

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

4^o Resoconto stenografico

SEDUTA DI MARTEDÌ 24 SETTEMBRE 1996

**Presidenza del presidente CARELLA
indi del vice presidente MONTELEONE**

INDICE**Audizione di rappresentanti delle Regioni**

PRESIDENTE:		<i>FREZZOTTI</i>	Pag. 21, 23
- CARELLA <i>Verdi-l'Ulivo</i> ..	<i>Pag. 3, 5, 6 e passim</i>	<i>GRIECO</i>	14, 16, 17
- MONTELEONE <i>(AN)</i> ..	19, 20, 23 e <i>passim</i>	<i>LAPENNA</i>	17, 18
CAMERINI <i>(Sin.Dem.-L'Ulivo)</i>	16, 17,	<i>MUSCOLO</i>	21, 23
	18 e <i>passim</i>	<i>PENNINO</i>	4, 5, 6
DANIELE GALDI <i>(Sin.Dem.-L'Ulivo)</i>	11	<i>SCOLA</i>	19, 21
DE ANNA <i>(Forza Italia)</i>	12	<i>SCONDOTTO</i>	6, 9, 10 e <i>passim</i>
MONTELEONE <i>(AN)</i>	6, 13		
NAPOLI <i>(CCD)</i>	5		
TOMASSINI <i>(Forza Italia)</i>	13		
VALLETTA <i>(Sin. Dem.-l'Ulivo)</i>	10, 11		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Salvatore Scondotto e il dottor Maurizio D'Arpa in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Sicilia; il dottor Andrea Pennino e la dottoressa Rosa Tucci in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Campania; il dottor Nicola Scola e la signora Gina Frezzotti in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Marche; il dottor Donato Grieco, il dottor Rocco Libutti e il dottor Michele Lapenna in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Basilicata; la dottoressa Rosanna Muscolo in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Calabria.

I lavori hanno inizio alle ore 15,50.

Presidenza del presidente CARELLA

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.

Sono previste oggi le audizioni di rappresentanti delle regioni.

Sono presenti in questo momento i rappresentanti della regione Sicilia, dottor Salvatore Scondotto e dottor Maurizio D'Arpa e i rappresentanti della regione Campania, dottor Andrea Pennino e dottoressa Rosa Tucci.

Prima di dare loro la parola vorrei ricordare che lo scopo dell'indagine promossa dalla Commissione sanità del Senato è quello di verificare le procedure e gli atti legislativi e di conseguenza gli indirizzi che le regioni hanno dato alle aziende sanitarie locali, per rispettare la data del 31 dicembre prevista dalla legge n. 724 del 1994, relativa al superamento e alla soppressione delle strutture manicomiali.

Desideremmo inoltre avere anche indicazioni (che sono estremamente utili per la nostra indagine) circa la realizzazione sul territorio delle strutture alternative al ricovero in manicomio. Questo è l'oggetto della nostra indagine, abbiamo già ascoltato il Ministero della sanità che ci ha fornito anche dati relativi alle vostre regioni ma abbiamo ritenuto opportuno approfondire la questione direttamente con i rappresentanti di tutte le regioni italiane.

Do la parola al dottor Andrea Pennino, rappresentante della regione Campania.

PENNINO. Signor Presidente, come lei ha accennato già siete a conoscenza dei dati forniti dal Ministero della sanità.

Vorrei riassumerli pertanto brevemente. Il totale dei malati assistiti nell'ambito dei cinque ospedali della regione Campania è 1608, distribuiti in cinque ospedali psichiatrici perchè uno, nel 1995 è stato già chiuso. Circa 175 ammalati sono stati già assegnati in case alloggio.

Per quanto riguarda la rimanente parte di questi 1608 ammalati, il Leonardo Bianchi di Napoli accoglie 555 ricoverati mentre il Frullone, l'altro ospedale psichiatrico napoletano, ne accoglie 169 per un totale di circa 724 ammalati.

Nella provincia di Salerno sono presenti 569 pazienti in totale suddivisi tra i due ospedali Mater Domini e Consortile. Di questi 602 ricoverati, 121 provengono dalla regione Calabria, che ha dichiarato la sua disponibilità a riceverli entro la data del 31 dicembre.

Infine in provincia di Caserta, presso l'ospedale S. Maria Maddalena di Aversa sono ospitati 315 degenti.

La legge regionale n. 32 del 4 novembre 1994, ha recepito il progetto obiettivo che prevedeva la dismissione di questi ospedali psichiatrici entro la data stabilita dalla legge finanziaria n. 724 del 1994. In aderenza a queste disposizioni legislative l'assessorato si è immediatamente attivato costituendo una commissione che potesse vagliare la possibilità di dismissione di questi ospedali distribuendo i malati nell'ambito della regione secondo la posizione di nascita nell'ambito delle 13 aziende sanitarie locali della regione Campania.

Fino dal marzo 1996 sono state diramate alle 13 ASL delle direttive nelle quali si è stabilito di evitare che con la riconversione le strutture in questione ridiventassero nuovamente ospedali psichiatrici, cercando quindi di collocare i ricoverati, possibilmente con moduli prefissati, nell'ambito di altre località.

Se la Commissione lo riterrà opportuno potrà prendere visione di queste direttive, che contengono l'indicazione di presentare entro il 30 aprile 1996 i programmi di massima per definire dove e come si possono collocare i malati da dismettere dagli ospedali psichiatrici.

I primi progetti sono stati esaminati dalla apposita commissione che abbiamo nominato fino dal dicembre 1995; la commissione, sulla base delle direttive fissate con atto deliberativo della giunta regionale, ha formulato delle osservazioni che hanno comportato la riproduzione di questi programmi da parte di alcune ASL, principalmente quelle di Napoli e di Salerno.

In ogni caso, allo stato attuale (l'ultima riunione si terrà il 27 settembre prossimo) sono stati elaborati 14 progetti definitivi, molti dei quali già avviati. Noi pensiamo che circa il 60-70 per cento di questi malati, ospiti degli ospedali psichiatrici nelle città della regione Campania (escludendo il capoluogo) sicuramente saranno allocati in strutture manicomiali. Questo è quanto possiamo affermare avendo visto i programmi presentati.

Le difficoltà maggiori - e questo penso che chi di voi proviene dalla Campania lo saprà - riguardano gli ospedali Leonardo Bianchi e Frullone di Napoli. Sembra che vi sia già il progetto di riconversione in Rsa, però vi à difficoltà, ripeto, per la costituzione in Rsa comporta anche un intervento sociale, quindi del comune.

Ci auguriamo tuttavia - e per questo stiamo operando - che queste ultime difficoltà presenti per i due ospedali menzionati vengano superate in modo da iniziare nell'ambito dell'anno 1997 la dismissione, se non tutti i 1608 ricoverati, almeno di 900-1000 degenti.

PRESIDENTE. Dottor Pennino, dai dati forniti dal Ministero della sanità che recano la data del 5 settembre, risulta che al 31 dicembre 1996 non sarà possibile per la regione Campania completare il programma di dismissione degli ospedali psichiatrici. Quindi rilevo una discrepanza fra questi dati e le vostre previsioni.

PENNINO. Il nostro assessorato ha approvato dei programmi che le aziende sanitarie locali si sono impegnate responsabilmente a realizzare. Noi ci basiamo su questo. Abbiamo impostato precise disposizioni in modo da consentire eventualmente, ove tali disposizioni non siano ottemperate, l'assunzione di provvedimenti da parte dell'assessorato.

Del resto, noi non sappiamo dove e come il Ministero abbia elaborato i dati di cui lei parla e posso confermarle che comunque il Ministero non ci ha chiesto niente. Le faccio presente tra l'altro che le ultime ispezioni del Ministero della sanità risalgono a molto tempo addietro, al 1995.

NAPOLI. Il Presidente mi ha preceduto nel rivolgerle, dottor Pennino, una domanda che avevo in animo di farle. Noi dobbiamo ritenere attendibili i dati del Ministero della sanità, tenuto conto che sono atti ufficiali. Risulta che vi sia stata un'indagine per il Frullone nel 1995, e nei documenti del Ministero si dice con chiarezza, il 5 settembre 1996, che per quanto riguarda la dismissione degli ospedali psichiatrici, per il Frullone si è ancora alla fase iniziale, mentre per tutti gli altri ospedali (il Leonardo Bianchi, il Santa Maria Maddalena, l'ospedale di Nocera Inferiore, tanto per citarne alcuni) il programma di dismissione è ancora da avviare.

Anch'io noto un certo contrasto tra le cose che lei ci ha detto e quello che emerge dai dati del Ministero. Mi premurerò magari, per quanto riguarda la provincia di Salerno, che è la mia provincia, di verificare personalmente la situazione, perchè lei ci ha dato un quadro piuttosto roseo che dubito possa corrispondere alla realtà. Ritengo che ci sia ancora molto da lavorare, anche perchè non mi risulta che siano state costituite strutture come le case-alloggio. Da quello che lei dice sembrerebbe che in Campania si sia vicini, da qui a due mesi, ad ottemperare al disposto della legge n. 724 del 1994 e che i programmi saranno rispettati. Invece, secondo me, vi è ancora molto da lavorare - ripeto - per dare risposte agli ammalati, perchè si è appena cominciato a ragionare su come e dove collocarli.

Credo allora che sia molto meglio rilevare che vi è a tutt'oggi, e non solo per la Campania, ma anche per altre regioni, un'obiettivo difficoltà a rispettare i termini stabiliti dalla legge n. 724. Devo dare atto al Presidente della nostra Commissione di aver posto all'ordine del giorno dei nostri lavori, parallelamente a questa indagine conoscitiva, una necessaria verifica della legge n. 724 in ordine alle dismissioni previste entro la fine del 1996. In questa indagine conoscitiva vogliamo renderci conto

della situazione attuale, quale che sia, anche per dare, come parlamentari, delle efficaci risposte.

Apro una parentesi. Ho concorso all'elaborazione della legge n. 11 del 1984, la famosa legge sull'*handicap* che, a distanza di dodici anni, è del tutto inapplicata e questa esperienza mi rende dubbioso e perplesso anche in relazione ai problemi di cui stiamo trattando. Infatti in questa indagine trattiamo i problemi di pazienti che hanno patologie pericolose per sè e per gli altri, pazienti che vanno collocati e trattati in un certo modo, sulla base di chiari programmi. Cerchiamo di guardare le cose come stanno e affrontare i problemi con molta serietà. Concludo auspicando che l'assessorato della Campania riesca in pochissimo tempo a dare le risposte che tutti ci aspettiamo.

PENNINO. Io non ho fatto una valutazione, ma un'analisi dell'attività svolta finora dal nostro assessorato delle risposte che abbiamo avuto dalle singole Asl. Se poi tali programmi non vengono posti in essere allora bisogna agire e verificare perchè le Asl hanno affermato una cosa per iscritto e poi non l'hanno attuata: questo sarà il compito dell'assessorato. Abbiamo inviato delle lettere alle aziende, richiamandole al rispetto delle varie disposizioni.

MONTELEONE. Signor Presidente, alcuni aspetti su cui volevo chiarimenti sono già stati affrontati nelle domande dei colleghi. Vorrei perciò solo far rilevare che la nostra è un'indagine conoscitiva, non un'inchiesta per individuare eventuali responsabilità. Noi dobbiamo limitarci a verificare cosa è accaduto in passato e quali soluzioni si possono ipotizzare per il futuro. La discrepanza fra i dati forniti dal Ministero e quelli dell'assessorato può già dimostrare un diverso modo di lavorare. Naturalmente occorrerà verificare questi dati, anche per accertare e disgiungere eventuali responsabilità, e per contribuire ad impostare in maniera positiva tutta la questione.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Scondotto, rappresentante della regione Sicilia.

SCONDOTTO. Poichè l'assessore Pagano non è potuto venire in questa sede per inderogabili impegni di governo, riferirò io stesso, come responsabile del gruppo per la salute mentale dell'assessorato alla sanità della regione Sicilia, in merito all'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica.

All'indomani dell'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978, nella nostra regione risultavano funzionanti cinque ospedali pubblici: quello di Palermo, quello di Messina, quello di Erice (Trapani), quello di Siracusa e quello di Agrigento, nonchè la casa di cura Villa Stagno, sita a Palermo, ma il cui bacino di utenza, sulla base di antiche convenzioni, è costituito dalle province di Caltanissetta e di Enna.

A seguito della nota esperienza (per molti versi dolorosa, ma forse necessaria) dell'ospedale psichiatrico di Agrigento, si è affermata in Sicilia la convinzione della necessità del superamento degli ospedali psi-

chiatrici e la regione si è dotata di un apposito gruppo di lavoro che, dal 1992 fino ad oggi, ha operato in termini di programmazione e di monitoraggio del fenomeno, ottenendo così una riduzione del numero complessivo dei degenti da 1740 a 1222 negli ospedali pubblici (ed a 230 nella struttura privata). Questi i dati dell'Istituto di medicina sociale, risalenti al giugno 1996, secondo cui in Sicilia si è raggiunta una percentuale di degenti manicomiali pari a 2,9 ogni diecimila abitanti, tasso minore rispetto alla media nazionale. Allo stato attuale, nei cinque ospedali pubblici esistenti in Sicilia sono ricoverati 393 pazienti a Palermo, 297 a Messina, 186 a Trapani, 145 ad Agrigento e 233 a Siracusa.

La regione Sicilia ha ottenuto questi risultati anche grazie ad una serie di iniziative circostanziali e specificatamente realizzate per la riabilitazione, la risocializzazione dell'utenza ricoverata, grazie ad apposite circolari e regolari verifiche *in loco*.

L'assessorato, al fine di procedere all'attuazione della disposizione di cui alla legge n. 724 del 1994, ha promosso attività sia di natura tecnica sia di natura politica.

Sul piano della programmazione è stato condotto un rilevamento ed un monitoraggio nell'ambito del residuo manicomiale; l'ultimo rilevamento ufficiale effettuato presso i cinque *ex* ospedali psichiatrici pubblici dell'isola ha fornito dati relativi alla distribuzione dei pazienti che sono stati classificati secondo differenti tipologie clinico-assistenziali. Si è proceduto, così, alla distinzione in quattro fasce dei soggetti attualmente ricoverati, in aderenza ai principi del progetto-obiettivo «tutela e salute mentale» di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 1994: i soggetti (che si aggirano intorno al 14 per cento) appartenenti alla prima fascia che non hanno bisogno di assistenza sanitaria specifica possono essere dimessi e, in base a quanto previsto dalla legge regionale n. 22 del 1986, saranno avviati in strutture socio-assistenziali, quali case-famiglia, case-albergo, comunità-alloggio, che saranno poste a carico degli enti locali e dei comuni, secondo le modalità fissate dall'articolo 17 della legge regionale n. 22 del 1986. Sulla base di tale normativa, infatti, l'onere della realizzazione di tali strutture non compete al Servizio sanitario nazionale, anche se in tale ambito andranno in ogni caso garantiti la piena integrazione ed il coordinamento con i servizi distrettuali, territoriali ed ospedalieri dell'azienda sanitaria locale per la necessaria assistenza sanitaria.

Il 42,5 per cento è costituito da pazienti più propriamente psichiatrici, cioè soggetti nei quali si riscontra quella desocializzazione pervasiva tipica dei pazienti psichiatrici cosiddetti cronici, che necessitano di assistenza clinica, tesa sia alla riabilitazione psichiatrica che al reinserimento sociale.

Il 21,3 per cento dei degenti è costituito da portatori di *handicap* che hanno bisogno di interventi assistenziali e riabilitativi per disabili; ed il 21,8 per cento circa è rappresentato da degenti che hanno prevalentemente bisogno di adeguata assistenza geriatrica.

Dal punto di vista politico, quali programmi di intervento ha inteso attuare la regione Sicilia? Nella nostra regione, vi è stato un periodo di instabilità politico-amministrativa, per cui è venuto a mancare un punto di riferimento valido per la promozione dell'intero processo di superamento degli ospedali psichiatrici e della loro riconversione. Questo ha

costituito un oggettivo ostacolo all'adozione di provvedimenti nell'ambito della nostra regione.

Un altro elemento che ci ha indotto a mantenere una posizione di attesa è stata la mancanza di posizioni chiare da parte delle competenti autorità ministeriali, di linee guida, cioè, individuate dallo specifico organismo presso il Ministero, soprattutto relativamente alle strutture manicomiali, che non sembra siano state mai adottate; ciò è avvenuto perchè nel nostro paese sono emerse due teorie tra loro contrapposte; una tendente alla dimissione dei pazienti ricoverati in tutte le strutture appartenenti agli ospedali psichiatrici ed alla chiusura dell'esperienza manicomiale in senso stretto e un'altra che ipotizzava il riutilizzo e la riconversione di tali strutture all'interno dei manicomi.

La nuova amministrazione regionale, in particolare all'indomani dell'insediamento dell'assessore Pagano, si è fatta carico di un progetto di lunga durata, ed ha adottato provvedimenti di una certa rilevanza.

Bisogna tener presente, infatti, che circa un 40 per cento di soggetti, affetti da gravi patologie a rischio di cronicità, quantificabili in circa 650 unità, sono da destinare a strutture residenziali riabilitative anche a lungo termine; le disposizioni assunte a livello nazionale che destinano alla regione Sicilia 500 posti letto non ci permetterebbero di dare asilo a tutti i soggetti da ricoverare.

Il progetto dell'assessore Pagano - che noi speriamo di poter adottare nell'arco dei prossimi mesi - consiste, nell'ideazione di un apposito strumento di pianificazione regionale che rispecchi i parametri nazionali già previsti, ma che permetta anche di ritoccarli per consentire di trovare i posti letto mancanti nelle strutture situate all'interno dei reparti di salute mentale degli ospedali psichiatrici dismessi. Ovviamente, l'assessore Pagano presterà grande attenzione alla realizzazione di tale progetto per evitare il fortissimo rischio di una riproduzione dell'ospedale psichiatrico sotto l'etichetta della riconversione o del riutilizzo delle strutture psichiatriche.

Per questi motivi, riteniamo che, per pervenire al superamento degli ospedali psichiatrici ed alla realizzazione delle strutture alternative, saranno necessari tempi più lunghi rispetto ai termini di scadenza previsti. Comunque, per accelerare la realizzazione di queste strutture residenziali e per tentare di garantire anche dei presidi di aree residenziali previsti nell'ambito della salute mentale, l'assessore intende ricorrere e coinvolgere il privato sociale e quello imprenditoriale.

Questo potrebbe essere anche un meccanismo di concorrenza per il sistema pubblico e per il sistema privato, al fine di assicurare questi posti di residenzialità nelle comunità terapeutiche che bisognerebbe prevedere nell'ambito del dipartimento di salute mentale.

Nella nostra regione, grazie anche all'opera dell'assessorato, sono state avviate già delle iniziative nell'ambito dei singoli ospedali psichiatrici e delle Usl per il superamento delle strutture ospedaliere psichiatriche. L'ospedale psichiatrico di Agrigento ha predisposto un programma sulla base della quantificazione dell'utenza nelle fasce cui ho fatto riferimento e la chiusura della struttura manicomiale è imminente. Occorre precisare che gli utenti sono stati suddivisi in fasce, come le Rsa geriatriche, quelle per handicappati e quelle per utenti psichiatrici, e che sono stati dimessi tutti i soggetti deospe-

dalizzabili secondo le modalità che ho ricordato, affidando agli enti locali l'onere socio-assistenziale.

Tuttavia, è pur vero che questo intervento è stato agevolato da due condizioni. In primo luogo, l'ospedale psichiatrico di Agrigento ha avuto un numero di ricoverati nel tempo che è tra i più bassi rispetto agli altri ospedali psichiatrici e questo ha agevolato iniziative di programmazione nel settore da parte dei singoli operatori. In secondo luogo l'ospedale di Agrigento ha in dotazione strutture che sono state recentemente costituite e che consentono la messa in atto di adeguate strategie di tipo assistenziale, anche sul piano abitativo e strutturale, con un rilancio delle attività assistenziali nell'ambito delle varie fasce di utenza.

Da questo punto di vista quindi l'ospedale psichiatrico di Agrigento, pur passando attraverso un'esperienza dolorosa, paradossalmente è stato agevolato proprio da questo fenomeno di autoconsunzione.

Abbiamo predisposto direttive e bozze di piano, però queste direttive, anche sotto forma di circolari, non hanno avuto l'*imprimatur* da parte della Giunta regionale e del Governo. Quindi questi programmi, che sono stati avviati anche sulla base dei contatti che abbiamo avuto a livello di uffici con i singoli presidi ospedalieri, non possono essere inseriti nelle direttive regionali adottate nell'ambito di uno strumento di pianificazione regionale vero e proprio.

L'ospedale psichiatrico di Agrigento ha chiuso adottando la strategia della riconversione che si è potuta realizzare in quel determinato contesto.

Anche l'ospedale psichiatrico di Palermo ha un programma già avviato in questo senso, però ci sono in quel caso molte perplessità perchè si tratta di interventi che non hanno nè risorse strutturali ne potenzialità in prospettiva, dato l'alto numero di pazienti ivi ricoverato, per cui si verrebbe a creare ancora un presidio manicomiale, anche se aperto all'esterno e riconvertito per altre strutture. Pertanto, il programma avviato per l'ospedale psichiatrico di Palermo non può essere paragonato a quello dell'ospedale di Agrigento.

Anche Messina in questi giorni ha fatto pervenire un suo programma; tuttavia - ripeto - aspettiamo che la Giunta regionale adotti nelle prossime settimane un programma di pianificazione regionale che recepisca integralmente il progetto nazionale nell'ambito della riorganizzazione dei servizi territoriali di salute mentale di tutta la regione per prevedere una quota di residenzialità e quindi il superamento delle strutture manicomiali anche nell'ambito più complessivo della riorganizzazione dei servizi.

Se l'orientamento politico è questo, entro la data indicata dalla legge sicuramente verrà elaborato il progetto, ma quella data non potrà essere rispettata per l'attuazione del progetto stesso.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottor Scondotto, per la sua chiarezza e per aver anticipato la risposta ad una mia domanda ovvia, cioè cosa accade entro il 31 dicembre.

SCONDOTTO. Signor Presidente, entro il 31 dicembre avremo il piano che però si realizzerà nel periodo successivo.

VALLETTA. Signor Presidente, desidero esprimere il mio apprezzamento al rappresentante della Sicilia il cui intervento è stato lodevole. Condivido molte delle cose dette soprattutto sulla chiusura del manicomio, sia come struttura sia come modo di gestire la psichiatria. A mio avviso occorre cambiare la mentalità verso questo tipo di patologie; sappiamo come sono stati considerati in passato i malati psichiatrici, non solo dalle strutture ma anche dalle famiglie; sappiamo si vergognano del familiare paziente psichiatrico. Spesso infatti questi malati restano ricoverati nelle strutture manicomiali perchè rifiutati dalle famiglie anche se in molti casi potrebbero rientrarvi. Ho seguito diversi esempi da vicino e conosco queste situazioni.

Occorre molta volontà, soprattutto politica. Nel corso di queste audizioni purtroppo ho dovuto constatare che a cominciare dal Ministro per finire con i rappresentanti regionali politici, gli assessori, nessuno si è presentato in Commissione e non per mancanza di rispetto verso la Commissione stessa...

PRESIDENTE. L'unico è stato l'assessore Pagano.

VALLETTA. Sì, forse perchè non era ancora «scaltrito».

SCONDOTTO. Mi permetta, signor Presidente, posso dirle che l'assessore Pagano ha sempre mostrato una sensibilità particolare riguardo a questo problema.

VALLETTA. Noi ringraziamo lei per la sua presenza; mi sono scusato personalmente per quanto è accaduto la volta precedente: in Aula vi era il dibattito sul messaggio del Presidente della Repubblica e quindi la seduta della Commissione non si è potuta tenere.

Lei ha fatto riferimento a quattro fasce di pazienti; il Ministero della sanità parla di tre fasce. Tuttavia direi che il problema non è tanto di prima, seconda o terza fascia: i pazienti delle prime fasce sono ben accettati da tutti, sia dalle strutture pubbliche presenti sul territorio che dalle cliniche private, perchè richiedono poco impegno e consentono un elevato guadagno (purtroppo bisogna riconoscerlo). La patologia psichiatrica rappresenta infatti un *business* per molte strutture; in un incontro che ho avuto un questo argomento ho detto che i malati psichiatrici sono come una mucca che con poco mangime dà molto latte.

Il problema è che non ci si vuole far carico invece dei pazienti gravi, quelli della quarta fascia. Dal momento che questi tutti questi pazienti sono ricoverati nelle strutture pubbliche, perchè non credo che la struttura privata se ne faccia carico, sono dell'avviso che anche le strutture murarie possano rimanere dove sono; non possiamo infatti abbattere un ospedale per costruirne un altro a fianco, ma dobbiamo riconvertire queste strutture ed assegnare loro una funzione diversa. È necessario cambiare mentalità nei confronti di questi pazienti e dare loro quell'assistenza che fino adesso non hanno avuto.

Ricordo scene terrificanti cui ho assistito quando da studente universitario ho visitato l'ospedale Santa Maria della Pietà. Ho visto nei recinti sette-otto persone, che indossando solo mezzo pigiama si davano le botte tra di loro, facevano i loro bisogni per terra, raccoglievano gli

escrementi e li mettevano in bocca. Non sono più andato in un ospedale psichiatrico perchè sono rimasto terrorizzato da queste immagini.

Dobbiamo stare attenti a questa situazione e fare una distinzione tra le varie patologie. Io sono sindaco di un paese della regione Molise; sono stato il primo nel 1975-76 a realizzare una casa-famiglia e ho constatato che tutti i giorni vi è gente che chiede di entrarvi. Non abbiamo strutture psichiatriche regionali: i nostri pazienti sono ospiti di altre regioni, compresa la Campania e l'Abruzzo. Ora vi è l'intenzione di far entrare solo pazienti residenti. Dobbiamo stare attenti a questo; possiamo elaborare programmi, ma dobbiamo rispettarli perchè se gli interessi ci cui si tiene conto non solo quelli dei pazienti continueremo ad avere molti 31 dicembre, non solo quello del 1996, prima che le strutture vengano effettivamente chiuse.

SCONDOTTO. Quello di cui lei ha parlato è esattamente il fenomeno al quale facevo riferimento poc'anzi. Siamo partiti dalla tassatività dell'articolo 3 della legge n. 724 del 1994 in cui si stabiliva di chiudere i manicomi e vendere le strutture. In questo periodo in effetti si è creato un movimento che sostiene che se si vendono le strutture, si sradicano dal loro ambiente questi pazienti che si sono ormai abituati ad un certo tipo di ambito murario.

Nell'arco di questo biennio - ripeto - è emerso il problema a cui lei ha fatto riferimento. Fra l'altro, nella bozza di linee-guida che è stata inviata alle direzioni dei manicomi si può verificare che è prevista la possibilità di riutilizzo dei locali degli ex ospedali psichiatrici.

È chiaro che lo strumento di pianificazione che il nostro assessorato sta mettendo a punto non esclude questa possibilità, ma si vuole evitare di muoversi solamente in questa direzione. Occorre infatti creare anche strutture alloggiate a livello del territorio, là dove maggiori sono gli stimoli e più agevole potrebbe essere il lavoro degli operatori per il reinserimento di questi soggetti. Si redigerà un documento tecnico che dovrà prevedere entrambe le possibilità e garantire comunque la qualità dell'intervento anche nel settore privato.

VALLETTA. Credo che la legge debba prevedere anche delle sanzioni, per cui nessuno possa eluderla tranquillamente: se un assessore o un presidente di giunta regionale non si attengono alla legge, devono essere sanzionati.

La nostra è un'indagine conoscitiva, come diceva giustamente il collega Monteleone, ed occorre che si giunga a formulare indirizzi cogenti per i responsabili, che devono poi adottare criteri e provvedimenti tali da evitare che si passi di rinvio in rinvio senza risolvere nulla.

SCONDOTTO. Mi permetta, senatore Valletta, di rilevare solo che le sanzioni di cui lei parla avrebbe dovuto prevederle la stessa legge n. 724. Ora si possono prevedere sanzioni per il futuro, e questo potrà costituire uno stimolo per molti amministratori per pervenire alla chiusura dei manicomi.

DANIELE GALDI. Vorrei sapere quali sono i rapporti con gli ospedali privati.

PRESIDENTE. Per integrare l'interessante domanda della senatrice Daniele Galdi, vorrei chiederle come mai il Ministero della sanità non censisce gli ospedali privati.

SCONDOTTO. Per quanto riguarda il privato, in Sicilia vi è solo una struttura, la casa di cura di Villa Stagno, convenzionata con la Usl 61 di Palermo, che, prima dell'entrata in vigore della legge n. 180, operava in convenzione con le province di Enna e Caltanissetta, dato che in passato la competenza sugli ospedali psichiatrici e i manicomi era demandata alle province. Perciò le province di Enna e Caltanissetta hanno autonomamente preferito convenzionarsi con questa struttura privata di Palermo, in cui sono ricoverati circa 230 pazienti, in base a quelle vecchie convenzioni. È chiaro che dopo l'approvazione della legge n. 180, nessuno è più stato ricoverato in questa struttura, che ha funzionato per la lungodegenza psichiatrica. Bisognerà prevedere una particolare modalità di superamento di questa situazione, anche in considerazione della natura giuridica del rapporto di convenzione.

DE ANNA. Signor Presidente, cari funzionari delle regioni, dopo l'audizione di oggi e quelle della scorsa settimana dovrei dedurre che a livello regionale i problemi legati alla dismissione delle strutture manicomiali siano minimi e che entro il 31 dicembre 1996 la legge n. 180 del 1978 avrà quasi totale attuazione. In realtà, credo di cogliere tra le righe degli interventi dei funzionari regionali che il problema è ben lungi dall'essere risolto.

Esistono due realtà completamente diverse: è inutile nascondere. Al Nord le regioni hanno già provveduto a convertire buona parte degli ospedali psichiatrici in strutture alternative idonee ad accogliere quasi il 70 per cento dei pazienti psichiatrici, mentre al Sud i programmi di conversione o non sono stati avviati, oppure sono attivi solamente sulla carta. Lungi da me l'idea di colpevolizzare la realtà meridionale, credo che i ritardi siano da addebitarsi alla cronica carenza di finanziamenti da destinare alla riconversione di tali strutture. L'attuale realtà sanitaria del Meridione deve per forza destinare risorse all'assistenza e all'emergenza, che sono ormai croniche; quindi non rimangono risorse da programmare per colmare il dislivello che purtroppo esiste con la realtà sanitaria del Nord.

Stando così le cose, non vedo come, anche entro qualche anno, si potranno raggiungere al Sud i livelli, ad esempio, dell'Emilia Romagna, del Veneto, della Lombardia, del Friuli. Se non daremo alle regioni più in ritardo nell'attuazione del programma di dismissione delle strutture psichiatriche la possibilità di accantonare dei finanziamenti *ad hoc*, sicuramente tra cinque o anche dieci anni non troveremo una situazione diversa da quella attuale.

È inutile nasconderci che al Sud le risorse sono appena sufficienti a fornire un'assistenza che ancora non è paragonabile a quella del Nord. Non capisco perciò fra quali pieghe dei loro bilanci le regioni meridionali possano trovare le risorse necessarie per avviare i suddetti programmi. Quindi forse occorrerà prevedere dei finanziamenti mirati perchè anche il Sud raggiunga gli obiettivi già conquistati dalle regioni del Nord.

MONTELEONE. Alla luce di ciò che ha appena detto il collega De Anna, con il quale concordo, va spostata la responsabilità dalle regioni al Governo centrale, perchè se le regioni meridionali devono operare con i fondi a loro disposizione, il problema diventa insolubile. Se si andrà verso una soluzione come quella prospettata dal senatore De Alma, ben venga, però con una citazione di tipo ministeriale, con fondi vincolati e termini perentori.

Concordo anche con il collega Valletta, che ipotizzava di prevedere sanzioni per gli amministratori inadempienti; se si recepissero parallelamente le indicazioni del collega De Anna, che prospettava di destinare dei fondi *ad hoc*, potremmo dare una risposta al problema dei residui manicomiali, che è il compito specifico della nostra indagine conoscitiva.

TOMASSINI. Condivido gran parte dell'intervento del senatore Valletta che ha ben delineato l'esito delle audizioni di oggi e di quello che stiamo complessivamente ascoltando. Abbiamo assistito ad esposizioni trionfalistiche; quelle odierne, compilative e concrete, hanno ben fotografato la realtà della regione Sicilia e per questo devo fare i miei complimenti ai rappresentanti siciliani.

Certamente nessuno vuole tornare alle vecchie strutture manicomiali, ma la realtà non si esorcizza con le parole e la legge n. 180 del 1978 presenta evidenti limiti, per cui è necessaria una sua revisione. Nelle audizioni di oggi non abbiamo ascoltato solamente una mera esposizione della realtà, ma anche un'attenta analisi relativa alle motivazioni del ritardo nel superamento degli ospedali psichiatrici e nella loro riconversione, che altri hanno sottaciuto o nascosto, oltre all'esposizione di un grande senso di progettualità, che sicuramente porterà a qualcosa di positivo entro il 31 dicembre 1996. È quindi fondamentale che la crisi debba essere evitata e per tali motivi ritengo che, dopo questa prima fase, la Commissione debba essere dotata di compiti di programmazione, oltre che di quelli ispettivi, per giungere alla conclusione dell'intera vicenda.

SCONDOTTO. Come la stessa esperienza siciliana dimostra, non sempre può essere attribuito all'insufficienza dei finanziamenti un ritardo che è stato spesso determinato, in passato, da un difetto di sensibilità politica e amministrativa nei confronti delle problematiche della salute mentale. Grazie alla legge n. 180 del 1978, con cui venivano attribuiti finanziamenti alla Sicilia, si è realizzato circa il 70 per cento di quello che era nei progetti prefissati, ma è pur vero che l'assegnazione di questi finanziamenti non ha portato ad una loro sollecita utilizzazione nè alla realizzazione di tutte le strutture.

Il problema è, secondo me, di natura culturale e di impegno sociale nel senso che, anche da parte degli organi preposti, politici ed amministrativi, non vi è sufficiente sensibilità per risolverlo davvero. Quindi, anche chi opera nel settore deve superare una difficoltà: quella di ottenere l'attenzione da parte dei vertici amministrativi e politici. Più che dei finanziamenti, dobbiamo parlare di responsabilizzazione, per far sì che chi ha una responsabilità venga messo di fronte a precisi obblighi di natura finanziaria.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti coloro che sono intervenuti. Suspendo, pertanto, la seduta, fino alle ore 17,30.

I lavori, sospesi alle ore 17, sono ripresi alle ore 17,30.

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori. Sono presenti i rappresentanti della regione Marche, dottor Nicola Scola e signora Gina Frezzotti e della regione Basilicata, dottor Donato Grieco e dottor Michele Lapenna; infine, per la regione Calabria è presente la dottoressa Rosanna Muscolo.

Stiamo conducendo queste audizioni nell'ambito di un'indagine conoscitiva sul problema della soppressione delle strutture manicomiali.

Come voi già saprete, la legge n. 724 del 1994 prevede che entro il 31 dicembre 1996 queste strutture siano eliminate. Abbiamo ritenuto opportuno, come Commissione, avviare questa indagine conoscitiva per avere un quadro approfondito della situazione nel nostro paese. Abbiamo ascoltato i rappresentanti del Ministero della sanità, che ci hanno fornito anche i dati relativi alle vostre regioni, riteniamo tuttavia di dover approfondire la questione ascoltando direttamente quali sono le singole realtà regionali.

La Commissione vorrebbe sapere da voi quali sono le iniziative legislative nel settore, quale programmazione è prevista e quale è la competenza regionale in merito al superamento degli istituti manicomiali. Sarebbe per noi molto utile anche avere informazioni circa la realizzazione sul territorio di strutture alternative a quelle ospedaliere da parte delle singole regioni.

Do pertanto la parola al dottor Grieco, rappresentante della regione Basilicata.

GRIECO. Signor Presidente, vorrei innanzitutto osservare che la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 e la legge n. 180 dello stesso anno avevano praticamente disegnato un sistema impossibile da realizzarsi per la regione Basilicata. La Basilicata infatti è forse l'unica regione d'Italia a non avere un ospedale psichiatrico pubblico. Dal 1960 ha avuto una struttura privata, la Casa della Divina Provvidenza Don Uva, che di fatto ha supplito alla carenza più totale del pubblico in questo settore.

L'inserimento del quinto comma dell'articolo 64 della citata legge n. 833 è stato fondamentale: con tale norma si prevedeva infatti che le regioni che non avessero strutture pubbliche per ospedalizzare i malati psichiatrici e per creare servizi territoriali potevano anche utilizzare il personale volontario delle strutture private per la creazione del nuovo sistema disegnato dalla legge n. 180, trasfuso poi nella legge n. 833.

In applicazione di tale disposizione che, peraltro, abbiamo contribuito a scrivere, varammo una legge regionale per attuare e rendere praticabile la previsione del quinto comma dell'articolo 64 della legge n.833, per rendere possibile la creazione di servizi territoriali mediante l'utilizzazione del personale in servizio ad una certa data nella struttura privata. Questa operazione ci ha permesso, poichè vi era la volontarietà e non l'obbligo per il personale della struttura privata di ogni regione di passare ai servizi territoriali, di attrezzare decentemente il territorio, attivando nell'ambito delle sette Usl della Basilicata cinque spazi psichia-

trici ospedalieri con servizi di diagnosi e cura. Anche se può sembrare strano, sotto certi aspetti la Basilicata ha anticipato il disegno della legge n. 180 del 1978. Prima ancora che essa entrasse in vigore erano state infatti attivate cinque case-famiglia: strutture intermedie che hanno favorito una progressiva deospedalizzazione dei pazienti presenti nel Don Uva, cinque in provincia di Matera e quattro nell'area metapontina.

Allo stato attuale esistono sei strutture intermedie a Matera e quattro nel metapontino. La situazione più critica, che ci ha impedito di fatto di realizzare compiutamente il disegno riformatore nel settore, si riscontra nella città di Potenza, che allo stato registra soltanto una struttura intermedia che ha consentito di deospedalizzare un numero inconsistente di pazienti, per i quali vi è un rapporto numerico con il personale molto elevato, quasi di uno ad uno.

Per i primi mesi del 1997 sono comunque già finanziate e programmate nel potentino altre tre strutture che dovrebbero in parte assorbire una quota degli attuali 501 ospiti di rilievo psichiatrico della struttura manicomiale; ci sono poi circa 280 pazienti ortofrenici. Di questi 501 ospiti circa un centinaio sono dimissibili; 300 rappresentano il residuo classico, costituito dai malati irreversibili, cronici, socialmente e clinicamente indimissibili anche se faccio notare, che la dimissibilità è un concetto molto relativo. Vi sono poi 150-160 pazienti che definiamo socialmente dimissibili. Il nuovo piano sanitario che entro dicembre dovrebbe passare al vaglio del consiglio regionale dovrebbe chiudere il problema dei pazienti clinicamente e socialmente dimissibili. Resta quindi il grosso problema del residuo.

Voglio ricordare che dal 1985, anno in cui abbiamo varato la legge regionale n. 14 che ha anticipato in maniera puntuale le linee del progetto-obiettivo, facendo una scelta razionale, siamo riusciti ad inserire la struttura manicomiale non più come struttura chiusa, ma con il presupposto di una conversione sostanziale profonda, nel dipartimento di salute mentale, delegando ad essa la lungodegenza per il residuo.

La struttura ha continuato ad esistere e si è aperta notevolmente; essa era dotata di circa duemila posti letto (ovviamente mai occupati) ed oggi ha circa 500 posti letto di ricovero: quindi non si tratta più di un luogo di degenza. Tutto sommato, si è determinata una trasformazione di spazi ed una rivoluzione seria e profonda.

Tra l'altro, malgrado tutti gli sforzi possibili tesi a riconvertire la spesa in questo settore, i finanziamenti sono stati bloccati e non ci hanno permesso, purtroppo, di operare sul territorio: inoltre, i 600 dipendenti circa che lavorano presso questa struttura hanno bloccato per gran parte l'operazione più decisa di deospedalizzazione. Comunque, per questa parte di residuo manicomiale, il problema non è di determinare una vera e propria deospedalizzazione, in quanto per il tipo di pazienti che ospita si pone più che altro il problema di passaggio da una tipologia asilare di ricovero ad un'altra, adatta a pazienti affetti da patologia grave che necessitano di assistenza ospedaliera continua.

Vorremmo davvero evitare di commettere gli stessi errori del passato, dovuti ad una mancanza di adeguata attenzione nei confronti del malato psichiatrico; il problema, infatti, non è quello di chiudere il manicomio per ricrearlo sul territorio.

Del resto, sono convinto che tra il 1997 ed il 1998 al massimo, questa struttura potrà essere pronta ad offrire una risposta ai problemi sia di coloro che abbiamo definito dimissibili sia di coloro che abbiamo definito socialmente indimissibili (poichè non vi sono famiglie in grado di accoglierli).

Spero che nell'ambito della regione, cui spetta la puntuale realizzazione degli obiettivi fissati dal progetto generale nazionale, si riuscirà a chiudere l'intera vicenda in maniera decorosa.

PRESIDENTE. Nutro delle perplessità circa la natura giuridica che potrà assumere il rapporto tra la regione e questa struttura privata, a seguito della cessazione della validità delle convenzioni. Al di là dei problemi oggettivi derivanti dal personale, come pensate di procedere all'accreditamento? Nell'ottica del vostro piano sanitario, questa struttura può costituire una Rsa od altro?

GRIECO. Potranno essere realizzati accreditamenti sulla base dell'idoneità della struttura a svolgere funzioni di centro di terapia geriatrica e di centro di riabilitazione. Del resto, nel 1985 anticipammo, di fatto, quanto previsto nel progetto obiettivo, costringendo sin da allora la struttura alla riconversione: vi sono le condizioni e le strutture adatte a svolgere tali funzioni. Vi sarebbe anche la possibilità di costituire una Rsa nel capoluogo di regione che, tra l'altro, dovrebbe sopportare il maggiore peso dell'utenza: circa il 40 per cento dei pazienti, infatti, appartiene all'area della Usl n. 2 di Potenza.

Quindi crediamo di poter risolvere il problema, a condizione che la struttura si metta in condizione di procedere all'accreditamento attraverso le riconversioni strutturali, organizzative e funzionali, attualmente abbastanza rigide. L'unico ostacolo posto alla nostra operazione è costituita dal tempo necessario per risolvere il problema relativo al personale addetto, perchè, per il resto, essa verrà realizzata sul piano che stiamo definendo, utilizzando, ove sussistano le condizioni adeguate, questa struttura.

PRESIDENTE. A causa di una riunione dell'ufficio di Presidenza, chiedo al senatore Monteleone di sostituirmi.

Presidenza del vice presidente MONTELEONE

CAMERINI. Nel documento pervenutoci dal dipartimento della programmazione del Ministero della sanità, risulta che l'azienda Usl di Potenza ha 515 posti letto e 760 degenti: nutro forti perplessità in merito al numero dei posti letto in rapporto a quello dei degenti considerata la sproporzione esistente. Vorrei, quindi, delucidazioni in proposito.

GRIECO. In questo dato sono compresi i malati ortofrenici.

CAMERINI. Vorrei sapere quanti sono i dipartimenti di salute mentale esistenti in Basilicata. Infine, in merito a quanto lei ha detto sull'attività territoriale, vorrei sapere quante sono le strutture Rsa attivate, quanti gli ospedali diurni, le case-famiglia ed, infine, se esistono o sono in programma cooperative sociali all'interno del progetto.

GRIECO. La provincia di Matera è l'area più avanzata in questo settore, anche perchè è stata al centro di una cultura della deistituzionalizzazione. Allo stato attuale, sono già funzionanti ed attive nuove strutture intermedie.

La provincia di Potenza è quella maggiormente arretrata proprio per la presenza delle strutture manicomiali. Attualmente, possiede solamente una struttura intermedia, ma entro il primo semestre del 1997 ne saranno attivate altre tre cui seguirà l'apertura di un centro diurno nel capoluogo, già finanziato dalla regione.

Il punto critico di questo progetto sta nel decidere il tipo di struttura che intendiamo realizzare con il piano triennale che stiamo elaborando, e che dovrebbe essere approvato dal consiglio regionale entro dicembre.

LAPENNA. Per quanto riguarda la domanda posta dal senatore Camerini circa le caratteristiche delle strutture di assistenza psichiatrica esistenti nella regione, vorrei ricordare che abbiamo ricevuto la visita dei colleghi della Sar che hanno condotto un'indagine a campione, effettuando una verifica di due giorni su alcune aziende sanitarie di Potenza e di Matera.

Come responsabile del dipartimento, devo informare che esiste una Commissione della psichiatria regionale di tutela e vigilanza, prevista dalla legge n. 14 del 1985. La Commissione è composta da esperti della psichiatria, rappresentanti di alcune famiglie ed appartenenti ad alcune associazioni, che opera da oltre un anno. Che fotografia ha effettuato della situazione? Il collega ha già rilevato che la legge regionale n. 14 del 1985 ha anticipato le linee, le indicazioni del progetto-obiettivo che è così articolato: servizio di salute mentale, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, strutture psichiatriche intermedie, interventi a domicilio. Il quadro della Basilicata è questo ed occorre che sia molto chiaro.

Mi permetto quindi di offrirvi questi dati: a Potenza abbiamo un dipartimento di salute mentale, con un servizio di salute mentale ereditato dalla provincia, che funziona, con l'elenco degli operatori che si attengono a ciò che prevede il progetto obiettivo (lo fanno da anni), l'intervento sul territorio, l'intervento ambulatoriale, il sostegno e la verifica sugli interventi della struttura psichiatrica e sui servizi intermedi. Vi è un grosso dipartimento, un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, i servizi mentali e una sola struttura psichiatrica intermedia.

Nella provincia di Matera leggiamo nella relazione Sar che vi è un'organizzazione perfetta per quanto attiene il dipartimento. C'è anche un gruppo di appartamenti, cinque case-famiglia, il servizio di salute mentale e tutto il dipartimento che funziona benissimo perchè abbiamo avuto la fortuna di avere operatori con una visione diversa in un momento storico particolare.

La commissione Sar parla di organizzazioni dipartimentali, perchè manca il provvedimento formale di istituzione del dipartimento. A noi comunque interessano i contenuti perchè riteniamo marginale che vengono adottate delle delibere oppure che la regione faccia pressioni perchè si arrivi a questo provvedimento.

Nelle altre aziende che hanno dimensioni molto ridotte, non abbiamo un dipartimento formalmente costituito (così come previsto dal progetto-obiettivo e dalla citata legge n. 14); per esempio, nella Usl di Melfi troviamo un servizio psichiatrico di diagnosi e cura presso l'ospedale; se ci spostiamo nel metapontino, la situazione è identica: servizio psichiatrico di diagnosi e cura, con tanti operatori che lavorano in *équipe* e interventi ambulatoriali sul domicilio, nel senso che questa *équipe* è presente nel territorio, riceve l'utenza in questo ambulatorio; inoltre ci sono quattro case-famiglia che abbiamo ereditato dalla provincia.

È vero, manca chiaramente l'atto formale di istituzione, l'integrazione di qualche altra pedina per parlare di dipartimento, ma siamo sulla buona strada. A quanto detto dal collega Grieco aggiungo che l'atto formale è stato predisposto da me personalmente, ciò significa che in un comune della Val d'Agri, dove ci sono utenti che provengono da quell'area, abbiamo individuato una vecchia scuola periferica ceduta in gestione d'uso alla Usl e per questo abbiamo stanziato 100 milioni che sono stati prelevati dai fondi a destinazione vincolata, cioè già destinati a quello scopo.

Personalmente sono andato presso la direzione del Ministero di grazia e giustizia che dispone, ad Avigliano, a 16 chilometri da Potenza, di un carcere minorile disattivato. Questo carcere, che è stato messo a disposizione del comune di Avigliano (che ha siglato un'intesa con la Usl di Potenza per questa cessione) farà sì che noi partiamo con altre due strutture psichiatriche.

Mi preme sottolineare che nella relazione Sar queste cose non sono state dette. Mi assumo la responsabilità di quanto ho detto in questa sede perchè non faccio altro che ripetere quanto la commissione in un anno ha fotografato e registrato.

CAMERINI. Lei ritiene che la volontà e la cultura degli operatori siano molto importanti.

LAPENNA. Aggiungo la cultura del territorio. Tenete presente che un tipo di servizio nasce, si crea e funziona in un determinato contesto.

Qual è la cultura della nostra regione? Il malato di mente è considerato, nel nostro contesto, lo scemo del paese e sono stati i congiunti a prendere l'iniziativa di toglierlo dal luogo di provenienza per metterlo in manicomio - mi riferisco agli anni Ottanta -: sono stati i parenti a prendere l'iniziativa e a sottolineare chiaramente la malattia di queste persone; con l'appoggio del medico curante, si sono fatti carico di questa necessità e il loro congiunto si trova ora in manicomio. È difficile riportare a casa, in un paese di mille abitanti, un cittadino della Basilicata (ve lo dice un operatore del territorio) che sia stato 10 o 15 anni in un ospedale psichiatrico. La Basilicata ha comuni che arrivano come media a 1.500-2.000 abitanti, salvo alcune eccezioni. Pensare, ad esempio, di ri-

portare nel territorio un vecchietto dopo venti anni di ricovero significa farlo morire il secondo giorno.

È necessario muoversi quindi con molta cautela, valutare tutto attentamente e studiare il modo in cui agire senza provocare danni ad una persona. Anche qui si tratta di creare una nuova struttura, cosa che stiamo tentando di fare. In passato abbiamo sbagliato a dire che il malato di mente è pericoloso ed ora si parla in maniera diversa di malattia mentale. Portiamo avanti quindi un altro tipo di discorso, nel senso che prendiamo qualche ex degente, lo caliamo in una comunità per far sì che quella comunità stessa possa maturare.

PRESIDENTE. Dottor Lapenna, le ricordo che siamo in sede di indagine conoscitiva: le notazioni di carattere sociologico, anche se giuste, esulano dal tema specifico di cui dobbiamo occuparci, anche se capisco la passione da cui lei è animato.

SCOLA. Signor Presidente, vorrei fornire soltanto dati informativi e quindi la mia sarà una relazione molto sintetica.

Possiamo fare risalire le iniziative normative più significative all'anno 1981 quando la nostra regione adottò una delibera con la quale si bloccò il reingresso dei pazienti negli ex ospedali psichiatrici. Questo è importante perchè da quella data si è ridotto enormemente il numero dei malati negli ex ospedali psichiatrici.

Nel 1985 abbiamo adottato la legge regionale n. 27, con la quale si istituivano i dipartimenti di salute mentale, molto simili a quelli previsti dal progetto-obiettivo, con una *équipe* unica e l'integrazione delle funzioni. Quella legge prevedeva inoltre che gli ospedali psichiatrici fossero trasformati in centri riabilitativi assistenziali e sanitari a modulo non ospedaliero ma assistenziale. Si eliminava perciò la organizzazione tipica ospedaliera (le guardie mediche, i turni, e così via).

Nel 1991 con atto amministrativo, poichè gli interventi nel settore non venivano programmati, abbiamo adottato un piano di spesa in conto capitale per istituire strutture riabilitative residenziali, strutture semi-residenziali ed interventi in conto capitale ed in conto corrente anche per gli ex ospedali psichiatrici, perchè l'utenza c'era ma i locali erano in decadenza e si rendevano quindi necessari interventi per migliorare gli ambienti e le condizioni di vita di questi pazienti.

Nel marzo 1995 abbiamo adottato il progetto-obiettivo sulla salute mentale.

Pertanto, in relazione alla popolazione (1.430.000 abitanti) prevediamo: 13 dipartimenti di salute mentale, uno per ogni Usl; una rete di strutture ambulatoriali composta da un minimo di 37 ad un massimo di 67 ambulatori già quasi tutti funzionanti; 13 servizi psichiatrici di diagnosi e cura già funzionanti; dovremmo però sopprimerne due perchè si trovano nella stessa Usl ed attivarne altri due.

Sono previsti infine 19 centri diurni; 5 *day hospital* e 16 strutture riabilitative residenziali; 9 comunità protette e 13 gruppi-appartamento.

Vi sono delle differenze, ovviamente, tra le comunità protette e le strutture riabilitative residenziali. Queste ultime sono destinate ad una utenza con problemi squisitamente sanitari, ed in esse si può svolgere un programma a breve e medio termine; nelle comunità protette, invece,

si potrà svolgere un programma di riabilitazione anche a lungo termine ed in un primo momento esse saranno destinate agli ospiti degli *ex manicomi*.

Tra le strutture che ho citato adesso, gli ambulatori, numerosi anche nei piccoli comuni, sono quasi tutti funzionanti, ma a causa della carenza di personale dovremo chiuderne qualcuno. In ogni caso, ripeto, molti ambulatori sono già operanti; si tratta di razionalizzare i giorni di apertura e l'orario.

Per quanto riguarda i centri diurni, su diciannove programmati ne funzionano undici; su cinque *day hospital* programmati, ne funziona uno; delle strutture riabilitative residenziali, quelle squisitamente sanitarie ne funzionano quattro; stiamo per attivare le comunità protette da destinare in un primo momento al residuo manicomiale e successivamente ad utenti che hanno bisogno di un'assistenza anche a lungo termine.

Per quanto riguarda gli *ex ospedali psichiatrici* abbiamo adottato il 2 agosto 1996 una deliberazione amministrativa con la quale individuiamo i criteri e le modalità per chiuderli. Tuttavia ripeto, già nel 1985 in base alla legge n. 27, abbiamo chiuso gli ospedali psichiatrici istituendo una struttura tipo Rsa a modulo non ospedaliero.

Con questa deliberazione adottata di recente prevediamo la chiusura definitiva, e per chiusura definitiva si intende assistenza al di fuori dell'area manicomiale, in strutture - come le comunità protette - con non più di 20 posti. Non vogliamo infatti riprodurre all'esterno situazioni che per quantità ed altre configurazioni possano ripetere moduli manicomiali. Adotteremo questo criterio anche per il privato sociale che voglia assistere questa utenza: siamo disponibili a mandare i nostri pazienti anche presso strutture private ma esse devono funzionare con un modulo simile a quello pubblico, con una utenza non superiore a 20 unità.

L'attuazione di questa deliberazione presuppone ovviamente del tempo; i nostri responsabili del dipartimento stanno prendendo contatti anche con il privato sociale per assistere gli utenti che sono già adeguatamente preparati e pronti ad uscire. Abbiamo adottato una modalità di chiusura che vuole privilegiare innanzitutto l'assistenza ai pazienti. Non vogliamo chiudere a tutti i costi ma vogliamo farlo quando ci sono le garanzie che l'ospite vada fuori a stare meglio. In caso contrario, poiché i nostri *ex manicomi* sono di piccole dimensioni, al massimo ospitano 70-100 malati, ad esclusione di quello di Pesaro dove vi sono 172 ospiti, abbiamo adottato il criterio di non allarmare le famiglie e le loro associazioni, ma di dimettere questi pazienti solo quando siamo sicuri, ripeto che andranno in una situazione migliore.

Il 31 dicembre 1996 è a mio avviso una data che potrà essere rispettarla per alcuni pazienti ma non per tutti. Ritengo che nel giro di un anno potremo però chiudere in via definitiva tutti gli *ex manicomi*. Vorrei ora fornirvi dati più precisi.

PRESIDENTE. Trattandosi di dati, può anche consegnarli alla Commissione, soprattutto se non richiedono una esplicitazione specifica.

SCOLA. Sì, signor Presidente, posso consegnarli alla Commissione.

FREZZOTTI. Il dottor Scola ha già dato un'immagine dell'assistenza psichiatrica nella nostra regione.

Confermo che di grande importanza è stata la delibera adottata dal nostro consiglio regionale n. 1981, che prevedeva al 31 agosto 1980 il termine ultimo entro il quale far cessare la deroga che consentiva di ricoverare ancora nei quattro ospedali marchigiani. Grazie alla creazione delle strutture situate nella città di Ancona, dove è stata condotta una grande campagna di sensibilizzazione con le famiglie e con il volontariato, sono rimasti nell'ospedale psichiatrico soltanto 65 pazienti, mentre ve ne sono ancora un centinaio per ogni ospedale psichiatrico nelle altre province.

La creazione di nuove strutture ha reso possibile fornire un'assistenza territoriale a questi pazienti più umana e la permanenza nei loro territori di provenienza; mentre in passato in presenza di situazioni drammatiche gli stessi congiunti non avevano altra struttura all'infuori di quella manicomiale. Attualmente, esiste un piccolo reparto di servizio psichiatrico di diagnosi e cura all'interno dell'ospedale civile, per gli acuti, che non è però adeguato per un ricovero di lungo periodo.

A questo punto vorremmo evitare di commettere gli stessi errori del passato ed offrire per «il domani» una degna psichiatria.

Per questo motivo, stiamo creando ad Ancona strutture apposite che, come abbiamo già appurato danno ottimi risultati. I giovani ospiti della struttura «Casa Rossa» vengono seguiti man mano e avviati direttamente al lavoro; svolgono diversi mestieri come quello dell'infermiere e del falegname con i quali si guadagnano da vivere. Tutto ciò è per noi di grande soddisfazione. Come dicevo prima, abbiamo creato strutture nei luoghi di provenienza degli ospiti, in particolare nella provincia di Ancona e Fabriano, proprio allo scopo di evitare il loro allontanamento dalla collettività di cui fanno parte.

MUSCOLO. In merito allo stato di attuazione del programma di dismissione delle strutture manicomiali della regione Calabria, faccio presente che l'unica struttura manicomiale attualmente esistente è l'ex ospedale di Girifalco, nel quale si trovano 204 degenti. Una Commissione tecnico-scientifica, presieduta da un cattedratico della facoltà di medicina dell'Università di Catanzaro e da otto primari scelti, ha elaborato un progetto di ristrutturazione di tale complesso, del quale si intendono salvaguardare le enormi potenzialità.

La regione Calabria, con apposita delibera del 19 dicembre 1995, ha inteso accogliere la proposta della Commissione tecnico-scientifica, tesa a ristrutturare il vecchio presidio ospedaliero di Girifalco sia per la sua collocazione, al centro del paese, sia perchè è circondato da un enorme parco, sia per l'esistenza di una cultura, propria del paese, che ha da sempre accettato il disabile mentale come facente parte della comunità.

Ci siamo resi conto delle grandi resistenze che si sono determinate quando, tre anni fa, siamo stati costretti a trasferire i pazienti in un altro presidio ospedaliero situato a 3 chilometri di distanza dall'attuale, per permettere l'inizio di questi lavori. Comunque, il progetto è iniziato il 1º gennaio 1996: l'esecuzione del piano tecnico-scientifico è stata affidata ad un coordinatore di uno dei dipartimenti della salute mentale

della Calabria ed abbiamo preso contatti con l'istituto superiore della sanità per dare avvio all'applicazione della scheda di valutazione, necessaria per la seconda fase della riabilitazione: si è passati, cioè, dalla prima fase, tesa a comprendere il tipo di recupero più idoneo per questi pazienti, a quella tesa a perfezionare la riabilitazione ed il recupero, per poi passare alla terza fase, destinata ad operare la riabilitazione degli operatori della vecchia struttura ospedaliera esistente, per far comprendere loro che il malato deve essere curato e recuperato con tecniche diverse da quelle assistenziali.

Cosa ci ha convinti ad accettare la proposta della Commissione tecnico-scientifica? Il comune di Girifalco ha inserito questa struttura nel piano regolatore; è una struttura aperta, situata in un quartiere della città, nel quale sono previsti la costruzione della biblioteca comunale, delle strutture sanitarie aperte a tutta la popolazione, di un archivio contenente materiale molto utile per le ultime ricerche in campo neurologico ed un osservatorio epidemiologico regionale della psichiatria. Verrà poi istituito un nuovo centro dipartimentale con *day hospital* e centri diurni, laboratori artigianali, residenze assistenziali, una comunità terapeutica sperimentale, un luogo per organizzare *stages* per l'aggiornamento degli specializzandi di psichiatria, un anfiteatro ed un centro polifunzionale, già realizzato dal comune e messo a disposizione per organizzare corsi di formazione.

Sono fermamente convinta che questo progetto possa dimostrare che non è la struttura a rendere tale un manicomio, piuttosto, la mentalità con cui si opera in questo settore ed il metodo adottato per curare queste persone; per quanto mi riguarda, ciò è scontato sia perchè la scienza ed i farmaci hanno fatto grandi progressi tecnici, sia - e soprattutto - perchè esistono le schede di valutazione che consentono di intervenire singolarmente su ogni paziente.

Nel 1990 si è proceduto al superamento della struttura manicomiale di Reggio Calabria e sono state istituite 13 comunità-alloggio, chiamate comunità psichiatriche residenziali. In quel caso, abbiamo commesso un gravissimo errore poichè le cooperative sociali, forse in buona fede, ma certamente non sulla base della professionalità, hanno reso queste 13 strutture dei piccoli manicomi.

Abbiamo riportato sul piano sanitario regionale quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica del 7 aprile 1994. È stato codificato in modo più consono quanto già stabilito dalla legge n. 20 del 1980 sull'organizzazione dipartimentale che la regione Calabria si è data, tentando di migliorare l'organizzazione dipartimentale dei più importanti centri di salute mentale, con annessi *day hospital* e centri diurni. Abbiamo reperito i fondi per questo tipo di ristrutturazioni manicomiali, vincolati ed erogati esattamente il 9 settembre scorso. Ci sentiamo abbastanza soddisfatti del lavoro svolto; vi è stata una prima valutazione dell'Istituto superiore di sanità, fatta dal dottor Nicotera e dai suoi collaboratori che dovranno quantificare il tipo di danno sul residuo manicomiale situato a Girifalco.

Abbiamo approvato le piante organiche e siamo passati ad undici aziende sanitarie, tre aziende ospedaliere e un'azienda universitaria. Abbiamo realizzato delle case-famiglia per la nuova cronicità, ma si tratta essenzialmente di servizi sociali, non pertinenti sotto il profilo sanitario

perchè svolgono soltanto opera di consulenza del dipartimento, con finanziamento del servizio sociale.

Penso che entro il 1997 tutte le aziende sanitarie saranno allo stesso livello. Il residuo manicomiale, una volta che sarà ristrutturato e diviso in comunità terapeutiche e comunità protette, sarà gestito direttamente dal dipartimento di salute mentale a cui appartiene, cioè l'azienda n. 7 di Catanzaro. Saranno poi gli operatori del centro dipartimentale che proseguiranno il lavoro che ora sta svolgendo questo gruppo specifico.

CAMERINI. Ho ascoltato con molto interesse la relazione da lei svolta con molta passione, ma forse non ho capito bene una questione: il fine della legge n. 180 era quello di superare l'ospedale psichiatrico facendo in modo che i ricoverati tornassero a vivere nella società, per far sì che non si creassero quelli che lei ha chiamato piccoli manicomi decentrati. Questa vostra struttura, se ho capito bene, è stata modernizzata, ma in qualche modo continua ancora ad operare.

MUSCOLO. In base alla legge n. 180 del 1978 abbiamo creato 18 presidi ospedalieri, per cui il ricovero nei manicomi non c'è più stato dai tempi di quella legge. Questi presidi hanno 16 posti-letto. Parlare della struttura di Girifalco a proposito di manicomi è un modo non corretto di affrontare la questione, perchè di fatto non si è mai trattato di un manicomio. Tutto ciò è dovuto a due tipi di motivi: primo da noi c'è il grosso problema dell'emigrazione e della povertà, per cui per molte famiglie l'unico sostegno è la pensione del malato. Alcuni pazienti non hanno una famiglia; parte di queste strutture sarà adibita ad appartamento per quelle persone che dopo la riabilitazione sono capaci di autogestirsi, ma che non hanno il supporto della famiglia.

Forse non sono stata molto chiara nella mia esposizione perchè do sempre per scontato che i documenti vengano letti. Abbiamo fatto una scelta che partiva dal rapporto con l'utente, cioè il malato; poi, in merito all'analisi dei costi, riusciamo ad operare con l'aiuto del comune, ma con una cifra abbastanza limitata siamo riusciti a creare strutture alternative per la cosiddetta nuova cronicità; sono già tutte programmate e in fase di attuazione.

Abbiamo tra l'altro 100 pazienti a Nocera Inferiore che la regione ha stabilito di prendersi in carico. Ho portato alcuni atti da lasciare alla Commissione: vi sono quattro direttori generali competenti per territorio che hanno già indicato il comune e la sede dove i pazienti verranno portati. Ci siamo messi in contatto anche con il presidente della regione Campania.

PRESIDENTE. Ringrazio i rappresentanti delle tre regioni. Potete lasciare, a completamento di quanto è stato esposto a questa Commissione ulteriore documentazione o informazioni; esamineremo con molta attenzione.

FREZZOTTI. Il progetto relativo alla salute mentale per il 1994-1996 sta scadendo, ma il finanziamento non è stato mai erogato.

Vorrei ricordare questo alla Commissione sanità del Senato, pregandola di attivarsi per il rinnovo del progetto, perchè si è trattato di un at-

to molto importante. Occorre procedere sulla via della chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici, delle dimissioni, delle case-famiglia con una assistenza psichiatrica diversa.

Faceva notare la collega della Calabria che fra i pazienti ci sono molti emigrati; non è giusto far morire negli ospedali quei malati, soprattutto oggi che abbiamo capito che non dovevano neppure entrare in quelle strutture.

PRESIDENTE. Mi scuso con i rappresentanti delle regioni, ma siamo chiamati a partecipare ai lavori dell'Assemblea. Comunque ribadisco che tutto il materiale che vorrete inviarci sarà esaminato attentamente dalla Commissione, al pari di ciò che è stato esposto in questa sede.

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

I lavori terminano alle ore 18,35.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE