ad istituire strutture apposite per i suoi pazienti nonché alcune comunità-alloggio. Storicamente, la azienda Roma «E» di cui fa parte l'ospedale psichiatrico S. Maria della Pietà è una delle più attrezzate in quanto sono state già istituite 4 comunità terapeutiche ed alcune case-famiglia. Non sussiste quindi alcun dubbio, sulla adeguatezza e sulla oculatezza del progetto di superamento dell'ex ospedale psichiatrico. Infine, anche se per gli altri ospedali pubblici dovranno essere valutati i progetti di ristrutturazione della aree, non ritengo vi saranno problemi di superamento per il 31 dicembre prossimo.

Diversa sarà invece la situazione per gli ospedali psichiatrici privati, in particolare, quello di S. Maria Immacolata di Guidonia, in merito al quale è stato presentato un progetto di riconversione, articolato attraverso la realizzazione delle stesse strutture previste per la riconversione delle cliniche neuropsichiatriche della legge regionale n. 55 del 1993.

Il problema da risolvere è, invece, attualmente quello relativo alla riconversione delle 13 case di cura neuropsichiatriche (circa 1300 posti letto).

Queste ultime, infatti, male si adeguano ad incentrare l'intervento terapeutico sulla riabilitazione del paziente anzichè sulla sola fase della acuzie assistendo il paziente per una ventina di giorni, per poi restituirlo alla società con gli stessi disagi.

Tale approccio è ben diverso rispetto a quello incentrato sulla attuazione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato laddove occorre l'impegno di diverse figure professionali qualificate e di notevole esperienza.

MARTELLI. Come ho già detto ieri, mi sembra chiaro che il Ministero della sanità ha dimenticato che una delle sue principali funzioni, che non ha mai svolto, è quella di controllo. Dopo 4 anni, non ha deciso cosa fare nè in merito alla sanità regionale nè a quella locale. Ovviamente, non intendo con questo giustificare la sanità regionale, poichè, anche se alcune regioni hanno imparato ad infischiarne del Ministero, è evidente che le responsabilità sono da attribuire anche alla programmazione regionale.

Il maggiore responsabile di questa situazione è comunque il Ministero della sanità, in particolare gli ultimi Ministri e, soprattutto, gli ul-

timi direttori generali che non hanno fatto assolutamente niente. In questi due ultimi anni la sanità in Italia è stata totalmente paralizzata per il fatto che nessuno capisce più niente: a questo punto, sarebbe bene chiudere, una volta per tutte, il Ministero della sanità e le regioni, considerata l'incapacità di stabilire i requisiti di accreditamento previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992.

Visto che la legge esiste, trovo assurdo che nessuno risponda delle sue responsabilità, neanche quei signori che hanno fatto tutto quello che volevano, senza dare direttive precise, serie, ma che hanno mandato in giro solamente circolari prive di significato.

Inoltre, considero assurdo chiudere ospedali psichiatrici pubblici immersi in bellissimi parchi e che godono di un'ottima posizione geografica solamente per colpa di una legge monca, come la legge n. 180 del 1978, che dovrebbe essere rivista, innanzitutto perchè è stata pensata 20 anni fa da un signore inglese alcolizzato e drogato (posso dirlo perchè lo conoscevo molto bene) e poi, perchè, da alcuni punti di vista, non offre soluzioni vere.

In alcuni casi, sarebbe infatti sufficiente ristrutturare i servizi di questi ospedali, garantendo un numero adeguato e proporzionato di personale rispetto agli utenti, arrestando in tal modo il processo di degrado di strutture sanitarie spesso di grande valore.

TOMASSINI. Pur condividendo gran parte di quanto affermato dal senatore Martelli, non condivido il giudizio negativo sulla legge n. 180 che avrebbe comunque bisogno di una rivisitazione per essere più attuale.

Chiederei l'adozione di ulteriori strumenti di indagine delle regioni per valutare i problemi relativi alla terapia psichiatrica ed ai piani di sviluppo che, anche se sono stati presentati dagli auditi, in modo molto diligente, ancora oggi appaiono piuttosto strani.

Vorrei inoltre chiarimenti sull'adozione della carta dei servizi predisposta in queste strutture e, specificatamente, sul modo in cui vengono trattati i problemi inerenti a questo tipo di patologia.

CAMERINI. Premesso che considero la legge n. 180 liberatoria per molte persone che venivano spesso rinchiusi in queste istituzioni per motivazioni di carattere sociale e non patologico in senso stretto, mi rendo conto che siamo ancora molto indietro nel meccanismo della deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici.

Vorrei domandare ai rappresentanti della regione Lazio che cosa significa da un punto di vista operativo che l'ospedale verrà convertito in Rsa, e come si realizzerà questo meccanismo di riconversione. Quali saranno i cambiamenti reali che ciò porterà? Oppure ci sarà solo un cambio di etichetta?

Ho sentito citare le cliniche neuropsichiatriche. Sono queste cliniche miste, oppure sono delle vere strutture psichiatriche e l'etichetta «neurologico» è soltanto di comodo? Vorrei che mi chiariste le caratteristiche di queste cliniche.

LAURIA. Desidero fare una considerazione molto semplice: dalla vostra esposizione di evidenza che le strutture private contengono più

ospedali psichiatrici di quelle pubbliche. Questo sta a dimostrare che nel privato sicuramente si hanno delle risposte migliori e superiori a quelle del pubblico. Su questo vorrei qualche precisazione. Infine, condivido le affermazioni del senatore Martelli.

PALAZZI. Per quanto riguarda la domanda rivolta dal Senatore Tomassini a proposito della carta dei servizi, faccio presente che al nostro gruppo di lavoro partecipano le maggiori associazioni di familiari degli utenti, che sono realmente l'espressione della condizione del malato, che controllano e vigilano effettivamente sull'applicazione della normativa e su come vengono trattati i malati. La carta dei servizi è già stata elaborata e per vedere quale attuazione si sta dando ad essa basta recarsi alla Azienda Usl Roma «C» e si avrà cognizione che essa funziona benissimo.

Per quanto riguarda le Rsa, noi auspichiamo, senatore Camerini che non cambi solo l'etichetta, ma si cambi il contenuto. Poi noi sappiamo perfettamente che, nonostante le nostre commissioni di vigilanza e coordinamento e i vari comitati, le nostre forze sono limitate: all'ufficio per la psichiatria della regione Lazio siamo in tre, e non si capisce perchè non arrivi altro personale. Abbiamo predisposto nella normativa come dovranno essere realizzate a seconda delle aree dell'utente e quanti utenti dovranno essere inseriti nei moduli specifici. Noi non prevediamo che vi siano solo cambiamenti di etichetta, ma speriamo che le cose cambino realmente e ce la stiamo mettendo tutta. Quindi vigileremo, pur nei nostri limiti, perchè non cambi solo l'etichetta.

Per quanto riguarda la tipologia dei pazienti delle cliniche neuropsichiatriche, questi sono prevalentemente affetti da patologie psichiatriche. La regione Lazio ha anche nominato una commissione di indagine per verificare se in queste cliniche si effettuava l'elettroshock. Abbiamo anche organizzato un convegno sull'argomento ed emanato una circolare che imponeva alle cliniche il consenso informato del malato all'elettroshock. Credo che l'approccio terapeutico al paziente in queste cliniche a questo punto debba essere modificato perchè la parte della cura non è sufficiente per la riabilitazione del malato.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti qui convenuti e dichiaro conclusa l'audizione. Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 12.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare preposto all'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE