

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

## 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

---

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

3<sup>o</sup> Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 18 SETTEMBRE 1996

(Pomeridiana)

---

**Presidenza del presidente CARELLA**

**INDICE****Audizione di rappresentanti delle Regioni**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 5, 7 e <i>passim</i>	ANDREOTTI .....	Pag. 3, 8, 14 e <i>passim</i>
CAMERINI ( <i>Sin.Dem.-L'Ulivo</i> ) .....	7	ARGENTIERI .....	10, 14, 16 e <i>passim</i>
DANIELE GALDI ( <i>Sin.Dem.-L'Ulivo</i> ) .....	7	MAZZINI .....	6, 8
DE ANNA ( <i>Forza Italia</i> ) .....	7, 8		
TIRELLI ( <i>Lega Nord-Per la Padania in-</i> <i>dip.</i> ) .....	15, 16		
TOMASSINI ( <i>Forza Italia</i> ) .....	17, 18		
VALLETTA ( <i>Sin. Dem.-L'Ulivo</i> ) .....	14		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Alberto Andreotti e il dottor Cosimo Argentieri in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna; il dottor Enzo Mancinelli e la dottoressa Estensa Mazzini in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Abruzzo.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,30.*

#### **Audizione di rappresentanti delle Regioni**

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. Riprendiamo l'indagine conoscitiva, sospesa nella seduta antimeridiana, con l'audizione dei rappresentanti degli assessorati alla sanità delle regioni Emilia-Romagna e Abruzzo.

Dai nostri ospiti vorrei sapere quali iniziative sono state adottate e quali adempimenti sono stati compiuti dalle loro regioni per rispettare il termine del 31 dicembre 1996 previsto dalla legge 23 dicembre 1994, n. 724, per quanto riguarda il superamento dei residui manicomiali. Chiedo inoltre ai rappresentanti di entrambe le regioni come sono state organizzate sul territorio le strutture alternative destinate a fornire assistenza psichiatrica.

Do anzitutto la parola al dottor Alberto Andreotti, che interviene in rappresentanza della regione Emilia-Romagna.

ANDREOTTI. La regione Emilia-Romagna giungerà alla scadenza del 31 dicembre 1996 prevista dalla legge n. 724 del 1994 sulla base di un percorso che ha avuto inizio nel 1978, in applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente la riforma dell'assistenza psichiatrica, attraverso l'elaborazione di una serie di atti propri della regione nell'ambito delle sue potestà.

Non vorrei annoiare più di tanto la Commissione, comunque mi riservo di presentare una documentazione che contiene la sintesi di quelli che in questi anni sono stati i nostri percorsi legislativi e amministrativi che ci hanno permesso di ottenere un determinato risultato nel programma di dismissione dei residui manicomiali nella nostra regione.

Vorrei scusarmi inoltre della malcelata soddisfazione che provo nel dire che questo nostro percorso, per la sua tipologia, ha potuto trovare ospitalità su una rivista scientifica internazionale, l'«*American Journal of Psychiatry*»: questo a mio avviso è uno degli indicatori più importanti per testare sia sul piano tecnico sia sul piano operativo il lavoro svolto; aver trovato spazio su una rivista di questo genere sta a significare che è stato fatto qualcosa di importante. La mia non vuole essere un'autoesaltazione: voglio semplicemente rimarcare come la via indicata dalla legi-

slazione nazionale, tramite il progetto obiettivo contenuto nel decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1996, e dalla normativa successiva sia probabilmente la strada giusta per il nostro inserimento in un tale contesto.

Ho già detto che il nostro intervento in questo settore ha avuto inizio nel 1978, di fronte ad una presenza massiccia di pazienti aventi questo tipo di patologia, concentrati in particolar modo nell'area nord-est della nostra regione, la Romagna, dove non erano presenti strutture psichiatriche ad eccezione di particolari moduli organizzativi di alcune realtà cittadine.

A titolo esemplificativo vorrei citare alcuni dati che fanno riferimento al numero dei presenti negli ospedali psichiatrici e negli ex-IPAB (Istituti previdenziali di assistenza e beneficenza) negli anni 1978-1996.

Nel 1978 l'ospedale psichiatrico di Piacenza contava 517 pazienti, l'ospedale psichiatrico di Colorno (Parma) 458 pazienti; l'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia 1.122 pazienti; l'ospedale psichiatrico Lolli e l'ospedale psichiatrico Osservanza di Imola 1.246 pazienti; l'ospedale psichiatrico Roncati di Bologna 646 pazienti; l'ospedale psichiatrico di Ferrara 449 pazienti; per un totale di 4.438 pazienti. Tra gli ex-IPAB, l'istituto Andreoli di Borgonovo Val di Taro contava 146 pazienti; l'istituto San Gaetano di Budrio 335 pazienti; l'istituto di ricovero San Giovanni di Persiceto di Bologna 272 pazienti; queste ultime tre strutture sono state chiuse.

Questa è la situazione in data 30 aprile 1996: 48 pazienti all'ospedale psichiatrico di Piacenza; 25 pazienti all'ospedale psichiatrico di Colorno (Parma); 165 pazienti all'ospedale psichiatrico di Reggio Emilia; 24 pazienti all'ospedale psichiatrico Lolli e Osservanza di Imola; 61 pazienti all'ospedali psichiatrico di Ferrara, mentre l'ospedale psichiatrico Roncati di Bologna è stato chiuso. Questi cinque ospedali ancora in funzione ospitano quindi un totale di 323 pazienti su un totale iniziale, n. 1978, di 5.191 pazienti.

Da un'analisi epidemiologica dei 323 pazienti ricoverati risulta che di questi 112 sono pazienti con patologia di natura strettamente psichiatrica e 211 sono pazienti con patologia di natura prevalentemente fisica.

Dobbiamo comunque considerare anche alcuni pazienti che, dimessi a tutti gli effetti dagli ospedali psichiatrici, vivono nell'ambito delle comunità psichiatriche. Si tratta di 247 pazienti accolti in strutture protette operanti all'interno degli ospedali psichiatrici di Imola e di Parma, che dovranno comunque essere trasferiti.

Il Presidente però ha posto una domanda ben precisa, ha chiesto cioè se siamo in grado di rispettare il termine del 31 dicembre 1996 previsto dalla legge finanziaria del 1994. Ebbene sì, lo rispetteremo nonostante vi siano dei limiti dovuti a carenza di investimenti. I problemi quindi esistono e cercheremo di risolverli sfruttando le nostre risorse.

In un periodo compreso tra il 23 aprile e il 14 maggio 1996 le regioni, sulla base di una serie di incontri tenutisi con i direttori generali delle aziende USL sedi di ex ospedali psichiatrici, ha attivato una procedura volta a verificare l'esito dei programmi di smissione elaborati dagli stessi direttori generali, i loro tempi di attuazione, il necessario fabbisog-

gno di personale e di risorse, per giungere alla elaborazione di un progetto che possa illustrare le modalità con cui si intende arrivare alla scadenza del 31 dicembre 1996 previsto dalla legge finanziaria già citata.

È stato elaborato un progetto, con relativo cronogramma delle azioni da attivare, e quindi la data del 31 dicembre sarà rispettata. Mi permetto comunque di consegnare alla segreteria della Commissione la documentazione contenente la sintesi del nostro lavoro, con l'elencazione di tutte le problematiche connesse.

Vorrei fare un'ultima considerazione rispetto ai quesiti posti, nonchè una riflessione. Personalmente, insieme ai miei collaboratori, non ritengo la data del 31 dicembre un traguardo, ma una tappa, perchè il problema psichiatrico non è risolto e continuano a registrarsi fenomeni ancora preoccupanti. Spetterà a noi regioni, a livello di legislazione, superare il problema e quindi individuare gli elementi che permettano di trovare le soluzioni ai problemi emergenti che si prospettano.

Proprio questa mattina con il dottor Argentieri consideravamo tutte le problematiche connesse a situazioni che potremmo definire *border-line*, cioè relative a quei disagi che si localizzano tra il sociale, il sanitario e lo psichiatrico, cui credo che il Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere capace di dare delle risposte. Non ritengo infatti che siano casuali i problemi dei suicidi, dell'anoressia, della bulimia, che stanno sempre più emergendo soprattutto nel mondo giovanile, con tutte le conseguenze sul piano sociale che poi si vengono a determinare per questo tipo di patologie.

Rispetto poi al coinvolgimento dei direttori generali, noi abbiamo fatto una scelta molto precisa, cioè di puntare al cuore del problema, che è rappresentato dal superamento dell'ospedale psichiatrico. Questo compito non può essere lasciato soltanto agli psichiatri, che pure hanno fatto molto in questo paese. È un problema che dobbiamo fare nostro a livello di governo regionale, che deve essere fatto proprio da chi oggi dirige in prima persona le aziende. Venti anni fa si era investito sulla figura centrale dei presidenti dei comitati di gestione perchè il superamento dell'ospedale psichiatrico diventasse una questione nodale, una priorità nelle esigenze; è ovvio che in quest'ottica il problema tecnico è importante.

Ho fatto riferimento all'ultima organizzazione perchè credo che il disegno organizzativo debba costituire il progetto obiettivo, con la previsione del dipartimento e di quant'altro possa essere oggetto di una discussione che non concerne soltanto la psichiatria, ma in generale la questione dei dipartimenti forti o deboli, di chi e come deve gestire le risorse, se in termini aziendali o meno. Sono questi i problemi che si pongono come elementi di discussione innanzitutto per le regioni, ma anche a livello centrale per gli orientamenti che possono intervenire in questa direzione.

PRESIDENTE. Non posso che esprimere soddisfazione per avere finalmente sentito dire per la prima volta che una regione sarà in grado di rispettare la scadenza prevista dalla legge. Il materiale informativo che ci vorrà consegnato sarà distribuito ai componenti della Commissione, perchè potrà fornire a tutti utili elementi per ulteriori riflessioni.

Do ora la parola alla dottoressa Estensa Mazzini, rappresentante dell'assessorato alla sanità della regione Abruzzo.

*MAZZINI.* Signor Presidente, onorevoli senatori, per quanto riguarda l'attuazione della legge n. 180 del 1978, in Abruzzo fino ad oggi non è stato fatto granchè, anzi quasi niente. In pratica, dal 1978 ad oggi è stata varata soltanto una legge, del 1982, e solo nel 1995 è stato approvato il Piano sanitario regionale. In tale piano è contenuto il progetto obiettivo per la tutela della salute mentale, come previsto dalla legge. Per quanto concerne i dipartimenti di salute mentale, essi sono stati attuati, o quanto meno istituiti sulla carta, da poco, cioè nel corso del 1995. Vi sono state grosse difficoltà innanzitutto perchè le unità sanitarie locali, che erano 15, sono diventate 6, per cui ivi sono stati grossi problemi di aggregazione dei vari servizi.

Per quanto riguarda gli istituti psichiatrici nella nostra regione, ve ne sono due pubblici, uno a L'Aquila e uno a Teramo, e due privati. Questi ultimi sono due cliniche private molto grandi, che dispongono di 1.200 posti-letto per i malati di mente: Villa dei pini a Chieti e Villa Serena a Pescara.

L'ospedale pubblico dell'Aquila è ormai stato smantellato, perchè come struttura ospedaliera aveva tanti piccoli padiglioni che sono stati ristrutturati e trasformati in comunità-alloggio. Alcuni pazienti che avevano dei familiari disponibili ad accoglierli sono stati rimandati nelle famiglie, mentre altri sono stati sistemati nelle case-famiglia localizzate in appartamenti all'interno della città.

Per quanto riguarda Teramo, il discorso è un po' diverso, perchè si stava cercando di costruire delle strutture a circa 4 chilometri dalla città, che però sono rimaste bloccate in fase di costruzione: una metà è stata ultimata, mentre l'altra è rimasta allo stato grezzo. Alcune strutture contengono comunità-alloggio di pazienti di sesso maschile, mentre le donne sono rimaste nella vecchia struttura dell'ospedale che dovrà essere ristrutturata. Si ha l'intenzione di farlo, ma ancora non è stato possibile.

Per quanto riguarda l'Istituto di igiene mentale, il direttore generale non ci ha ancora comunicato la ristrutturazione del dipartimento di salute mentale.

In merito ai privati, nel progetto obiettivo per la tutela della salute mentale regionale si prevede che debbano deistituzionalizzare i pazienti. Però, a livello di atti non vi è ancora qualcosa di concreto. Vi è solo l'intenzione, sia Villa dei Pini, sia di Villa Serena, di riconvertire posti-letto in comunità-alloggio o anche in case-famiglia, ancora però da individuare. Credo che Villa dei Pini cercherà di realizzare qualcosa anche nell'area limitrofa alla casa di cura. Occorre considerare che peraltro questa struttura è molto isolata rispetto alla città, e quindi non offre opportunità di contatto diretto con la cittadinanza.

Le strutture intermedie sono praticamente nulle sia a Pescara sia a Chieti. Vi sono poi le unità sanitarie locali di Lanciano-Vasto e di Avezzano-Sulmona, che più che altro stanno offrendo servizio pubblico, cioè servizio di salute mentale e servizio diurno, ma non hanno problemi di deistituzionalizzazione.

Credo di aver esposto la situazione e resto disponibile per rispondere ad eventuali domande.

PRESIDENTE. I senatori che intendono porre quesiti hanno facoltà di parlare.

DANIELE GALDI. Signor Presidente, mi complimento con i rappresentanti della regione Emilia-Romagna. Rispetto a quanto si è udito nell'audizione di questa mattina, nel corso della quale qualcuno ha addirittura riproposto il mantenimento dell'istituto manicomiale, si può dire che in questa regione si è lavorato molto, il che è positivo.

Mi sembrerebbe molto utile, ai fini della discussione, conoscere i dati precisi relativi alla diminuzione del numero dei pazienti ricoverati, le strutture alternative, i servizi messi in atto, tutto ciò che è stato fatto per giungere alla situazione attuale che è abbastanza unica. Sentiremo in seguito le altre regioni ma, dai dati che forniva ieri il responsabile del Ministero nelle altre regioni italiane le cose non vanno molto bene. Dal momento che invece in Emilia-Romagna si registra un'esperienza positiva, vediamo analiticamente che cosa si è fatto per ottenere questi risultati.

PRESIDENTE. Dottor Andreotti, già da questi primi due giorni di audizioni emerge in maniera evidente che il vero problema è la presenza del residuo manicomiale privato. Vorrei chiederle se in Emilia-Romagna c'è questo problema e, in caso affermativo, come è stata risolta la questione attinente all'ospedale psichiatrico privato?

CAMERINI. I dati forniti dai rappresentanti della regione Emilia-Romagna sono stati molto consolanti. Alcune delle domande che volevo porre sono state già anticipate dalla senatrice Daniele Galdi e dal Presidente. In particolare, quando parliamo di chiusura degli ospedali psichiatrici, dobbiamo avere presenti tutte le strutture di cui abbiamo parlato questa mattina (case-famiglia, comunità alloggio, eccetera). Le persone che vengono dimesse come sono accettate dalla collettività? Esiste un privato sociale? Esistono, e quante sono, delle cooperative in questo settore? Come vengono organizzate? In che modo interferiscono o si associano con il Dipartimento di salute mentale?

Inoltre: come viene visto il privato nell'attuale sistema concorrenziale? I reparti universitari, le cliniche psichiatriche in che modo sono inglobati o partecipano all'attività del Dipartimento di salute mentale?

Infine: in che modo avete reso partecipi al sistema gli operatori medici e non medici? Si tratta di uno degli aspetti chiave per ottenere un buon risultato.

DE ANNA. Voglio complimentarmi con i funzionari delle due regioni e devo anche notare che in Emilia-Romagna il processo di dismissione è quasi completato: rispetto ai 5.000 ricoveri registrati nel 1978, oggi registriamo soltanto 300-400 pazienti e la regione si è impegnata, al massimo entro il prossimo anno, a trovare una soluzione alternativa che rispetti la legge.

Anche la regione Abruzzo si è impegnata moltissimo. Nei centri dell'Aquila e Teramo le strutture pubbliche hanno provveduto a creare comunità-alloggio o case-famiglia, ma restano tuttavia due grossi centri in mano ai privati che ospitano più di mille pazienti e che ancora non hanno provveduto.

*MAZZINI.* Non hanno ancora provveduto ma stanno studiando il problema.

*DE ANNA.* In ambito regionale sono stati già fissati programmi ed obiettivi? In quanto tempo ci si adeguerà al dettato legislativo?

*ANDREOTTI.* Sono il responsabile del distretto sanitario dell'assessorato alla sanità e devo sottolineare che all'interno del mio servizio esistono sezioni che si occupano di tutto ciò che non è ospedaliero. Tuttavia con il collega responsabile del servizio ospedali abbiamo pensato di costituire un Dipartimento perchè troviamo abbastanza curiosa e assurda la separazione tra ospedale e territorio, considerando che la sovrapposizione di questi due momenti è essenziale.

Rispondo alla domanda del senatore Camerini, che chiedeva come sono inseriti le cliniche e i servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali, cioè quei servizi che sono prettamente di emergenza, all'interno di una struttura dipartimentale che ha un peso territoriale superiore: essi sono inseriti come le altre cliniche nell'ambito di un discorso di rapporti università-ospedale, eccetera. Il problema è relativo al modo in cui si incastrano nel ragionamento. Devo far rilevare che questo elemento di difficoltà che incontriamo nella psichiatria potremmo averlo anche nella pediatria e in tutte quelle funzioni che prevedono una fase di ricovero ospedaliero ma che si riverberano immediatamente su tutta l'attività assistenziale territoriale.

Il problema, allora, utilizzando un termine lessicale che mi piace moltissimo, è quello di partire da una organizzazione di tipo matriciale: ci sono delle strutture di tipo verticale, ci sono poi momenti trasversali di collocazione e di aggancio tra i diversi momenti. All'interno del momento di continuità assistenziale non può esserci chi si occupa di un pezzettino e chi di un altro pezzettino, se il Dipartimento è veramente quel contenitore-struttura organizzativa che deve permettere l'individuazione di un momento unitario in termini assistenziali. Sarebbe curioso, per esempio, se non ci fosse un rapporto - anche se, ahimè, a volte non c'è - tra il responsabile dell'unità coronarica o il responsabile della divisione o istituto cardiologico e chi deve poi prendersi in carico quel paziente (che sia il suo medico di base, lo specialista territoriale o quant'altri). Dobbiamo creare queste filiere di ragionamento e maggiormente in un settore estremamente delicato come quello al nostro esame.

Pertanto il Dipartimento deve essere un momento organizzativo forte e non un momento gestionale forte perchè si tratta di momenti diversi. Io sono uno di quelli che dicono che il Dipartimento (parola magica usata per 40 anni in questo paese) deve essere riempito di contenuti. Finchè ne parliamo ma non risolviamo il problema, o

finchè tutto rimane in termini di costruzione degli organismi preposti a dirigere il Dipartimento, tutto diventa francamente una cosa astratta.

Quello della rappresentatività, poi, è un problema da affrontare, perchè credo giusto che tutti siano titolati a partecipare a momenti decisionali forti come questo, però dobbiamo cominciare a parlare di momenti organizzativi e di intersecazione tra queste cose.

Quali sono gli altri elementi che ci hanno portato a questo? L'articolazione, a livello territoriale, di tutta una serie di offerte di un certo tipo, con prestazioni di assistenza psichiatrica anche in momenti di acuzie.

Uno dei nostri principali obiettivi è quello di riuscire ad attivare questi punti per un periodo di tempo superiore a quello normale delle aziende, arrivando sostanzialmente all'obiettivo di avere sul territorio dei momenti che non necessariamente devono essere quelli ospedalieri bensì momenti di colloquio, di case protette, eccetera. Questi sono gli strumenti di cui ci siamo dotati.

Da qui nasce un importante ragionamento che riguarda il coinvolgimento delle cooperative sociali, la partecipazione dei familiari a questi momenti decisionali e la partecipazione del tribunale per i diritti del malato.

Non possiamo pensare, in un mondo come questo in cui il sistema d'informazione è assai velocizzato, di compiere in un settore così importante operazioni semplicistiche, per cui un problema di questo tipo viene affrontato da più parti con metodologie differenti.

Il cittadino ha cominciato a dimostrare una certa sensibilità nei confronti del problema psichiatrico che investe non solo il singolo malato ma anche i suoi familiari, i quali spesso assumono da soli il carico che comporta una patologia di questo genere; a tale proposito si avverte, invece, la necessità di una collaborazione globale. Personalmente sono convinto che, da questo punto di vista, dobbiamo lavorare ancora molto e la regione Emilia-Romagna per prima.

Non vorrei che dalla mia esposizione trasparisse una sorta di «auto-referenziazione» per ciò che abbiamo realizzato, anche perchè i familiari dei malati sollevano, a giusta ragione, delle critiche. Non dobbiamo vivere questo tipo di situazioni come un fastidio, ma dobbiamo considerarle invece come un incentivo per il raggiungimento di uno dei traguardi più importanti per questo paese.

È necessaria la massima trasparenza nei progetti che si realizzano e da questo punto di vista dobbiamo essere sempre più aperti, porre per primi noi stessi in discussione e non chiuderci a riccio, perchè non è detto che ciò che facciamo lo facciamo bene, e quando dico «noi» non intendo usare il *pluralis maiestatis*, ma mi riferisco alla regione, alle aziende, agli operatori del settore, come psichiatri, animatori delle comunità e delle case terapeutiche.

Ritengo che ciò sia indispensabile soprattutto in un campo come questo, dove la patologia non si estirpa con il bisturi ma richiede una metodologia diversa in quanto le sue radici affondano in un terreno molto più complesso. Dobbiamo assumere quest'onere, non solo noi operatori della programmazione ma soprattutto i nostri tecnici, peraltro bravissimi nello svolgere il proprio compito.

*ARGENTIERI.* Signor Presidente, anch'io intervengo in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Emilia-Romagna. Potrei riassumere in un'unica risposta tutto ciò che ci è stato chiesto questa audizione ci offre la possibilità di riconoscere che il percorso che stiamo compiendo non è ancora completato. Infatti, quando affermiamo che siamo in grado di rispettare la scadenza del 31 dicembre 1996 prevista per la chiusura degli ospedali psichiatrici, in realtà dobbiamo anche considerare che ci troviamo in un momento transitorio: formalmente saranno chiuse le strutture psichiatriche ma i pazienti da esse ospitati, la cui sorti ci stanno ancora a cuore, potenzialmente rimarrebbero abbandonati a se stessi. Chiudere le strutture psichiatriche è facile, meno facile però è controllare l'evoluzione di questo progetto.

Le domande poste sono molto interessanti perchè ci permettono di dimostrare come, riuscendo a mantenere gli obiettivi posti dalla legislazione nazionale con il programma di dismissione delle strutture manicomiali entro il 31 dicembre 1996, riusciamo allo stesso tempo a offrire ai pazienti qualcosa di diverso.

Dobbiamo essere in grado di prevedere e capire le conseguenze di un dato atto altrimenti, se banalizzassimo la questione, rischieremmo di trovarci di fronte a problemi ben maggiori. È necessario quindi studiare il percorso a tappe e valutare le condizioni di questi soggetti nel futuro.

Il punto di partenza da cui l'Emilia-Romagna ha dato avvio al programma di chiusura degli ospedali psichiatrici non ha carattere puramente legislativo. I lavori della regione hanno avuto inizio nel 1991, quando è stata istituita una commissione tecnico-consultiva per analizzare le inadempienze e le disfunzioni riscontrate all'interno delle strutture psichiatriche. Tale commissione, in rappresentanza anche dei familiari dei pazienti e delle strutture di volontariato, ha operato dal 1991 al 1995; al termine del suo lavoro, ancor prima che venisse avanzata, come è accaduto, una serie di richieste sull'argomento, aveva già individuato la necessità di avvalersi dell'ausilio di un osservatore - da noi così definito - esterno alla regione, per compiere una valutazione tecnico-scientifica su esiti degli interventi regionali sul territorio in vista della dismissione degli ospedali psichiatrici entro il 31 dicembre 1996, e per verificare anche lo stato reale di tali strutture.

Il lavoro della commissione ha visto, sin dalle prime fasi della nostra iniziativa, la massima partecipazione da parte di una serie di professionisti, anche se il compito da svolgere non era facile. Si può comunque dire che proprio questa forte partecipazione ha permesso alla regione Emilia-Romagna di avviare la realizzazione del progetto. Questa commissione, con molta umiltà, si è resa conto che la collaborazione di tutti gli esperti andava al di là delle buone o delle cattive volontà: bisognava introdurre un terzo osservatore che aiutasse una valutazione tecnico-scientifica dei dati esistenti per poi operare un controllo su di essi e compiere una verifica sullo stato reale degli ospedali psichiatrici.

In questa iniziativa è stato coinvolto l'istituto Mario Negri, il quale ci ha affiancato nel lavoro in qualità di consulente; questo istituto ha effettuato una ricerca volta a verificare quale sia la gestione reale delle decisioni adottate nel campo sanitario. Da ciò non si poteva non prendere atto del processo di trasformazione avviato in questo ramo, processo

che inevitabilmente investiva anche la questione della chiusura degli ospedali psichiatrici.

Il problema della responsabilizzazione dei direttori generali, dei *manager*, diventava quindi fondamentale proprio per la possibilità di implementazione del progetto stesso. Era infatti necessario affrontare il problema della gestione reale del ramo sanitario. Da qui la scelta di adottare come base di partenza del programma di dismissione degli ospedali psichiatrici la ricerca compiuta dall'istituto Mario Negri. Bisognava inoltre coinvolgere la responsabilità degli stessi direttori generali, non solo per non escluderli da tale gestione, ma anche per permettere loro un dialogo diretto e aperto con i medici, con gli psichiatri e con chi di fatto gestisce la sanità pubblica in questo momento, per giungere quindi al superamento - anche se solo a livello comunicativo - dei problemi attuali e delle esigenze che nascono, per esempio, dalla necessità di procedere nel percorso tramite dipartimenti separati.

Veniamo al nocciolo della questione che, secondo me, è stata velatamente sollevata. Nel momento in cui ci siamo avvicinati a questo problema, avevamo di fronte una serie di ambiguità ed elementi di criticità derivanti da tale quesito: la dismissione degli ospedali psichiatrici può realizzarsi attraverso la creazione contestuale di dipartimenti o è possibile comunque avviare immediatamente il processo? La scelta adottata dalla regione Emilia-Romagna ha tenuto conto del fatto che esiste ancora oggi il bisogno e l'opportunità di definire le organizzazioni territoriali psichiatriche. Si parla di dipartimenti, ma questi non sono da compiere soltanto per il rispetto della scadenze degli obblighi già impliciti nella legge n. 180. Si trattava non di una sorta di voto, ma di un riconoscimento di quello che doveva essere significato vero dei servizi psichiatrici sorti dopo la legge del 1978, e quindi ci siamo mossi in questo modo. Il rapporto con il problema generale ci consentiva anche di soprassedere momentaneamente al problema dell'organizzazione territoriale, anche perchè non esiste ancora oggi una unità di vedute in quanto è tutt'ora aperto il dibattito a livello nazionale sul dipartimento.

Ritengo invece che un elemento importante sia emerso nell'ambito del nostro dibattito riconoscendo che le risorse e i bisogni esistono comunque, e che, quindi, considerato la situazione attuale, si trattava di valutare come poter arrivare al superamento non del residuo manicomiale, come è stato definito nelle linee guida fornite dal Ministero, ma piuttosto della situazione degli ex ospiti ricoverati negli ospedali psichiatrici, come è più esatto dire. Noi abbiamo effettuato una valutazione e abbiamo anche cercato di coinvolgere i direttori generali, perchè andava compiuta una analisi di tipo più generale per capire cosa bisognava modificare e migliorare. Questo ci ha portato all'incontro con i direttori generali e alla definizione dei progetti minimi (noi almeno li consideriamo minimi, anche se apparentemente sono definiti).

Pertanto, ribadisco che riusciremo a chiudere le strutture per il 31 dicembre 1996. È ovvio che la fase più importante è stata quella della discussione con i direttori generali. Peraltro, per il mese di ottobre stiamo organizzando una riapertura del dibattito con tutte le varie delegazioni e con tutti i soggetti che hanno partecipato alla fase elaborativa iniziale. L'obiettivo è quello di apportare le necessarie rettifiche e di considerare gli eventuali cambiamenti strutturali intervenuti all'interno

della sanità. Era necessario adattare dei metodi di riassetamento relativamente ad un dibattito che vedeva coinvolto il gestore della sanità pubblica.

È quindi chiaro adesso il percorso da seguire; quelli enunciati sono i progetti minimi, che garantiscono di chiudere le strutture, ma è chiaro che questi progetti possono anche essere ritoccati al meglio. Noi riteniamo che la situazione prospettata possa migliorare, anche con riferimento al coinvolgimento dell'istituto Mario Negri e alle esigenze che aveva prospettato. Riprendiamo pertanto il confronto con le associazioni di volontariato e con tutti gli operatori nell'ambito della psichiatria. Questo è implicito nel discorso che abbiamo fatto, perchè il dibattito che si è aperto in merito ai servizi periferici di psichiatria deve essere portato avanti, ma ad un certo punto bisogna anche coinvolgere quello che in sostanza rappresenta il *trait d'union* tra il momento del dibattito centrale e quello dell'operatività periferica. I responsabili devono recitare ruolo di connessione, e quindi è necessario coinvolgere anche i direttori generali, i medici, che in questo dibattito devono rappresentare in qualche modo il mondo della psichiatria.

Pertanto, negli incontri con i direttori generali non mancavano mai i responsabili dei dipartimenti di salute mentale e dei servizi, perchè il processo di dipartimentalizzazione deve essere anch'esso verificato all'interno di un percorso di realizzazione concreta delle cose altrimenti parleremmo ancora una volta di contenitori vuoti. Per questo motivo ci siamo mossi in questo modo, forse commettendo anche degli errori. Siamo comunque sempre disponibili ad un confronto e quindi non escludiamo la possibilità che intervengano dei cambiamenti da qui alla fine dell'anno, soprattutto in relazione al confronto che le varie componenti. Noi abbiamo un piano e quindi anche un cronogramma di tutti gli incontri con le varie forze, che magari potranno dirci che avremo sbagliato tutto. Ascoltare le persone interessate significa infatti avere più «occhi» disponibili, per poter poi intervenire e migliorare le cose.

A questo punto voglio aprire una parentesi, perchè le linee guida che provengono dall'osservatorio del Ministero offrono diverse possibilità, anche nella stessa regione. Si possono riconvertire le ex strutture dell'ospedale psichiatrico in strutture diverse seguendo determinati criteri, oppure si può scegliere un'altra strada; pur nel rispetto di queste differenze, occorre tener conto dei riferimenti chiave che permettono di dire che in realtà si sta comunque agendo nell'interesse del paziente. Quindi, pur accettando il dibattito, noi riteniamo che le strutture debbano avere determinati requisiti di efficienza strutturale e di continuità terapeutica che devono essere comunque garantiti.

È chiaro che in questo discorso il rapporto con il privato sociale e le cooperative è fondamentale, e lo è stato nel nostro lavoro. Ad esempio, abbiamo assistito anche alla costituzione di cooperative sociali dagli stessi pazienti che uscivano dalle strutture. Vi sono delle cooperative private con cui abbiamo intrapreso una iniziativa come aziende in genere per quanto riguarda alcune strutture disponibili per realizzare un discorso di dismissioni. Quindi abbiamo sempre dato la dovuta importanza al ruolo del privato sociale e alle cooperative sociali che nascevano dall'interno stesso degli ospedali.

Non so fare un calcolo esatto delle comunità protette, che sono l'elemento strutturale dell'alternativa al manicomio da noi individuato. Non abbiamo considerato come Bibbia quello che veniva indicato ma, di fronte ad una serie di stimoli e di interventi, abbiamo sempre preferito attenerci a quello che veniva fornito dall'osservatorio del Ministero della sanità come elemento guida. Quindi abbiamo dato il dovuto spazio al privato sociale e alle cooperative sociali, ma abbiamo avuto una particolare attenzione per le cosiddette comunità protette, che abbiamo pensato di utilizzare o di realizzare senza mai superare il numero dei 20 posti letto. Infatti, il superamento dell'ospedale psichiatrico presuppone una esistenza di tipo diverso. È impensabile, almeno secondo il nostro giudizio, e forse è opinione generale nel mondo psichiatrico, parlare di strutture alternative che non rispettino però almeno questi requisiti. Superando il numero di 20 posti letto non si fa altro che realizzare un altro manicomio, un altro ghetto. Nei nostri progetti ci si attestava sempre tra i 15 e i 18 posti letto. Questo lo dico per dare un'idea dei punti cardine a cui ci siamo riferiti nell'immaginare il superamento dell'ospedale psichiatrico.

Ci siamo poi riferiti anche agli strumenti accessori, come quello di collegare comunque le strutture, che noi ritenevamo alternative alla chiusura dell'ospedale psichiatrico, alla rete cittadina, in modo che non fossero isolate. Infatti, una cosa sconvolgente era pensare a strutture, seppur dotate di tutti i requisiti richiesti, localizzate ad esempio a 50 chilometri dal centro cittadino. Sembravano queste delle ipotesi non credibili; sarebbe stato allora meglio riconvertire le strutture già esistenti (e questa è una decisione controversa) che però fossero inserite nel tessuto cittadino, piuttosto che pensare a dei luoghi bellissimi dal punto di vista alberghiero, come vengono delineati dalla letteratura in generale, ma insufficienti dal punto di vista delle esigenze dei pazienti. Pertanto, nel momento in cui abbiamo ragionato su questo, è stato individuato un altro elemento: l'esigenza determinata dal fatto che esistessero questi legami; quindi l'attenzione alle scelte da fare si è basata anche su queste considerazioni, che nascono da anni di discussioni e di studio su questi problemi.

Esistono delle strutture manicomiali di tipo privato? In Emilia-Romagna questo è un problema che si presenta in termini contraddittori, se devo considerare - così come viene definito da più parti - come superamento delle strutture dell'ospedale psichiatrico quelle strutture pubbliche e private che negli anni antecedenti la promulgazione della legge n. 180 hanno svolto funzioni di ospedali psichiatrici. In realtà in Emilia-Romagna non esistono strutture private, ma noi non siamo contenti di questo, poichè - è questo il significato del superamento dell'ospedale psichiatrico - anche se noi chiuderemo formalmente i nostri ospedali psichiatrici pubblici, ci preoccupa molto l'esistenza di alcune case di cura come quella di Modena, per esempio, la struttura di Villa Igea, che hanno posti letti occupati da lungodegenti psichiatrici.

Allora qui si pone il solito problema: cosa intendiamo per lungodegenti e cosa per pazienti di ospedali psichiatrici. Vista la difficoltà di affrontare la complessità dei problemi, ci limitiamo a dire che questo sarà un argomento forte di discussione perchè il discorso della chiusura dei manicomi non cada.

Non è possibile, infatti, che, in relazione alla chiusura degli ospedali psichiatrici, contemporaneamente – sulla base dei dati che abbiamo – si verifichi un massiccio utilizzo di posti letto di case di cura private perchè si crea la lungodegenza.

VALLETTA. Che non aspettano altro che chiudano i manicomi.

ARGENTIERI. È il discorso della nuova cronicità che ci preoccupa. La chiusura del manicomio deve diventare l'occasione per riappropriarci di requisiti professionali formativi.

Apro una piccola parentesi sull'importanza del personale e della formazione dicendo che i controlli saranno molto folti. Ma che tipo di controllo si potrà effettuare per una lungodegenza che potrebbe far rientrare dalla finestra ciò che è uscito dalla porta? Riteniamo che il problema non sia stato ancora risolto sul piano generale di come viene trattata la sofferenza psichica.

Allora il superamento dell'ospedale psichiatrico è un momento cruciale per mettere in discussione gli elementi veri di trasformazione: non basta chiudere la porta perchè ne posso sempre aprire un'altra. La cosa più difficile è mantenere in piedi un ragionamento collettivo – al quale tutti possano partecipare – che metta in moto le risorse per quelli che sono i nuovi livelli di gestione della sanità. Vedremo se il Dipartimento sarà in grado di farlo. Il monitoraggio successivo, quindi, è necessario. Questo è il modo con il quale fundamentalmente ci siamo mossi, senza con questo dire che abbiamo fatto tutto. Abbiamo superato un bel tratto, ma stiamo ancora lavorando su questo percorso.

ANDREOTTI. L'Emilia-Romagna viene accusata – sui giornali – di spendere molto di più rispetto alla media nazionale; ma perchè avviene questo? Da una qualche parte la coperta si deve tirare. Non credo che questa risposta spetti a un funzionario bensì all'assessore. Però, anche se sto attento al gioco dei ruoli, è giusto dare una risposta. È vero, noi abbiamo investito di più in questi settori, abbiamo fatto male o bene non lo so, la gente giudicherà chi amministra, non certo me che mi muovo su *input* precisi che cerco di portare avanti.

Abbiamo cercato di finalizzare le risorse su questi punti vincolandole, per evitare che all'interno del «calderone» dei bilanci delle Usl prima e delle Asl adesso, – sotto la spinta dell'imperativo: «Copri il buco!» – alla fine si sottraessero risorse a favore di altre realtà istituzionalmente più forti, dirigendole su altri settori. In questo sta la differenza tra regioni che hanno avuto attenzione nei confronti del territorio e regioni che, per scelta di governo, legittima, condivisibile o meno, si sono dedicate a cose diverse. Il nodo del problema è sempre che il due dentro il tre non ci sta.

Credo che l'impianto complessivo di questo problema sarà uno dei punti da affrontare in sede di legge finanziaria. Ognuno ha le proprie idee, ma io faccio queste considerazioni: oggi è tutto molto difficile perchè prevalgono i poteri forti. L'ospedale, infatti, tende sempre e comunque ad avere più forza del territorio. Posso dirlo perchè vengo dalla responsabilità di un vertice ospedaliero, perchè l'impianto istituzionale dell'ospedale è forte e poi, nell'immaginario collettivo dei cittadini, se si

cerca una risposta la si trova sempre là, nell'ospedale e non sul territorio. Pertanto la sfida degli anni '90 è quella di cercare di cambiare questo tipo di ragionamento.

Sono reduce dagli incontri della delegazione tecnica per la definizione delle convenzioni; all'interno di questa, come controparte, abbiamo cercato di dare contenuti diversi rispetto alle convenzioni fatte precedentemente. Forse la presenza delle regioni ha contribuito ad arricchire il contenuto di quegli incontri. Non voglio entrare nel merito di questo discorso, ma credo che si vada nella direzione di una situazione di forte privilegio. Anche in questo caso però bisogna fare molta attenzione perchè il territorio non deve diventare un'area di nessuno: deve rappresentare un'area in cui la spesa sia un momento importante nella logica aziendale del «chi compra e chi produce».

È necessaria una presenza territoriale forte; deve esserci l'azienda Usl, l'azienda ospedaliera, ma il tutto in una logica di concorrenzialità purchè integrata, dal momento che non ritengo ci siano le condizioni per spingerci verso limiti propri di altri modelli assistenziali. Non credo infatti sia stato questo lo spirito dei legislatori quando hanno approvato il decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, modificativo del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che ha istituito le aziende ospedaliere.

TIRELLI. Vorrei sapere se sono stati instaurati dei rapporti con i medici di base e in che modo questi sono stati inseriti nel vostro progetto di dismissione degli ospedali psichiatrici, considerando anche che nella vostra regione esistono delle cooperative che hanno già acquisito una buona esperienza in questo campo.

ANDREOTTI. Le confesso che il mio primo impatto - che risale a qualche anno fa - con questo tipo di problemi ha investito la questione delle convenzioni con i medici generali. In un mondo per me completamente nuovo, ho avuto modo di constatare l'esistenza nel campo medico di una forte burocratizzazione, ma devo anche ammettere che in questo grande contenitore vi sono medici generali che hanno una gran voglia di realizzare qualcosa di diverso.

È stato anche sollevato il problema del *budget*, ma è facile fare delle critiche, molto più difficile è invece realizzare dei progetti. Sto lavorando a questo programma e già comincio ad individuare le linee-guida: si presentano difficoltà di carattere legislativo e a livello informativo, perchè definire un *budget* non è semplice. In esso deve essere inclusa anche la volontà di favorire una diversa partecipazione del medico di base quale soggetto attivo all'interno del meccanismo aziendale. L'attività di chi opera nel campo specifico della ricerca non può essere separata dall'attività del direttore generale o del Ministero della sanità, nell'ambito di un rapporto considerato ancora tra soggetti estranei ad una stessa realtà. Ci viene chiesto quali strumenti adottiamo per coinvolgere tali soggetti nella nuova realtà definita dal nostro progetto. Posso rispondere che nello specifico è stata costituita una unità di valutazione geriatrica e stiamo pensando anche di costituire una unità di valutazione pediatrica. Si tratta di realtà che devono coinvolgere anche l'attività dei medici di base i quali, tramite convenzioni con i liberi professionisti, possono per-

mettere ai cittadini che a loro si rivolgono di accedere all'assistenza fornita dalle strutture specialistiche.

Esiste una realtà nel nostro paese, quella delle cooperative, che rappresenta comunque una situazione di *border-line*. Preferisco l'ipotesi illustrata in un articolo de «Il Sole-24 ore» che faceva riferimento a delle *holding*, strutture *non-profit* alle quali dobbiamo richiamarci se vogliamo aggirare la normativa vigente. Questa è la prima difficoltà legislativa.

Esiste poi un'altro problema, a mio avviso di carattere culturale, che ci induce molto spesso a sottovalutare determinate funzioni che potrebbero invece rappresentare la soluzione dei problemi.

Mi spiego meglio, cercando di accorpate tale argomento al motivo per il quale siamo qui oggi. A livello territoriale la regione Emilia-Romagna riesce a garantire un'assistenza ai pazienti, ma non possiamo però pensare di mantenere degli psichiatri inerti, costantemente in attesa che qualche paziente accusi una crisi. È necessario quindi individuare un'area territoriale ben definita, per esempio il distretto, in cui il medico di base possa rappresentare il vero soggetto interfaccia per i suoi assistiti, non più quindi dotato della semplicistica ai pazienti e alle loro famiglie nel momento in cui insorgono crisi psicotiche acute. Per fare questo il medico di base deve poter disporre di strumenti telematici che gli permettono un immediato collegamento con uno psichiatra operativo anche in un'altra area territoriale, in modo da fornire un'assistenza medica completa ed immediata.

In questo modo, per esempio, sarà possibile per il medico di Castelnovo ne' Monti (un piccolo paese di montagna) comunicare in tempo reale con la regione Emilia-Romagna in modo da disporre di tutti i dati utili per risolvere il problema.

Proprio questo è ciò che la nostra regione intende realizzare, cosa che secondo me rappresenta la scommessa degli anni '90: dobbiamo riuscire a cambiare la mentalità degli interlocutori, per coinvolgere tutti i soggetti interessati in un progetto di collaborazione più ampio. Ritengo inoltre che sarà possibile realizzare questo programma senza ricorrere ad ulteriori incrementi di spesa.

TIRELLI. Sono perfettamente d'accordo con tutto ciò che ha detto. Vorrei chiederle però di precisare in quale modo la regione Emilia-Romagna ha utilizzato l'attività dei medici di base nel programma di dismissione degli ospedali psichiatrici.

ARGENTIERI. Il medico di base - parliamo sempre di una categoria di professionisti con cui non sempre è possibile comunicare facilmente - è stato coinvolto nei processi formativi laddove è stato possibile, specificatamente nella fase iniziale di assistenza al paziente nell'ambito territoriale.

Quindi, se la domanda si riferisce prettamente all'ospedale psichiatrico, la risposta è negativa.

Per quanto riguarda invece la funzione del servizio psichiatrico territoriale, vi è stato un certo coinvolgimento dei soggetti che partecipano alle attività nel campo della sanità, quindi con riferimento a tutte le peculiarità di un rapporto tra servizi e soggetti diversi.

TOMASSINI. Pur essendo tra chi si oppone al fatto che i laureati in medicina generale, nell'ambito della loro impiegatizzazione, siano stati esclusi da certe competenze, tuttavia non ritengo che, anche nell'ambito delle convenzioni che si possono ipotizzare, i medici generici possano affrontare la fase acuta del malato psichico e, soprattutto, la sua sorveglianza.

Poichè all'inizio della sua esposizione non ero presente, vorrei porle due quesiti: anzitutto vorrei sapere se, per quanto concerne gli Spdc (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), in Emilia-Romagna vi è un numero sufficiente di posti letto e, in secondo luogo, se avete dati più recenti circa il disavanzo *pro capite* dei cittadini dell'Emilia-Romagna per quanto riguarda la spesa sanitaria. Per quanto concerne gli Spdc, finora i rappresentanti delle varie regioni hanno sempre citato questa come una insufficienza. Siccome voi avete detto che è tutto a posto, vorrei conoscere la situazione nella vostra regione.

