

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

5° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 25 SETTEMBRE 1996

**Presidenza del vice presidente BRUNI
indi del presidente CARELLA**

INDICE**Audizione di rappresentanti delle regioni Toscana e Lombardia e della provincia autonoma di Trento**

PRESIDENTE:		
- BRUNI <i>Verdi-l'Ulivo</i>	Pag. 3	<i>MARTINI</i> Pag. 9, 10, 11
- CARELLA <i>(AN)</i>	7, 8, 11 e <i>passim</i>	<i>PERCOPO</i> 11, 15, 16
CAMERINI <i>(Sin.Dem.-L'Ulivo)</i>	8	<i>PETROVICH</i> 3, 7, 8
MANARA <i>(Lega Nord-Per la Padania in-</i> <i>dip.)</i>	10, 11	
MONTELEONE <i>(AN)</i>	16	
TOMASSINI <i>(Forza Italia)</i>	15	

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Romano Percopo, in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Toscana, il dottor Lorenzo Petrovich, in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, e il dottor Giovanni Martini, in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della provincia di Trento.

I lavori hanno inizio alle ore 17,10.

Presidenza del vice presidente BRUNI

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. Diamo inizio all'audizione del dottor Romano Percopo, del dottor Lorenzo Petrovich e del dottor Giovanni Martini, che intervengono in rappresentanza degli assessorati alla sanità, rispettivamente, della regione Toscana, della regione Lombardia e della provincia autonoma di Trento. Li invito a prendere la parola per una prima esposizione.

PETROVICH. Ringrazio la Commissione di questa possibilità preziosa di fornire un nostro contributo. Rispetto alla chiusura degli ospedali psichiatrici, l'assessorato alla sanità della regione Lombardia tiene a precisare che per chiusura intende la chiusura dell'ambiente manicomiale e non nel senso che i malati attualmente ospitati debbano essere decentrati in modo selvaggio. Si intende perciò la chiusura di una situazione manicomiale.

In questi anni la regione ha predisposto progetti progressivi di ristrutturazione per assicurare una migliore qualità di vita agli ospiti, ma non si può pensare che il 1º gennaio 1997 non ci saranno più malati all'interno delle strutture. Questo forse era palese per tutti ma era bene precisarlo. Entro il 31 dicembre 1996 completeremo il «processo di chiusura», vale a dire la definizione temporalizzata dei processi che permetteranno la trasformazione degli spazi psichiatrici ex manicomiali in aree dove i malati troveranno una migliore qualità e anche una diversificazione dell'assistenza.

Vediamo quali sono stati gli strumenti che la regione si è data. In armonia con il progetto nazionale di tutela dell'infermità dei malati di mente, è stato approvato il progetto di tutela socio-sanitaria dei malati di mente della regione Lombardia, che ha fornito nuovi criteri non solo

per le strutture della nuova psichiatria ma anche per l'opera di riconversione delle aree degli ex ospedali psichiatrici, che sono a tutt'oggi delle unità operative all'interno del processo di sviluppo della nuova psichiatria e quindi non distaccate dal dipartimento di salute mentale. Non esiste un processo di emarginazione del passato. Più avanti analizzeremo che cosa è stato fatto in alternativa per affrontare il grande problema della cronicità. Tutti sanno che non sono gli elementi strutturali o gli psicofarmaci a dominare da soli il processo di malattia: esiste al momento lo sviluppo di una nuova cronicità che ha trovato numerosi profili di cura riabilitativa e di inserimento in una realtà sociale e diffusa.

Per quanto riguarda gli ex ospedali psichiatrici, ho qui una serie di documenti che penso possano essere utili alla Commissione per approfondire le modalità di svolgimento di questo processo nella regione Lombardia.

Prima di parlare dei programmi di chiusura, desidero ricordare che la regione ha svolto un'indagine attraverso il Politecnico di Milano sulle strutture attualmente esistenti (12 ospedali psichiatrici), sotto il profilo strutturale: quando si chiude una struttura o la si riconverte, c'è bisogno di un programma di finanziamento; non si può semplicemente cambiare etichetta alla struttura, se si vuole cambiare la qualità della vita, se si vuole passare dai tradizionali elementi strutturali (60 letti più 4 bagni) alle modalità indicate dal piano sanitario nazionale, secondo cui ci dovrebbero essere al massimo 20 malati mentali per unità. È chiaro che occorrono degli investimenti.

Negli ultimi anni la regione ha investito 47 miliardi in progetti di riconversione degli ex ospedali psichiatrici; attualmente sono previsti finanziamenti per altri 16 miliardi di investimenti. È chiaro che questi investimenti sono andati a sostenere i progetti di qualificazione strutturale e di vita. Questa analisi è particolarmente importante perchè definisce lo stato della pressione urbanistica attorno agli ospedali psichiatrici. Infatti quegli ospedali che si trovano in mezzo alla campagna hanno una scarsa appetibilità, mentre altri (penso ad esempio a quello di Varese) si trovano in aree di grande pressione abitativa e quindi ben venga questo processo se va a vantaggio della psichiatria. Tutti questi coordinamenti costitutivi il programma di chiusura erano necessari per valutare anche lo stato dell'impiantistica: è stata realizzata una sorta di mappatura del costo per metro quadro delle opere.

Presidenza del presidente CARELLA

(Segue *PETROVICH*). Un altro aspetto da valutare riguarda gli ospiti all'interno delle strutture: è stata compiuta non soltanto un'analisi socio-demografica della popolazione assistita, diversificando le fasce di età o le patologie per un processo di riconversione e di dimissione di questi malati in altre realtà esterne, ma anche un'analisi puntuale di quanto si fa attualmente in questi ospedali psichiatrici. Per una riconversione vera occorre stabilire qual è il rapporto tra operatori e malati. Da questo

punto di vista l'esame di una serie di indicatori è del tutto illuminante, specie sotto il profilo degli *standard*. Qui si inserisce anche il problema della formazione degli operatori. Sono stato testimone del processo di chiusura dell'ospedale «Antonini» e ho visto quante resistenze ci sono state. Come sapete, gli ospedali psichiatrici sono stati costruiti come città, con le case degli infermieri. Quindi il processo di decentramento ha significato spostare anche la residenza degli operatori, che conseguentemente hanno fatto resistenza. Ricordo che all'epoca lavoravo a Limbiate: uscirono incentivati soltanto gli infermieri. Questo problema è stato affrontato da alcuni anni inserendo figure nuove come gli animatori professionali all'interno degli ex ospedali psichiatrici per stimolare i processi di formazione del personale.

Tutti i programmi di chiusura tengono sempre conto dei problemi del personale: se riconversione significa tagliare i posti, evidentemente difficilmente questo processo si avvia. La scelta che abbiamo operato è stata quindi di riconvertire il personale.

Un altro aspetto fondamentale del processo di riconversione è che nel progetto nazionale vengono indicati tre piani di intervento: un piano di dimissione di persone che possono essere recuperate all'esterno della struttura; un piano di riabilitazione per riavvicinare il malato alle sue funzioni quotidiane e infine un piano assistenziale.

Qui la volontà dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia è molto ferma, nel senso che non permetteremo il passaggio in RSA (residenze sanitarie e assistenziali), perchè questo significa spostare una massa di persone che, seppure anziane, vengono a carico dei comuni, e voi potete immaginare cosa voglia dire come elemento di resistenza. Con uno *slogan*, posso dire che gli psichiatri si occupano di psichiatria e non di geriatria, per cui se vi sono degli anziani, essi possono entrare nel progetto di dimissione ed essere collocati nelle case di riposo, ma non è possibile una trasformazione di etichetta: una persona malata dopo 40 anni di manicomio non può essere considerata, per lo meno dal punto di vista comportamentale, come un anziano che è arrivato alla senescenza nella sua casa. Il processo di riconversione è accompagnato, quindi, dalla sanitarizzazione della riconversione e non da uno spostamento verso l'assistenza; non vogliamo solo cambiare etichetta ed è per questo che parliamo di progetti di chiusura. È molto semplice chiudere, basta cambiare le etichette e modificare giuridicamente ed istituzionalmente lo statuto di riferimento, in questo modo il malato è sempre dentro, ma non abbiamo risolto il problema. Per questo motivo i nostri sono progetti di chiusura temporizzati, alcuni dei quali saranno già attivi al 1° gennaio 1997 come chiusura reale: si tratta degli ospedali di Cremona, di Mantova, di Sondrio e forse anche dell'Istituto Pini di Milano. Il vero problema per noi è rappresentato da Como e da Limbiate. Como, perchè ha ancora una rilevante presenza di ospiti (circa 302) che oltretutto presentano una distribuzione in fasce di età che comprende anche persone di 25-35 anni; Limbiate, perchè è sempre stato un grosso serbatoio di supercronicità nell'area milanese. Anche per queste due strutture, però, sono stati attuati programmi di riconversione e quindi di chiusura, nel senso che ho indicato prima. Come risulta dagli atti della commissione per la valutazione dei progetti di riconversione, che è già attiva e si riunisce ogni settimana, siamo arrivati a valutare 5 progetti, dando

l'avallo a 3 di essi; entro i primi giorni di dicembre consegneremo i programmi di chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici alla giunta regionale, che recepirà con un atto formale tali programmi.

Un altro dato che mi sembra importante è quello del processo fisiologico di dimissione. Nel periodo che va dal 1978 al 1980 si è avuta una grossa caduta della popolazione psichiatrica negli ospedali, per un'operazione di dimissione di tutti coloro che era possibile dimettere. Attualmente nei 12 ospedali psichiatrici tuttora esistenti abbiamo 2462 pazienti; vi sono stati 110 decessi e talune dimissioni, con un saldo negativo o positivo - per la riconversione di circa 300 pazienti in un anno, ma si tratta soprattutto di pazienti deceduti ed è, quindi, un processo di dimissione dovuto ad una situazione fisiologica. Per Limbiate si calcola che l'indice fisiologico dei decessi rappresenti in futuro l'8 per cento; abbiamo quindi previsto che, essendo Limbiate una grossa struttura, vi sia la riconversione con riqualificazione della vita dei pazienti, possibilità di riabilitazione e un attraversamento della città all'interno della stessa struttura di Limbiate. Questa è una caratteristica di tutti i progetti: le mura sono state chiuse all'entrata nel 1978, adesso si tratta di romperle per far entrare la città. Ogni tipo di programma contiene questo progetto, quello, metaforicamente, di una piazza ovvero di uno spazio dove possano recarsi anche i cittadini, perché il manicomio non è solo una struttura fisica, è soprattutto una struttura mentale; attraversando quindi la realtà sociale, questi spazi possono modificare un atteggiamento complessivo di vita e dare una spinta agli operatori per una riqualificazione.

Cosa ha fatto la regione Lombardia per la nuova psichiatria, per le strutture oggi di maggiore importanza? Per quanto riguarda le strutture di rete ambulatoriale, i centri psico-sociali, sono state rispettate al 98 per cento le aperture previste dal programma; per quanto riguarda gli Spdc (servizi psichiatrici di diagnosi e cura), sono stati aperti praticamente tutti; il penultimo sarà aperto a gennaio e l'ultimo, quello di Ponte San Pietro, a marzo, quindi, in pratica, tutti gli Spdc sono stati attivati. La nota dolente riguarda i Crt (centri residenziali terapeutici), le strutture lungodegenziali delle comunità protette, dove esiste una situazione a macchia di leopardo. Alcune province hanno raggiunto gli *standard* previsti, ma è la città di Milano che ci da grande preoccupazione per un motivo molto semplice: la regione ha stanziato circa 8 miliardi per investimenti sui centri, di cui non è stata spesa neppure una lira. Questo perché la città di Milano ha vissuto dei mutamenti nelle sue configurazioni amministrative e geografiche passando da venti Usl alle attuali sei, per cui nel passaggio tra i vari uffici tecnici le pratiche non sono e realizzate. Peraltro negli ultimi tre mesi, sono stati aperti tre Crt, per cui abbiamo una dotazione di strutture per la nuova cronicità pari al 60 per cento della situazione *standard*. Il problema vero, però, è che, se nella città di Milano è difficile operare, per un problema di reperimento di spazi e per difficoltà burocratiche varie, ciò dipende anche dagli amministratori delle Usl, i quali diffidano nell'aprire queste strutture, perché con l'attuale sistema dei pagamenti questo significa una «non entrata». Ciò comporta un ripensamento del significato dei Drg (discase related group) psichiatrici; non è così per gli Spdc, perché si ripagano attraverso i ricoveri, ma tutte le altre attività, soprattutto le attività riabi-

litative, le attività come dire nascoste dal punto di vista delle tariffe che sono un pò difficili da apprezzare, si basano su un certo tipo di minaccia rispetto all'aziendalizzazione. La regione Lombardia si è assunta come compito quello di modulare, di rappresentare in termini di garanzia della sofferenza minima, questo eccesso di aziendalizzazione, perchè della valutazione dei direttori generali teniamo conto e nei piani, come voi sapete, attualmente (fino al 1997-1998) i soldi della sanità per i direttori generali sono ancora virtuali, nel senso che c'è il fondo di ripiano, quindi, giunti a fine anno, si ripiana; poi però diventeranno un fatto, i soldi, vere entrate e vere uscite. Allora nel fondo di ripiano la regione Lombardia dà, come dire, un *benefit* ai direttori generali che hanno realizzato i progetti per la salute mentale e quindi hanno fatto il loro dovere; è questo, per noi, l'unico sistema.

Sempre parlando di fondi, quello che stiamo tentando di fare come regione Lombardia è di agganciare il processo di riconversione anche ad un piano di rifinanziamento del Frisl, cioè del fondo di rotazione. Ciò permetterebbe di dare ossigeno alle aziende e le metterebbe in grado di intervenire attivamente nel processo di riconversione. Evidentemente questa è una richiesta dell'assessorato alla sanità della regione Lombardia, e ci aspettiamo dallo Stato una certa attenzione nei confronti di questa frangia debole, anche perchè il piano di tutela socio-sanitaria dei malati di mente promulgato dal Parlamento è molto bello come linee guida, ma ha un unico difetto, che non è finanziato.

Vorrei concludere chiedendo al Presidente di poter lasciare agli atti alcuni documenti che meglio rappresentano quanto ho illustrato.

PRESIDENTE. Vorrei rivolgerle una domanda specifica che riguarda la Lombardia. Per quanto concerne gli ospedali psichiatrici pubblici, mi pare di aver compreso che la regione sta predisponendo un progetto complessivo per raggiungere l'obiettivo della dismissione. Vorrei avere informazioni più specifiche rispetto ai tre ospedali manicomiali privati di Cernusco sul Naviglio, Lodi e Brescia, che complessivamente, secondo i dati forniti dal Ministero della sanità, ospitano ancora 1378 pazienti. È chiaro che il superamento di questa situazione pone problemi non solo di riconversione delle strutture ma di utilizzo del personale impiegato. Trattandosi di strutture private, come intende affrontare il problema la regione Lombardia?

PETROVICH. Per quanto attiene la situazione degli ospedali psichiatrici privati, il Ministero ha espresso una posizione di grande attenzione. In particolare, per quanto riguarda i Fatebenefratelli, vi è un'attenzione massima per questo tipo di processo. Queste strutture già da tempo sono sottoposte ad un regime di controllo da parte delle Usl, e si stanno attivando i progetti di riconversione. Per la struttura di Cernusco è previsto un progetto che coinvolge la regione e lo stesso comune di Cernusco per una ristrutturazione completa dell'istituto Fatebenefratelli con la costruzione di una comunità alloggio. In particolare vi è un problema tra il comune e il Fatebenefratelli relativo alla tutela paesaggistica, però essenzialmente vi è la volontà di portare avanti questa riconversione.

Lo stesso discorso può essere fatto per Brescia e San Colombano. In particolare a Brescia è stata stipulata una conversione tra l'unità operativa di Brescia, diretta dal professor Ermentini, e le strutture riabilitative del Fatebenefratelli. Si tratta di una *joint venture* tra attività pubbliche e private che vede il professor Ermentini in veste di direttore scientifico dell'operazione e che prevede una compartecipazione fra la struttura privata e gli apparati pubblici. Dunque, al Nord, si sta avviando un'operazione di riconversione interna legata anche ad una parallela crescita culturale e ad una crescita strutturale a fronte dell'impossibilità di continuare ad ospitare persone malate in palazzi seicenteschi. Ripeto, anche in questo caso, si tratta di un processo autonomo seguito dalla regione.

Certo, bisogna considerare che Cemusco sul Naviglio ha una popolazione molto anziana: per questo la struttura prevede delle divisioni di geriatria e una diversificazione collaborativa tra privato e pubblico. Voglio anche ricordare che non tutti gli ospiti sono della regione Lombardia.

CAMERINI. Vorrei rivolgere una domanda al rappresentante della Lombardia relativa smantellamento delle strutture psichiatriche. Quante sono attualmente le persone ricoverate negli ospedali psichiatrici e quante erano dieci anni fa? Naturalmente mi rendo conto del fatto che un certo numero di pazienti non sono dimissibili. Le rivolgo la domanda per cercare di comprendere il *trend* di questo fenomeno.

PETROVICH. Come ho detto prima non è possibile indicare dal 1978 al 1996 una fisiologica trasmissione di dati, un *trend* chiaro. Vi è stata una prima fase, dal 1978 al 1980, caratterizzata da una consistente diminuzione della popolazione ospedalizzata. Poi vi è stata una fase di accelerazione con il passaggio dal regime pubblico al regime privato. Posso dire che le strutture hanno cominciato ad aumentare dal 1972 e che vi è stato un processo di riconversione di area che favoriva un assetto maniconiale diverso. Possono essere tenuti presenti alcuni elementi: innanzitutto il dato dei decessi fisiologici oltre ai quali si possono considerare circa 150 pazienti effettivamente dimessi, cioè inseriti in unità alloggio, in appartamenti recuperati dalle unità operative territoriali. Sulla base di tutto ciò si può dire che vi è stato un movimento di circa 1000 pazienti che sono stati poi riassorbiti dalle attività della nuova psichiatria. Però si tenga presente che questo dato, se è rispondente al vero per le varie province, è molto meno vero per Milano, dove esiste una situazione molto particolare, legata a problemi amministrativi dovuti alla ristrutturazione delle unità sanitarie locali. In presenza di questa situazione, si è compresa a livello regionale la necessità di intervenire a Milano in maniera più pesante.

CAMERINI. Milano ha mantenuto una realtà maniconiale pesante?

PETROVICH. Più precisamente si può dire che a Milano è presente quello zoccolo duro difficile da modificare: l'ospedale Paolo Pini, l'unico ospedale di Milano, ospita 135 pazienti.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor Martini affinché ci riferisca sullo stato di attuazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici in provincia di Trento.

MARTINI. Nell'ambito della provincia di Trento esiste un ospedale psichiatrico situato a Pergine Valsugana, un comune di 15.000 abitanti a circa 15 chilometri da Trento. Questa struttura ospedaliera è situata in un bellissimo parco ed è organizzata in quattro distinte strutture edilizie. Attualmente ne è occupata soltanto una, a dimostrazione della diminuzione di pazienti avvenuta nel decennio precedente. Si è passati cioè da circa 1000 ospiti a circa 250: i dati del Ministero riportano la cifra di 242 pazienti ma si tratta di dati in evoluzione in quanto alcuni pazienti sono molto anziani e prevalentemente le dimissioni avvengono per decesso.

Voglio aggiungere che già nel 1982, quando le funzioni sono state delegate all'unità sanitaria locale, la provincia ha organizzato il territorio in 11 Usl, nonostante si tratti di una zona piccola, con popolazione ridotta, caratterizzata oltretutto da una dispersione molto elevata. Una delle unità sanitarie locali aveva per capoluogo Pergine Valsugana, sede dell'ospedale psichiatrico.

Quindi a quella Usl è stato affidato il compito di attuare quanto previsto dalla normativa: progressivamente si è realizzata non la chiusura fisica ma la dimissione dei pazienti, inviandoli presso case di riposo. Tanto per darvi un'idea, adesso abbiamo 242 ospiti nell'ospedale psichiatrico, mentre circa 250 persone classificate «psichiatriche» si trovano presso le case di riposo. Questa classificazione non è correlata in maniera stretta con la patologia, ma tiene conto della provenienza originaria, in quanto ex ospiti dell'ospedale psichiatrico.

L'ospedale psichiatrico è stato organizzato in tre aree: un'area di degenza, una comunità terapeutica e i gruppi appartamento. Ovviamente l'area di degenza è lo zoccolo duro, per le grosse difficoltà che ci sono a dimettere queste persone. Gli ospiti in grado di esprimersi vedono peraltro con terrore la scadenza del 31 dicembre 1996, probabilmente essi avvertono la possibilità di un mutamento, anche se non sanno di quale tipo possa essere.

Fermo restando che organizzativamente ci si è mossi in questa direzione, è stata adottata dall'azienda provinciale per i servizi sanitari (l'ente che gestisce la sanità per conto della provincia di Trento) una delibera che prevede la ristrutturazione anche in senso fisico dell'immobile che dovrà essere dedicato all'assistenza, secondo le linee del progetto-obiettivo che peraltro abbiamo incorporato nel piano sanitario 1993-1995 e, seppur con una modalità leggermente diversa, nel progetto di piano sanitario 1996-1998.

Tra i corpi edilizi che ricomprendono l'ospedale psichiatrico si trova anche una scuola: pertanto non ci sono situazioni di emarginazione rilevanti. Ovviamente nel tempo è intervenuta una riduzione consistente del personale.

A causa della dispersione di popolazione legata alla realtà geomorfologica della provincia, abbiamo cercato di territorializzare al massimo i servizi. La loro dislocazione è illustrata in un opuscolo, che vorrei lasciare agli atti della Commissione: è una sorta di guida ai servizi di salu-

te mentale. Ne esistono due edizioni: una più sintetica e l'altra più corposa; in esso sono indicati la collocazione fisica dei servizi, i nomi dei responsabili (non è aggiornatissima ma facciamo il possibile per aggiornarla), le tipologie del servizio reso e tutti i dati necessari (indirizzi, numeri telefonici e quant'altro), un glossario per spiegare il significato di certa terminologia che può risultare criptica, nonché l'elenco delle associazioni di volontariato che a vario titolo si occupano dei problemi di salute mentale. La realizzazione di questo documento è stata facilitata dalla ridotta estensione della nostra provincia; comunque questo volumetto è stato molto gradito all'interno della nostra provincia; l'abbiamo inserito anche nella rete Internet in modo che se qualcuno lo desidera può consultarlo o addirittura copiarlo se ritiene che sia ben fatto. Dalla tabella riepilogativa risulta che ci sono otto centri di salute mentale, sei *day hospital*, quattro Spdc (Servizi psichiatrici di diagnosi e cura) per complessivi 64 letti, sei centri diurni, due comunità-alloggio, quattro case-famiglia, otto ambulatori esterni ai centri di salute mentale, tre gruppi appartamento, una struttura residenziale e una comunità terapeutica. Il processo è maturo perchè ci sia una evoluzione nel senso di superare i problemi esistenti e quindi fornire un servizio di tipo quasi alberghiero agli ex ospiti dell'ospedale di Pergine.

MANARA. Vorrei chiedere un chiarimento sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura: a quanto mi si dice, i posti letto sono generalmente insufficienti. Non so quale sia la situazione della provincia di Trento e quanti siano effettivamente i posti letto; mi interessa conoscere quali sono le reali necessità per coprire il fabbisogno delle urgenze psichiatriche. Questo è un nodo fondamentale e assai critico.

MARTINI. I servizi psichiatrici di diagnosi e cura sono quattro e hanno ognuno 16 letti.

MANARA. Questo è già di più di quanto esiste in altre regioni: in Lombardia nei grandi ospedali ci sono circa 10 o 12 posti letto.

MARTINI. Si tenga presente che abbiamo 460.000 abitanti e quindi lo *standard* è più o meno rispettato. Per quanto concerne i servizi di diagnosi e cura esiste un problema: talvolta ci sono letti bloccati, non essendoci la possibilità di destinare questi pazienti luogotenenziali in strutture appropriate. Questo è il vero problema: talvolta in Spdc sono ricoverati dei lungodegenti.

Con il nuovo piano siamo partiti non più dall'organizzazione ma dalle patologie; abbiamo cercato di compiere questo sforzo ispirandoci alle carte internazionali che vengono sottoscritte e talvolta non seguite.

Abbiamo contatti abbastanza frequenti con l'ufficio europeo dell'Organizzazione mondiale della sanità (c'è un nostro conterraneo che occupa un posto di responsabilità, quindi abbiamo una certa facilità di contatti) ed in particolare ci riferiamo alla strategia della salute per tutti, che parte proprio dai bisogni e dalle patologie della popolazione; in questo senso abbiamo cercato di operare. Abbiamo un assessorato ed un'azienda che esercitano la loro attività praticamente sullo stesso territorio e sulla stessa popolazione, quindi mentre l'azienda si occupa della parte gestio-

nale, di dare delle risposte alla patologia, noi vogliamo centrare la nostra attività sulla salute ragionando soprattutto in termini di bisogni di salute differenziati, in modo da mantenere la salute a coloro che già ce l'hanno - per fortuna - e di fornire prospettive a coloro ai quali, purtroppo, la salute manca.

Quindi noi cerchiamo - con molta fatica perchè, come ben sapete, non è molto facile rilevare dei dati epidemiologici - di partire con delle ricerche, delle indagini sullo stato di salute soggettivamente percepito, perchè non basta avere delle etichette: noi vogliamo sapere come si sente la popolazione, come affronta la vita di ogni giorno e allora cerchiamo di lavorare in questa direzione. Il nuovo piano sanitario cerca di sviluppare un ragionamento partendo dalle esigenze della popolazione, chiaramente con tutti i problemi, i vincoli, le difficoltà che abbiamo.

MANARA Questo c'è nel suo rapporto?

MARTINI. Ho una copia del piano sanitario che posso lasciare qui. Questa è un po' la nuova visione che abbiamo; partendo da essa vogliamo, poi, commisurare le risorse che dobbiamo destinare ai pazienti.

Un altro problema che abbiamo è quello dell'appropriatezza. Dobbiamo rilevare che, purtroppo, vi sono servizi che danno risposte inappropriate rispetto ai bisogni (abbiamo Spdc che tratta i lungodegenti e i reparti di medicina che trattano i lungodegenti), noi vogliamo avere dei servizi appropriati possibilmente per ciascun tipo di bisogno. È un lavoro duro, anche culturalmente difficile perchè non è facile far passare questo tipo di idee con le organizzazioni di cui disponiamo. Se mi si passa l'esempio, noi siamo come in un *rally*, in cui c'è un navigatore ed un pilota. Noi abbiamo il pilota, che è l'azienda, che in questo caso deve occuparsi di far funzionare la macchina; il navigatore è l'assessorato, che deve dare la destinazione, la velocità, i tempi, e così via. Questo è un po' l'obiettivo che vogliamo perseguire.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Martini per la sua esposizione. Do ora la parola al dottor Romano Percopo, rappresentante dell'assessorato alla sanità della regione Toscana.

PERCOPO. La regione Toscana in pratica ha da lungo tempo attuato dei progetti di chiusura degli ospedali psichiatrici; dico «dei progetti» perchè via via, con l'approvazione dei piani sanitari, un capitolo specifico è sempre stato destinato al problema della chiusura dei manicomi.

Desidero sottolineare in particolare un aspetto che non riguarda solo la regione Toscana, ma riguarda tutti, in ordine all'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724 del 1991. Questa norma ci è parsa abbastanza velleitaria, non solo, ma ci è sembrata una norma che intendeva fare delle economie sul settore sanitario - come diceva il collega della regione Lombardia - trasferendo sul sociale (sui comuni, sugli utenti) una serie di obblighi. Questo a noi pare, anche perchè il riferimento all'alienazione dei beni da reddito contenuto nel soprarichiamato articolo 3 è impensabile che possa realizzarsi in tempi tali da consentire la chiusura al 31 dicembre 1996, per cui partiamo già da un'indicazione legislativa a nostro parere piuttosto ambigua.

Per quanto ci riguarda, come dicevo, abbiamo attuato nel corso degli anni alcuni progetti di chiusura degli ospedali psichiatrici. La regione Toscana ha ancora 5 ospedali psichiatrici rispetto ai 6 che sussistevano all'epoca dell'approvazione della legge 13 maggio 1978, n. 180. L'ospedale psichiatrico di Arezzo è stato definitivamente chiuso nel 1994; rimangono 5 ospedali psichiatrici che complessivamente contano 803 ricoverati: Lucca con 112, Volterra con 183, Firenze con 134, Siena con 283 (poi, per quanto riguarda Siena, approfondirò un aspetto particolare sul quale forse vale la pena che la Commissione soffermi la propria attenzione) e Pistoia con 91 ricoverati.

La regione Toscana approverà nella prossima Giunta linee guida per la definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, ed è qui opportuno dire con chiarezza cosa significa l'approvazione dei programmi di chiusura. Noi prevediamo che, rispetto agli 803 ricoverati attuali, alla fine dell'anno un centinaio probabilmente possano essere dimessi perchè esistono strutture, finanziamenti, strutture in corso di realizzazione, mentre per circa 700 di essi è impensabile che possano essere dimessi dagli ospedali psichiatrici nel 1996. Il nostro progetto prevede quindi queste dimissioni, che sono possibili, e quelle che noi definiamo come una situazione di «accoglienza temporanea» negli ospedali psichiatrici. In altre parole, coloro che non possono essere dimessi all'esterno in questo periodo saranno dimessi e gestiti, in una fase transitoria, dalle strutture dei dipartimenti di salute mentale delle Usl per arrivare poi alla dimissione in un momento che oggi non siamo in grado di definire.

Fino ad oggi noi abbiamo destinato risorse a favore della salute mentale, sia per la dismissione degli ospedali psichiatrici che per le residenze e le strutture territoriali per la cosiddetta nuova utenza, per un ammontare di circa 40 miliardi dei fondi per l'edilizia sanitaria extraospedaliera nel corso degli anni, compresi i finanziamenti *ex* articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 che stanno venendo a maturazione ora. In questo quadro, noi riteniamo che se le Usl attueranno le linee guida che noi daremo, sarà possibile avere negli ospedali psichiatrici una situazione (che ci porterà poi alle definitive dimissioni) molto controllata e governata con caratteristiche di assoluta non manicomialità, con interventi che consentano in questo periodo transitorio una gestione la più civile, la più corretta, con la maggiore assistenza possibile, per arrivare alla fine del nostro programma nel quale si prevedono residenze sanitarie assistenziali gestite - mi riferisco al futuro - dai dipartimenti di assistenza sociale. Non condivido molto ciò che affermava il collega della regione Lombardia: lo zoccolo duro di ricoverati che attualmente è presente negli ospedali psichiatrici non è un florido psichiatrico, ma gente fortemente deteriorata; spesso sono persone anche molto anziane che non hanno bisogno di un'assistenza psichiatrica così decisiva ma di forte assistenza sociale, quindi socio-sanitaria. Questa è pertanto previsione, se vi saranno dei finanziamenti. Vorrei sottolineare in proposito che il progetto obiettivo nazionale a suo tempo approvato non parlava assolutamente degli ospedali psichiatrici e non prevedeva finanziamenti di alcun genere nè per gli ospedali psichiatrici nè per l'assistenza, diciamo, territoriale. Questa è grosso modo la situazione. Non vorrei dilungarmi troppo, però vorrei esporre i contenuti delle linee guida che la giunta approverà.

In Italia vi sono alcuni problemi. Innanzitutto quello dell'alienazione delle strutture. Quali sono le strutture che rientrano in questa categoria? Alcuni sostengono che si tratta di quelle esistenti e funzionanti alla data di entrata in vigore della legge n. 180 del 1978; altri ritengono invece che si tratta di quelle esistenti, funzionanti o non funzionanti perché abbandonate, al momento dell'approvazione della legge n. 724 del 1994. Noi crediamo che sia più giusta questa seconda posizione e che anche le linee guida indicate dall'Osservatorio siano da interpretare in questo senso. Ciò significa che prima di poter decidere e quantificare interventi di vario genere, è necessario soprattutto conoscere con esattezza l'entità del patrimonio. Vi è anche un problema di accordo con i comuni. Noi non vogliamo che nelle aree dove insistono gli ospedali psichiatrici siano ospitati tossicodipendenti o altri malati di categorie emarginate. È necessario dunque operare un collegamento con i piani regolatori dei comuni. Vi sono in particolare alcune aree fortemente appetibili: ad esempio l'area di San Salvi a Firenze, che è proprio al centro della città. È dunque necessaria una compartecipazione tra i diversi enti coinvolti e per questo nelle nostre linee guida saranno contenuti criteri generali in questo senso. A ciò bisogna aggiungere la necessità dell'approvazione degli accordi di programma in base a quanto consentito dalla legislazione vigente.

La realizzazione di questi risultati non può essere pensata in tempi brevi.

Voglio aggiungere che da parte di alcuni settori della regione si evidenzia il fatto che sono stati investiti oltre 40 miliardi per il settore della salute mentale. Si domanda anche cosa accadrà quando verranno realizzati i proventi delle alienazioni, quale sarà la destinazione di questi soldi. Occorrerà pensare ad un piano generale di investimento nella sanità che riguardi tutta la regione Toscana. Il nostro obiettivo è la dismissione delle strutture manicomiali laddove è possibile, entro il 31 dicembre 1996 con la predisposizione di strutture di accoglienza per far fronte ad una fase temporanea con una gestione transitoria.

Entro il 30 novembre 1996 le Usl dovranno presentare i programmi complessivi per la chiusura degli ospedali con l'indicazione puntuale delle strutture per la temporanea accoglienza, delle strutture che si renderanno disponibili dopo il 31 dicembre 1996, in grado di accogliere temporaneamente i malati.

Sebbene siano stati fatti molti sforzi per migliorare le condizioni strutturali e assistenziali, vi sono comunque delle situazioni manicomiali particolari e per questo crediamo che nella fase di attuazione del processo di dismissione le condizioni di vita e di assistenza debbano essere per lo meno civili; non sempre è così neppure in quegli ospedali psichiatrici nei quali si sono ottenuti maggiori risultati.

Vi è poi il problema del personale da impegnare nelle strutture e la questione della qualificazione e dell'aggiornamento. Il piano riguarda il personale impegnato negli ospedali anche in relazione al programma di chiusura comprensivo della gestione della fase transitoria.

Con l'operazione in corso in effetti vengono trasferiti degli oneri su altri enti, se non addirittura sugli utenti. Considerando infatti le strutture temporanee e quelle definitive, le residenze sanitarie assistenziali, bisogna tener conto da una parte della quota che pagherà la struttura sa-

nitaria e dall'altra della quota sociale che verrà pagata dagli utenti o dal comune quando gli utenti non saranno in grado di pagare. Questa situazione comporta dei problemi rispetto a chi pagherà la quota sanitaria. Noi crediamo che debbano pagare le Usl di provenienza dei degenti, anche di provenienza lontana, mentre, per quanto riguarda la parte sociale, crediamo che il riferimento non possa che essere il domicilio di soccorso. Attualmente questa è la legislazione.

Tutti questi aspetti vanno chiariti e per il futuro prevediamo nelle linee guida lo strumento della compensazione. Crediamo, cioè, che le strutture che hanno dei ricoverati e che non sono sede di ospedali debbano pagare la retta alla Usl sede di ospedale, ciò anche al fine di verificare se vi è un'incentivazione alle dimissioni. Noi prevediamo una retta di circa 150.000 lire al giorno. Probabilmente invece, la dimissione in una residenza sanitaria assistenziale, in una struttura casa famiglia, probabilmente costerebbe di meno alle Usl. Riteniamo che l'assistenza territoriale, da noi molto sviluppata, sia meno costosa dell'ospedale psichiatrico, costi cioè meno dell'ospedale civile.

Un aspetto particolare che vorrei sottolineare riguarda Siena. A Siena vi sono circa 100 ricoverati provenienti dalla provincia di Viterbo che, in quanto residenti in Toscana, sono gratificati del milione e mezzo di quota capitaria assegnata alle regioni dal Fondo sanitario. Ogni ricoverato in ospedale psichiatrico costa circa 50 milioni l'anno; a ciò va aggiunto tutto il lavoro di sistemazione delle strutture e così via. Questa situazione pone un problema di non poco conto, a parte le questioni di rapporti territoriali. Si può ritenere che si tratti di persone allontanate dal proprio territorio ma anche questo è un problema che per quanto ci riguarda va affrontato perchè riguarda una delle condizioni fondamentali per il reinserimento dei pazienti nel territorio di provenienza.

Per quanto riguarda Siena, dunque, credo sia necessario prevedere un discorso di compensazione tra regioni. Voglio aggiungere che a Castiglione delle Stiviere vi sono circa 40 ricoverati di alcune nostre Usl. A nostro parere quindi esiste un problema di rapporti fra diverse regioni e crediamo sia necessario che le Usl di provenienza si facciano carico degli oneri di queste persone.

Credo che per quanto ci riguarda il quadro possa essere definito conclusivamente in questi termini. Sulla base dei finanziamenti regionali ex articolo 20 della legge n. 68 del 1988 il nostro progetto finale, a meno che non intervengano altre risorse, prevede che nell'ospedale di Lucca vi siano due residenze sanitarie assistenziali per 113 posti letto; nessuna struttura è prevista per Pistoia in quanto tutta l'attività si svolge all'esterno; a Volterra è prevista una residenza sanitaria assistenziale per 93 posti letto, e a questo proposito si pone la necessità di raggiungere gli *standard* delle altre residenze sanitarie assistenziali perchè 93 posti letto per una sola struttura sono troppi, mentre secondo le nostre previsioni dovrebbero essere circa 60; a Siena è prevista una struttura sanitaria assistenziale per 40 posti letto, mentre ad Arezzo vi è una residenza per 44 posti letto. A Firenze vi è già una residenza attivata alcuni anni fa, costituita da un gruppo di mini appartamenti e la previsione è di un'ulteriore residenza per 60 posti letto.

Tutta la fase transitoria è gestita dal dipartimento di salute mentale che anche da noi opera dall'ospedale psichiatrico all'assistenza domici-

liare. A regime si tratterà di residenze sanitarie assistenziali gestite dai dipartimenti di assistenza sociale delle Usl che accolgono cittadini non autosufficienti (l'utenza caratteristica delle residenze sanitarie).

Uno dei punti fondamentali della nostra linea è il divieto di utilizzo delle aree per la salute mentale.

PRESIDENTE. La ringrazio per la sua illustrazione, che ci ha consentito di comprendere la situazione presente nella regione Toscana, che nel complesso sembra essere abbastanza soddisfacente.

TOMASSINI. Dottor Percopo, alcune regioni hanno fornito dati anche sulla reale condizione dei malati e sulla distribuzione dei modelli di assistenza, chiarendo in che misura questo sistema territoriale ha risposto alle esigenze. Ancora poco fa il dottor Martini - che desidero elogiare - si poneva il problema dell'appropriatezza delle cure: è un qualcosa che avviene in pochissimi campi della medicina. Lei ha parlato molto degli aspetti finanziari, legislativi e strutturali, ma riguardo a questo aspetto poco ci ha detto.

PERCOPO. L'assistenza è compito dei sanitari e non di chi fa programmazione.

TOMASSINI. L'assessorato deve rispondere anche di questo: guai se fosse solo un problema sanitario!

PERCOPO. Ho già illustrato la nostra situazione, che ha una forte valenza territoriale: evidentemente usando l'espressione «forte valenza territoriale» non intendevo affermare che il territorio è forte ma che c'è una consistente organizzazione che consente di dare le necessarie risposte. Questo non vuol dire che siamo al *top*: sarebbe sciocco pensarlo perchè c'è sempre da migliorare, ma sicuramente l'assistenza offerta dai servizi territoriali delle nostre Usl e dal dipartimento di salute mentale è nel complesso qualitativamente e quantitativamente abbastanza buona. Anche da noi ci possono essere operatori incapaci o primari non in grado di gestire le situazioni che ogni giorno si presentano.

Per richiamare dei dati specifici, per quanto concerne l'Spdc, il rapporto è di 0,6 posti letto ogni 10.000 abitanti, un rapporto piuttosto basso. Riteniamo che la maggior parte dell'assistenza debba essere condotta al di fuori degli ospedali: il malato di mente che non abbia bisogno di ricovero, se tenuto 30 giorni in ospedale, rischia di stare ancora peggio. Il nostro obiettivo è realizzare sul territorio strutture residenziali o semi-residenziali nelle quali possa essere fornita lunga assistenza, un'assistenza articolata.

TOMASSINI. Non sono abituato a protrarre il dibattito, ma o mi sono spiegato male oppure oggettivamente lei è poco preparato per rispondere a questa domanda. Non le ho chiesto se gli operatori sono bravi: ritengo che rientrino nella media del paese. Mi interessa principalmente sapere se questo modello organizzativo ha fornito delle risposte ai problemi della vostra regione. Per rispondere a questa domanda è necessario aver fatto sondaggi di opinione, aver verificato la qualità delle

cure o aver predisposto le carte dei servizi. Se la regione non ha fatto nulla di tutto questo, non è in grado di fornire una risposta obiettiva.

PERCOPO. Credo intanto di essere preparato: questo lo dico per sgombrare il campo da dubbi.

In merito alla domanda che mi ha rivolto, le ho risposto che abbiamo la carta dei diritti e che abbiamo svolto le indagini epidemiologiche. Non ho con me i dati poichè pensavo che avremmo parlato della chiusura degli ospedali psichiatrici: in ogni caso la regione Toscana può fornire tutti i dati di cui la Commissione ha bisogno. Se i rappresentanti di altre regioni le hanno illustrato una situazione diversa, lei non può estenderla a tutte le regioni; se le dico che grazie alla nostra organizzazione gli interventi si effettuano ed hanno buon esito, non vedo perchè lei debba affermare che non le ho risposto.

MONTELEONE. Si è paventata ultimamente la creazione di un nuovo rapporto, con il trasferimento di tutte le competenze agli enti locali: da tecnico come vede questa possibilità, che a me sembra nascondere il rischio di ulteriori difficoltà?

PERCOPO. Anche noi temiamo che possa risolversi in un scarico di responsabilità. Come sapete, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985, legato alla legge finanziaria, stabilisce che alcuni interventi sociali sono così strettamente connessi alla tutela della salute da doversi ritenere a carico del fondo sanitario e non del fondo sociale. In Toscana abbiamo fortemente attuato questo principio e d'altronde l'integrazione costituisce davvero la chiave di volta in questi interventi. In questo senso va anche la legge n. 724 del 23 dicembre 1994.

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

I lavori terminano alle ore 18,20.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE