

**Doc. XVII**  
**n. 3**

## **DOCUMENTO APPROVATO DALLA 12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** **(Igiene e sanità)**

*nella seduta del 15 luglio 1997*

*Relatore CARELLA*

### **A CONCLUSIONE DELL'INDAGINE CONOSCITIVA**

*promossa dalla Commissione stessa nella seduta del 16 luglio 1996, svolta nelle sedute del 17, 18, 24, 25 e 26 settembre, del 1° ottobre 1996 e del 26 marzo, 2, 9, 15 e 17 aprile 1997 e con i sopralluoghi compiuti in Napoli, in Nocera Superiore, in Foggia, in Bisceglie, in Cogoleto, in Roma, in Guidonia, in Trieste, in Como, in Cernusco sul Naviglio, in Milano, in Girifalco, in Cagliari, in Calabria, in Sassari, in Pescara e in Chieti tra il 25 ottobre 1996 e l'11 marzo 1997, conclusa il 15 luglio 1997*

### **SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA DI CHIUSURA DELLE STRUTTURE MANICOMIALI RESIDUE E SULLA REALIZZAZIONE DELLE STRUTTURE ALTERNATIVE DI ASSISTENZA PSICHIATRICA**

(articolo 48, comma 6, del Regolamento)

**Comunicato alla Presidenza il 21 luglio 1997**

*L'indagine conoscitiva.*

Il permanere dei cosiddetti «residui manicomiali» ha rappresentato, come è noto, uno dei maggiori ostacoli alla piena attuazione, nel corso dell'ultimo ventennio, della riforma dell'assistenza psichiatrica introdotta con la legge 13 maggio 1978 n. 180.

La conservazione dell'istituzione, infatti, mentre ha determinato la mancata deospedalizzazione di molti dei soggetti ricoverati da più lungo tempo, ha altresì favorito la riproduzione in varie forme delle tradizionali modalità di gestione del disagio mentale; occorre inoltre considerare che il pesante onere finanziario determinato dalla mancata chiusura degli ex ospedali psichiatrici - con costi unitari per degente molto alti, data la diminuzione degli ospiti e l'abbattimento delle economie di scala - ha ostacolato il reperimento di risorse idonee allo sviluppo dell'assistenza psichiatrica territoriale.

La consapevolezza di questi problemi aveva indotto il Parlamento ad approvare, in sede di esame dei documenti finanziari per il 1995, una norma - il comma 5 dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, recante «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica» - con la quale si imponeva alle regioni di provvedere entro il 31 dicembre 1996 alla chiusura delle strutture manicomiali residue destinando i relativi beni mobili e immobili alla produzione di reddito, finalizzando le risorse così ricavate all'attuazione del progetto-obiettivo «Tutela della salute mentale 1994-1996».

Nella primavera del 1996 cominciava ad apparire evidente che il dettato della norma suddetta era rimasto praticamente inattuato in gran parte del paese.

La Commissione igiene e sanità del Senato decideva quindi di accogliere la sollecitazione che proveniva da più parti, e in particolare dai settori più sensibili degli operatori psichiatrici, affinché si riprendesse il processo di dismissione dei residui manicomiali evitando, se possibile, una proroga del termine previsto dalla legge n. 724 del 1994.

La Commissione pertanto deliberava all'unanimità, in data 16 luglio 1996, di svolgere un'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica, indagine che veniva autorizzata dal Presidente del Senato in data 22 luglio 1996.

Successivamente, a conferma dell'importanza della questione, anche la Commissione affari sociali della Camera deliberava un'analoga indagine conoscitiva, e venivano quindi adottate intese tra le presidenze delle due Assemblee per coordinare le attività di indagine delle due Commissioni.

*La fase istruttoria dell'indagine.*

In una prima fase la Commissione ha svolto una serie di audizioni con dirigenti del Ministero della sanità e con rappresentanti delle regioni.

In particolare, fra il 17 settembre e il 1° ottobre 1996, la Commissione ha ricevuto:

a) i funzionari del Ministero della sanità, dottor Nicola Falcitelli dirigente generale del dipartimento programmazione, e dottor Raffaele D'Ari, direttore generale del dipartimento professioni sanitarie e risorse umane e tecnologiche in sanità e assistenza sanitaria di competenza statale;

b) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Piemonte dottor Leopoldo Cappenberg e dottoressa Giovanna Aimone;

c) le rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Lazio dottoressa Paola Palazzi e dottoressa Lucia Arrighi;

d) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Emilia Romagna dottor Alberto Andreotti e dottor Cosimo Argentieri;

e) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Abruzzo Enzo Mancinelli e dottoressa Estensa Mazzini;

f) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Sicilia il dottor Salvatore Scondotto e dottor Maurizio D'Arpa;

g) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Campania dottor Andrea Pennino e dottoressa Rosa Tucci;

h) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Marche dottor Nicola Scola e signora Gina Frezzotti;

i) i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità della regione Basilicata dottor Donato Grieco, dottor Rocco Libutti e dottor Michele La Penna;

l) la rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Calabria dottoressa Rosanna Muscolo;

m) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Toscana dottor Romano Percopo;

n) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Lombardia dottor Lorenzo Petrovich;

o) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della provincia autonoma di Trento dottor Giovanni Martini;

p) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Friuli Venezia-Giulia dottor Angelo Righetti;

q) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Umbria professor Giovanni Barro;

r) il rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Sardegna dottor Vittorio Ranieri;

s) la rappresentante dell'Assessorato alla sanità della regione Puglia dottoressa Angela Mengano.

I resoconti stenografici delle sedute relative a dette audizioni e a quelle svolte nella fase successiva dell'indagine, nonchè una

selezione dei documenti acquisiti dalla Commissione saranno prossimamente pubblicati in volume.

I funzionari del Ministero della sanità, in particolare, hanno fornito alla Commissione ragguagli in ordine ad una verifica dello stato di attuazione dei progetti di superamento che il Ministero della sanità aveva allora in corso di svolgimento.

Tale monitoraggio, che nel corso dell'indagine conoscitiva si è poi rivelato per molti aspetti carente, aveva come parametro di riferimento la congruità dei progetti di superamento rispetto al progetto-obiettivo nazionale «Tutela della salute mentale 1994-1996», approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994.

Dalla rilevazione risultavano presenti strutture ospedaliere pubbliche residue in tutte le regioni, con eccezione della Val d'Aosta, del Molise - regioni queste dove non sono mai stati operanti istituti manicomiali - della provincia di Bolzano e della Basilicata, dove peraltro operava in regime convenzionale un istituto appartenente alla Casa della Divina Provvidenza-Opera Don Pasquale Uva.

I degenti ricoverati risultavano essere, nell'anno 1996, 11.516 nei 62 istituti psichiatrici pubblici e 4.752 negli istituti privati convenzionati.

Secondo le valutazioni dei rappresentanti del Ministero, solo per 30 strutture ospedaliere pubbliche la fase di realizzazione dei progetti di chiusura potevano considerarsi avanzata; in particolare solo per 5 di esse era prevedibile il rispetto della data del 31 dicembre 1996 quale termine ultimo per la chiusura, mentre altre 25 avrebbero dovuto chiudere entro il primo semestre 1997; per le restanti 32 il Governo avrebbe fornito le indicazioni programmatiche e, ove necessario, il supporto tecnico per consentire di completare la dismissione entro il 1997.

Per quanto riguarda le modalità dei progetti di chiusura, il Ministero della sanità aveva previsto, in conformità al progetto-obiettivo nazionale e in attesa della definizione delle linee-guida per le regioni, una classificazione dei pazienti in diverse tipologie, in relazione alle quali costituire, ove necessario, differenti strutture di assistenza.

Una prima categoria è quella dei soggetti dotati di sufficiente autonomia e con prognosi favorevole per i quali deve essere possibile la riallocazione in strutture, quali le case famiglia, che pur avendo carattere solo parzialmente sanitario, continuano ad essere affidate alla supervisione dei dipartimenti di salute mentale.

La seconda categoria è quella dei soggetti affetti da patologie gravi e a rischio di cronicità per i quali si rende necessario il ricovero in strutture sanitarie protette, la cui dimensione ottimale è valutata in 20 posti letto complessivi; pur condividendo, anche per promuovere nell'opinione pubblica la percezione dell'effettivo superamento dell'istituzione manicomiale, che l'allocazione di queste strutture dovesse essere posta all'esterno degli istituti precedentemente adibiti ad ospedali psichiatrici, i rappresentanti del Ministero della sanità ritenevano necessario prevedere realisticamente che una parte di tali pazienti sarebbero rimasti all'interno di attuali strutture manicomiali opportunamente ristrutturate.

La terza categoria è quella costituita dai soggetti con problemi non propriamente psichiatrici – vale a dire le persone anziane e i soggetti con menomazioni psicofisiche e sensoriali che versano in stato di abbandono – la cui assistenza, non avendo carattere specificamente sanitario, è da attribuire ai servizi sociali.

Le audizioni dei rappresentanti delle regioni mettevano in evidenza da una parte l'ampiezza del ritardo – in effetti solo la regione Emilia-Romagna e la provincia autonoma di Trento dichiaravano di essere in grado di terminare la chiusura nei tempi prescritti dalla legge – e dall'altra la complessità dei problemi, anche culturali, legati alla realizzazione dei piani di chiusura.

Tra le altre questioni venute in rilievo nel corso delle audizioni, risultavano particolarmente gravi quella relativa agli aspetti occupazionali – in particolare per quanto riguarda i dipendenti degli ospedali psichiatrici privati, meno facilmente riconvertibili ad altre attività nell'ambito dell'assistenza psichiatrica – e quella concernente il rischio che molti programmi di chiusura avessero carattere puramente formale, sostanzandosi nel mantenimento degli ospiti all'interno delle vecchie strutture psichiatriche, ovvero nel loro concentramento in uno solo degli ex ospedali psichiatrici regionali, attraverso una mera operazione di trasformazione nominalistica dell'ospedale stesso in una serie di residenze sanitarie assistenziali o di altre strutture analoghe.

Altre questioni che risultavano particolarmente delicate erano quelle relative ai rapporti con i servizi comunali di assistenza – ai quali dovevano passare in carico i soggetti con problemi di carattere non propriamente sanitario e psichiatrico – nonché alla corretta destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici, spesso di grande valore architettonico e situati in aree di particolare pregio, rispetto ai quali oltre tutto erano possibili in molte realtà rivendicazioni di titolarità da parte dei comuni.

Le audizioni con i rappresentanti delle regioni hanno inoltre messo in evidenza la non uniforme e in gran parte carente realizzazione delle strutture territoriali deputate alla presa in carico e alla cura dei nuovi pazienti psichiatrici, in particolare per quanto riguarda la non soddisfacente operatività di molti centri di igiene mentale e l'insufficiente dimensionamento, in molte regioni, dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, anche se va considerato che in molti casi l'insufficienza dei reparti per acuti è determinata dal loro uso improprio, a sua volta causato dall'inefficienza dell'assistenza territoriale.

#### *La chiusura degli ospedali psichiatrici nella manovra finanziaria per il 1997.*

Conclusa la fase istruttoria, la Commissione ha iniziato un programma di sopralluoghi presso ex ospedali psichiatrici.

Nel frattempo peraltro, in sede di esame dei documenti finanziari per il 1997, grazie anche alla sensibilizzazione che l'indagine conoscitiva aveva prodotto nel Parlamento e nella pubblica opinione, veniva rea-

lizzato un ulteriore passo avanti per la chiusura delle strutture manicomiali residue. Veniva infatti evitata, così recependo l'esigenza più volte ripetuta nel corso dell'indagine dagli operatori più impegnati, l'adozione di una proroga del termine previsto dalla legge n. 724 del 1994. Pertanto, con il comma 20 dell'articolo 1 della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante «Misure di razionalizzazione della finanza pubblica», è stato confermato il termine ultimo per la soppressione degli ex ospedali psichiatrici al 31 dicembre 1996, imponendo alle regioni di adottare entro il 31 gennaio 1997 strumenti di pianificazione riguardanti la tutela della salute mentale, in attuazione di quanto previsto dal progetto-obiettivo 1994-1996, in modo da realizzare entro l'anno l'effettiva chiusura dei residui manicomiali.

Il comma 23 dello stesso articolo, poi, ha introdotto una serie di sanzioni a carico delle regioni inadempienti, per le quali è stata prevista una riduzione della quota spettante in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

Tale ultima disposizione, che risponde all'esigenza di garantire l'effettiva attuazione dei programmi di dismissione dei residui manicomiali, è stata però da taluni criticata in quanto colpirebbe, più che le amministrazioni regionali inadempienti, i cittadini fruitori delle prestazioni sanitarie. Talune critiche ha determinato anche il comma 21 che, diversamente da quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 3 della legge n. 724 del 1994, subordina la destinazione alla produzione di reddito dei beni mobili e immobili degli ospedali psichiatrici dismessi alla loro non utilizzabilità per altre attività sanitarie, ipotesi questa che potrebbe di fatto consentire una distrazione di risorse dall'assistenza psichiatrica ad altre utilizzazioni, sempre di carattere sanitario.

#### *I sopralluoghi presso gli ex ospedali psichiatrici.*

Dopo i primi sopralluoghi, effettuati anteriormente all'esame delle norme di razionalizzazione della finanza pubblica, presso gli ex ospedali psichiatrici Bianchi di Napoli e Mater Domini di Nocera Superiore e presso gli istituti della Casa della Divina Provvidenza - Opera Don Pasquale Uva di Foggia e di Bisceglie, i successivi sopralluoghi effettuati dalla Commissione hanno tenuto conto della nuova situazione determinata dall'approvazione della legge n. 662 del 1996, e quindi della redazione dei piani da parte delle regioni e della loro valutazione da parte degli operatori.

In questa seconda fase, le regioni visitate sono state la Liguria (ex ospedale psichiatrico di Cogoleto), il Lazio (ex ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma e Casa della Divina Provvidenza di Guidonia), il Friuli Venezia-Giulia (strutture territoriali di assistenza psichiatrica dell'ASL di Trieste), la Lombardia (ex ospedale psichiatrico di Como, Istituto Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio e ex ospedale psichiatrico Pini di Milano), la Calabria (ex ospedale psichiatrico di Girifalco), la Sardegna (ex ospedali psichiatrici di Cagliari e di Sassari) e l'Abruzzo (casa di cura Villa Serena di Pescara e casa di cura Villa Pini di Chieti).

Nel corso di queste visite la Commissione ha potuto verificare l'esistenza di realtà molto articolate, e non sempre corrispondenti alla tradizionale dicotomia fra il Sud e il Nord del paese, dove a situazioni di sostanziale immobilismo si contrappongono realtà caratterizzate da notevole dinamismo.

Al di là di queste differenze – in buona parte collegate al modello organizzativo adottato per la dismissione degli ex ospedali psichiatrici, in quanto sono apparsi più motivati e produttivi quei progetti gestiti, come a Napoli e a Roma, da dirigenti appositamente nominati per presiedere alla dismissione – è emersa dai sopralluoghi una serie di problematiche comuni.

Occorre considerare in primo luogo che, al fine di evitare la sanzione comminata dalla legge n. 662 del 1996, di razionalizzazione della finanza pubblica per il 1997, le regioni hanno generalmente presentato nei termini i piani di dismissione; tuttavia molti di questi documenti sembrano pedissequamente ricalcati sulle linee-guida emanate dal Ministero all'inizio di quest'anno, linee-guida considerate insoddisfacenti dalla generalità degli operatori perchè prive di quegli elementi di concretezza e di innovazione che soli possono assicurare la riuscita dell'operazione di chiusura.

Queste carenze, sia per quanto riguarda la puntualità dei termini previsti per le successive fasi di chiusura, sia per quanto riguarda le garanzie sulla effettiva realizzazione delle strutture alternative e del loro inserimento in reti territoriali di servizi, potranno determinare, se non saranno corrette, il fallimento anche di quei progetti di dismissione condotti fino ad oggi con maggiore efficacia, ma che devono trovare una risposta e un seguito da parte della programmazione regionale.

Una prima importante differenza tra le realtà visitate dalla Commissione può essere individuata nella selezione delle direttrici di intervento.

Occorre infatti rilevare che, in particolare per quanto riguarda gli ex ospedali psichiatrici pubblici, la grave dequalificazione del loro patrimonio edilizio e strutturale comportava più o meno dovunque la necessità di interventi urgenti a carattere conservativo e migliorativo, ciò sia per migliorare comunque le condizioni di vita degli ospiti, sia per realizzare all'interno di queste strutture settori caratterizzati da livelli di intimità e di recupero della gestione del quotidiano, necessari per consentire il progressivo riadattamento degli ospiti ad un modello di vita extra-istituzionale.

Tale esigenza di salvaguardia e recupero degli ambienti determina però il rischio che risorse eccessive possano essere convogliate all'interno della struttura da dismettere, a scapito della creazione all'esterno di strutture idonee ad accogliere i pazienti dimessi. Questo rischio non sembra essere stato sempre evitato; la permanenza all'interno degli ex ospedali psichiatrici di residenze sanitarie assistenziali e di comunità protette, di per sè non necessariamente censurabile, sembra prefigurare in taluni progetti una sostanziale riproposizione dell'ospedale psichiatrico con una mera modifica di denominazione.

Al fine di evitare un simile rischio, appaiono particolarmente interessanti le esperienze di chi ha saldato le attività dirette alla progressiva risocializzazione dei pazienti autonomi e semi-autonomi da dimettere nelle strutture intermedie o presso le famiglie di origine, con attività caratterizzate dall'apertura all'esterno dell'ex manicomio, e con la riappropriazione, da parte dei quartieri o delle cittadine nei quali le strutture sono ubicate, del complesso manicomial e delle sue dotazioni, quali giardini, impianti sportivi e locali adibiti ad attività culturali e ricreative.

Risultano poi particolarmente complesse le problematiche afferenti alla partecipazione delle aziende sanitarie e dei comuni di provenienza al processo di dimissione degli ospiti. In molte realtà l'individuazione degli enti competenti per i singoli degenti ha determinato un non facile processo di ricostruzione delle identità anagrafiche dei pazienti. Si tratta di una attività che ha messo in luce lo stato di sostanziale abbandono di gran parte degli ospiti degli ex manicomi e la elevata frequenza di gravi abusi, sia dal punto di vista della collocazione e della permanenza in ospedale psichiatrico di una elevata percentuale di soggetti non psichiatrici - in particolare anziani non assistiti e portatori di handicap - sia dal punto di vista della gestione delle risorse a vario titolo rientranti nel patrimonio degli ospiti stessi.

Al di là di queste difficoltà di carattere anagrafico, sul piano operativo i maggiori problemi riguardano la disponibilità dei comuni a prendere in carico i soggetti rientranti nell'area socio-assistenziale e talune difficoltà di coordinamento tra i diversi progetti di dimissione derivanti dall'appartenenza di pazienti ad aziende sanitarie locali di regioni diverse da quelle in cui è collocato l'ex ospedale psichiatrico.

Un'altra questione di particolare rilievo è quella relativa alla riconversione del personale addetto agli ex ospedali psichiatrici.

Se per il personale degli ex manicomi pubblici i problemi sono relativi - e hanno riguardato essenzialmente la loro partecipazione ai processi di dimissione, sia in quanto si tratta in gran parte di personale vicino al collocamento a riposo, sia perchè i soggetti più giovani e motivati possono essere, se necessario dopo una fase di riqualificazione professionale, assegnati all'assistenza psichiatrica territoriale - più grave è la problematica relativa ai dipendenti degli ex ospedali psichiatrici privati operanti in regime di convenzione.

Nel corso dei sopralluoghi, comunque, la Commissione ha riscontrato una forte disponibilità da parte dei responsabili delle due più importanti reti di assistenza psichiatrica convenzionata - l'ordine ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli e l'Opera Don Pasquale Uva-Casa della Divina Provvidenza, che rappresentano, rispettivamente nel settentrione e nel mezzogiorno, la grande maggioranza delle istituzioni private convenzionate - a collaborare con il settore pubblico per prestare la loro attività nell'ambito dell'assistenza territoriale.

Appare più delicata la posizione di talune istituzioni private a carattere imprenditoriale, come ad esempio la Casa di cura Villa Serena di Pescara e la Casa di cura Villa Pini di Chieti. Al di là della più o meno sviluppata efficienza assistenziale e terapeutica delle due strutture suddette, vi è l'impressione di una maggiore difficoltà nel superare l'assi-



stenza istituzionale in quelle realtà dove i privati sembrano aver operato negli ultimi anni in un quadro di virtuale latitanza del servizio pubblico.

Il ruolo dei privati, peraltro, deve essere valutato con particolare attenzione anche con riferimento alla loro partecipazione al processo di riallocazione degli ospiti dimessi. Va infatti evitato il rischio che, una volta di più, modalità di gestione del disagio mentale in termini di pura custodia e di esclusione, si riproducano a danno dei cittadini malati e a vantaggio di operatori non sempre qualificati.

Laddove non risulta sempre possibile riassorbire il personale degli istituti psichiatrici privati convenzionati all'interno del sistema dell'assistenza psichiatrica propriamente detta, può essere valutato il loro coinvolgimento in forme di cooperativa sociale dirette ad avviare al lavoro ospiti di ex ospedali psichiatrici dotati di sufficiente autonomia, iniziative queste ultime di cui la Commissione ha potuto verificare interessanti esempi, anche in realtà per molti versi particolari come quella calabrese, dove si riscontrano delle serie difficoltà a riportare nel territorio d'origine l'assistenza degli ospiti dell'unico ex ospedale psichiatrico pubblico.

Nel corso dei sopralluoghi la Commissione ha anche potuto visitare una serie di strutture intermedie di assistenza psichiatrica.

In particolare la Commissione ha visitato il dipartimento di salute mentale di Trieste e due strutture intermedie allocate nel territorio del comune. Nel corso di questo sopralluogo, che ha confermato la validità del modello triestino di gestione del disagio mentale, la Commissione ha potuto acquisire indicazioni circa la possibilità di utilizzare forme intermedie di assistenza ambulatoriale che, se adottate anche in altre realtà, potrebbero contribuire a ridurre l'utilizzazione impropria dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

*Le valutazioni degli operatori, delle associazioni dei familiari e del Governo.*

Conclusa la fase dei sopralluoghi, la Commissione ha svolto una serie di ulteriori audizioni oltre che, come già ricordato, con i rappresentanti della proprietà e dei lavoratori delle istituzioni private, anche con i rappresentanti delle famiglie, delle società psichiatriche e con il Ministro della sanità.

Per le associazioni dei familiari sono stati ascoltati la dottoressa Anna Rosa Andretta, in rappresentanza dell'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi; l'ingegner Ernesto Muggia, il dottor Carlo Volpi e il dottor Franco Daniele in rappresentanza dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale; la dottoressa Maria Luisa Zardini, la signora Maria Pia Maglia e il dottor Ottavio Bevilacqua in rappresentanza dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica.

Le associazioni dei familiari, pur con differenti sfumature, hanno tutte sottolineato l'aleatorietà di molti programmi regionali di superamento dell'istituzione manicomiale, sia per l'insufficienza delle risorse

finanziarie, sia per la mancanza di un quadro di regole certe e sufficientemente cogenti per le amministrazioni regionali e per le aziende sanitarie locali. Esse però hanno manifestato una valutazione decisamente favorevole in ordine alla disposizione della legge n. 662 del 1996 che conferisce un ruolo prioritario al completamento delle strutture intermedie di assistenza psichiatrica tra le opere edilizie da realizzare con le risorse messe a disposizione dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67. Viva preoccupazione è stata invece manifestata, soprattutto dall'Associazione per la difesa degli ammalati psichici gravi, circa i rischi di un'utilizzazione impropria del patrimonio edilizio appartenente agli ex manicomi.

Le associazioni stesse hanno inoltre richiamato l'attenzione della Commissione sul problema rappresentato in alcune realtà, in particolare per quanto riguarda l'ex ospedale psichiatrico di Como, da talune controverse operazioni di rivalsa sulle risorse dei degenti, mediante le quali è stato realizzato un patrimonio di alcune decine di miliardi in relazione alla cui utilizzazione vi è stato un lungo e difficile contenzioso.

Le associazioni inoltre hanno manifestato la loro preoccupazione in ordine alla problematica degli ospedali psichiatrici giudiziari, la cui configurazione mal si concilia, da un lato, con l'attuale disciplina dell'assistenza psichiatrica e, dall'altro, con le asserite finalità terapeutiche, atteso il carattere prevalentemente penitenziario che, anche per la tipologia del personale addetto, tali istituzioni rivestono tuttora.

Le associazioni dei familiari, pur concordando sul giudizio complessivamente non favorevole circa la gestione del disagio mentale da parte della generalità delle regioni, hanno espresso valutazioni non omogenee in ordine al quadro normativo nel quale l'azione delle regioni si colloca.

Se infatti l'Unione delle associazioni per la salute mentale e l'Associazione per la Difesa degli ammalati psichici gravi hanno, in misura diversa, espresso un giudizio complessivamente positivo sullo schema del progetto-obiettivo nazionale per la salute mentale per il triennio 1997-1999 e sulla necessità di dare piena attuazione al sistema configurato con la legge n. 180 del 1978, i rappresentanti dell'Associazione per la riforma dell'assistenza psichiatrica ritengono che sia proprio tale quadro di riferimento a dover essere rivisto, soprattutto modificando l'attuale disciplina del trattamento sanitario obbligatorio e individuando luoghi istituzionali dove i sofferenti possano essere coattivamente sottoposti alla cura per un tempo sufficiente ad avviarli a strutture intermedie e di risocializzazione.

La Commissione ha quindi ascoltato, in rappresentanza delle società scientifiche di psichiatria, il professor Pierluigi Scapicchio e il dottor Ferdinando De Marco per la Società italiana di Psichiatria e la dottoressa Giuseppina Gabriele, il dottor Luigi Attenasio, la dottoressa Giovanna Del Giudice, il dottor Emilio Lupo, il dottor Renato Donisi e il dottor Giuseppe Costabile della Società italiana di Psichiatria democratica.

Dall'incontro con le società scientifiche di psichiatria è emersa la necessità di elaborare una serie di indicatori per la verifica dell'effetti-

vità del processo di superamento della struttura manicomiale, valutando se essi si svolgano in un effettivo e organico quadro di interventi terapeutici e preventivi territoriali, e non indulgendo alla tentazione sempre ricorrente di proporre approcci miracolistici al problema della malattia mentale.

Tenendo conto del fatto che la chiusura definitiva dei manicomi può ritenersi realizzata solo laddove si riesca a ricollocare effettivamente nel territorio i cittadini ospiti di tali istituzioni –attraverso una riconversione della spesa sanitaria, una formazione permanente degli operatori e un'integrazione funzionale e costante con le famiglie, tutte dirette all'obiettivo della più ampia riabilitazione sociale – destano preoccupazione i caratteri ambigui delle linee guida elaborate dal Ministero della sanità, la cui indeterminatezza ha di fatto consentito a talune regioni di realizzare programmi di superamento che suscitano notevoli perplessità.

Le società scientifiche hanno altresì sottolineato la necessità di risolvere la complessa questione relativa agli ospedali psichiatrici privati, la cui resistenza all'attuazione della legge trova il suo punto di forza nel grave problema occupazionale. Ferma restando la necessità di risolvere quest'ultimo problema attraverso una corretta impostazione delle relazioni sindacali, che costringa le aziende ad assumersi le loro responsabilità nei confronti dei lavoratori senza scaricarle sullo Stato, è necessario che l'ente pubblico svolga in pieno la propria opera di controllo dell'applicazione della legge da parte di questi istituti, anche per quanto riguarda la corretta gestione del problema delle risorse proprie dei ricoverati, per il quale risulta indispensabile la rapida costituzione degli uffici tutelari.

I rappresentanti delle due società scientifiche hanno espresso valutazioni differenti per quanto riguarda i tempi del processo di dismissione, che a parere della società italiana di psichiatria non può richiedere meno di due anni, tuttavia esse hanno concordato sulla convinzione che il successo del programma di superamento delle strutture manicomiali sia legato alla promozione di un processo di ampia partecipazione.

In rappresentanza degli ospedali psichiatrici privati convenzionati e delle organizzazioni dei lavoratori, la Commissione ha ascoltato:

la signora Patrizia Di Berto e il dottor Massimo Cozza in rappresentanza dell'associazione sindacale dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati della CGIL;

la signora Doristella De Orsi in rappresentanza della CISL;

il dottor Armando Masucci in rappresentanza della UIL;

i signori Michele Losacco e Nicolangelo Cosmai in rappresentanza della FIALS;

suor Teresina Abruzzese, suor Grazia Santoro, il dottor Giovanni Caprioli, il dottor Antonio Soldani e il dottor Antonio Mercolessa in rappresentanza dell'Opera Don Giovanni Uva-Casa della Divina Provvidenza;

Padre Raimondo Fabello, il professor Giorgio Marinato e il dottor Adriano Coriasso in rappresentanza dell'Ordine ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli.

I rappresentanti della Casa della Divina Provvidenza hanno manifestato l'intenzione dell'Opera di procedere, nella consapevolezza peraltro delle diversità esistenti fra le varie realtà in cui opera la Casa della Divina Provvidenza, ad un complessivo programma di riconversione che consenta alla Casa stessa di partecipare all'attività di assistenza sul territorio, garantendo, per quanto possibile, i livelli occupazionali del personale. Tale riconversione dovrà riguardare anche le strutture immobiliari della Casa, che dovranno essere in parte messe a disposizione della rete dei servizi esistente sul territorio. La realizzazione di tali progetti è, a parere dei rappresentanti dell'Opera, condizionata alla risoluzione del grave squilibrio finanziario dell'Opera stessa, determinato soprattutto dal mancato aggiornamento dal 1992 delle rette, dalla loro ritardata correzione e dalla dinamica salariale dei dipendenti.

La controparte sindacale ha manifestato interesse per tali proposte, sottolineando la necessità di quantificare in maniera credibile il personale che sarà addetto alla gestione dei servizi riconvertiti e di individuare piani di formazione e di aggiornamento, eventualmente applicando gli strumenti individuati dai recenti provvedimenti governativi diretti a favorire l'occupazione.

Anche l'ente ospedaliero San Giovanni di Dio Fatebenefratelli ha dichiarato di essere disponibile ad operare sul territorio in collaborazione con il settore pubblico, privilegiando il proprio ruolo di istituto di riabilitazione.

La Commissione ha infine ascoltato il Ministro della sanità che ha condiviso le preoccupazioni da più parti espresse circa le caratteristiche dei piani di superamento elaborati dalle regioni, che confermano le opportunità delle decisioni assunte dal Governo di accantonare la quota del fondo sanitario nazionale che può essere trattenuta quale sanzione per le regioni inadempienti, salvo verificare a consuntivo del 1997 la validità dei piani adottati e assumere le conseguenti decisioni.

Il Ministro ha altresì assicurato che il Governo si farà carico in tempi brevi di esaminare la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari e si è soffermato sullo schema del nuovo progetto-obiettivo della salute mentale, inteso a qualificare i servizi psichiatrici territoriali nell'ambito dei livelli minimi di assistenza.

#### *Valutazioni conclusive.*

In conclusione, l'indagine conoscitiva ha fornito una immagine complessa della psichiatria italiana dal momento che, se ha confermato la gravità delle carenze che si riscontrano in molte parti d'Italia nel campo dell'igiene mentale, ha peraltro posto in luce l'esistenza di esperienze di servizio territoriale ormai sufficientemente consolidate da consentire anche ripensamenti critici dei modelli in un primo tempo adottati.

Nella consapevolezza quindi della necessità di realizzare finalmente un'applicazione più concreta, completa e generale del sistema di assistenza fondato sulla legge n. 180 del 1978, la Commissione ha confer-

mato una valutazione sostanzialmente positiva della strada seguita con la legge n. 724 del 1994 e 662 del 1996 per favorire il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico.

È peraltro emersa la necessità di una verifica periodica, analitica e continua, anche da parte del Parlamento, di quanto viene realizzato nel settore. A questo scopo è necessaria prima di tutto, in tempi contenuti, una verifica dei piani predisposti dalle regioni e della congruità delle soluzioni offerte in materia di strutture di assistenza intermedia.

La Commissione ritiene che uno strumento importante per tale verifica possa essere l'istituzione, similmente a quanto già previsto in materia di tossicodipendenza, di una conferenza periodica nazionale nella quale si possano confrontare le esperienze di tutti gli operatori della salute mentale.

La Commissione sottolinea altresì la necessità di utilizzare i patrimoni edilizi degli ex ospedali psichiatrici secondo criteri che garantiscano da un lato la loro finalizzazione a funzioni vantaggiose per la collettività, e dall'altro consentano un effettivo reperimento di risorse destinate alla tutela della salute mentale.

La Commissione inoltre ritiene che il Governo e le istituzioni pubbliche preposte alla gestione della sanità debbano saper cogliere e valorizzare le disponibilità manifestate dai privati a individuare programmi di riconversione delle strutture che non compromettano i livelli di occupazione e, soprattutto i servizi resi alla collettività, senza peraltro consentire che, ricorrendo a una sorta di ricatto occupazionale, si possano avallare operazioni dirette ad aggirare l'obiettivo del superamento dell'ospedale psichiatrico.

La Commissione ha infine convenuto sulla necessità di un'urgente revisione dell'attuale ordinamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tale proposito si sottolinea l'assoluta incoerenza della permanenza, in presenza di un sistema sanitario che non conosce più l'ospedale psichiatrico, di una istituzione modellata sull'ospedale psichiatrico stesso, ma adattata secondo modalità che ne hanno sempre totalmente privilegiato il carattere di luogo di pena rispetto alle finalità terapeutiche.

CARELLA, *relatore*