ARGENTIERI. La domanda va considerata nell'ottica dell'agibilità sostanziale della sanità, cioè nell'ambito dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi della sanità. Pertanto, a seconda del punto di vista in cui ci si pone, i posti letto possono essere sempre insufficienti, oppure ci si può arrangiare. Se noi teniamo conto del Piano sanitario regionale, sicuramente i posti letto non sono sufficienti: infatti, secondo i parametri generali, vi è bisogno di un posto letto ogni 50.000 abitanti. Sicuramente, da questo punto di vista, in Emilia-Romagna tale parametro non è rispettato. Se invece vogliamo parlare di condizioni generali che riguardano l'organizzazione del settore psichiatrico a livello territoriale, per quanto riguarda la capacità di diagnosi e cura e i servizi alternativi che possono consentire di eliminare posti letto, posso allora rispondere che in tal senso abbiamo fatto notevoli passi in avanti. Abbiamo infatti delle strutture alternative che ancora non sono complete, ma che comunque ci consentono di ragionare in modo più sereno.

La mancanza di posti letto concerne il modo in cui ci si organizza come servizio, perchè se il servizio deve essere soltanto riferito ai posti letto, allora questi potrebbero non essere mai sufficienti; se invece ci si riferisce all'organizzazione territoriale, con strutture che permettano di affrontare i vari momenti, prima e dopo il ricovero, attraverso una rete territoriale, direi appunto che abbiamo fatto un discreto passo in avanti. Attualmente, vi sono strutture residenziali e semiresidenziali che ci consentono di contenere in generale il bisogno di posti letto.

È chiaro pertanto che alla domanda se questi sono sufficienti, devo rispondere di no, però un conto è legare il discorso di disponibilità di posti letto ad un bisogno generico, altro è riferirlo alle necessità effettive e all'organizzazione del servizio in una efficace articolazione della risposta al bisogno di assistenza in ambito psichiatrico. Si tratta di scelte strategiche che possono essere fatte e che come assessorato alla sanità abbiamo tenuto sempre in considerazione, prestando continuamente una grande attenzione alla possibilità di individuare appunto strutture residenziali e semiresidenziali, con tutti i limiti che comunque esse rappresentano. Pertanto, stando ai parametri previsti, sulla carta potrebbe sempre risultare la mancanza di due strutture

semiresidenziali e di una struttura di diagnosi e cura, però ciò che occorre considerare è il vero bisogno esistente.

*ANDREOTTI.* Per quanto concerne il problema dei posti letto, ritengo che la Commissione prima o poi sarà investita dal problema dei trapianti. Anche in quel campo, se consideriamo la questione dei posti letto nel paese, in termini di pianificazione essi, come sappiamo tutti, sono palesemente insufficienti. Ma esiste qualcuno in questo paese in grado di investire 8.000 miliardi (perchè questo è il bisogno effettivo) per avere tutte le sale di rianimazione funzionanti? Io credo di no. Quindi, sarà necessario ricorrere ad una equilibrata interazione dei vari soggetti per ovviare ad una esigenza come quella cui ci si riferisce rispetto ad una organizzazione orizzontale dei *desiderata* al 100 per cento. Questo vale per la psichiatria come per tutti gli altri settori della sanità. È anche vero che l'Italia è il paese europeo con il più alto indice di posti letto in rapporto alla popolazione. Rispetto ad altre realtà noi registriamo una proporzione del 5 per mille.

Occorre allora chiedersi se è realmente diminuito il bisogno di posti letto in assoluto, oppure se si è cercato, all'interno delle linee guida proposte, di dare risposte diverse. Non possiamo peraltro trascurare notizie come quella che i giornali riportano in questi giorni: oggi viene presentato al Congresso di Cernobbio il famoso «bruco» che effettua le operazioni mediante apparecchiature robotiche; si tratta di una delle tecniche utilizzate da qualche anno in questo paese per realizzare interventi in *day hospital*. Poi però si sente dire che occorrono i posti letto perchè gli ospedali devono essere salvati. Ci troviamo quindi di fronte a delle contraddizioni, e il discorso valer per la psichiatria così come per tutti gli altri campi della medicina. Ad esempio, per quanto riguarda l'oculistica, vi è forse in Italia il bisogno di prevedere ancora un notevole numero di posti letto? In realtà, sarebbe possibile dare una risposta diversa, utilizzando strutture più flessibili, ricorrendo al *day hospital* e affrontando in tal modo la maggior parte delle situazioni e dei problemi. È però anche vero che il discorso è più semplice, perchè realizzare una struttura con posti letto è più difficile che realizzare il *day hospital*, mentre poi conviene di più tenere un paziente otto giorni a letto piuttosto che incentivare il discorso dei servizi di diagnosi e cura.

Tutto ciò vuol dire che è necessario cercare di non pensare sempre al rispetto dei parametri previsti, perchè si può essere anche bravi a non utilizzare delle strade che, inserite nell'ambito di un ospedale, hanno costi molto più alti e alle quali invece si può sostituire un modo diverso di rispondere. Si può in tal modo realizzare un'opera meritoria innanzitutto per il paziente e poi in generale per il Servizio sanitario nazionale.

*TOMASSINI.* Mi è sembrato che, nel fornire la risposta, il collega, essendo un tecnico, avesse ben capito il senso della mia domanda. Sono d'accordo sul principio espresso, perchè ricordo che, quando ho cominciato la mia attività, di primario, nella struttura dove operavo vi erano 60 posti letto, mentre quando sono andato via ve ne erano 35; ebbene, all'inizio si effettuavano 250 interventi all'anno mentre quando sono andato via se ne effettuavano 600; quindi il problema del numero dei posti letto è relativo.

Il Spdc assume una valenza completamente diversa, perchè diventa l'unico sistema veramente efficace del servizio esterno, quindi del servizio del centro diurno e del *day hospital*. Esso rappresenta l'unica cartina di tornasole possibile, e quindi il fatto di una scarsa disponibilità di posti letto secondo me era stato inadeguatamente rilevato in relazione al fatto che l'applicazione della legge n. 180 del 1978 aveva creato una situazione di insufficienza.

Chiedo scusa per un aneddoto, ma ripenso a quella famiglia di Varese che mi cercava disperatamente perchè aveva un figlio di ventiquattro anni che si voleva suicidare. Mi sono attivato con amicizie e conoscenze per fargli effettuare una visita, ma dal servizio mi fu risposto che avevano già mandato alcune cartoline di chiamata ma che non si era mai presentato.

Comunque, devo dire che considero ancora un pò carente la risposta alla mia seconda domanda.

PRESIDENTE. Ringrazio i dottori Andreotti, Argentieri e Mancinelli e la dottoressa Mazzini per le informazioni che cortesemente hanno fornito alla Commissione e per la loro disponibilità a rispondere ai nostri quesiti.

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

*I lavori terminano alle ore 17.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE

