



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 6

**BOZZE NON CORRETTE**  
**versione solo per Internet**

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA  
SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO  
SANITARIO NAZIONALE**

AUDIZIONE SVOLTA PRESSO LA PREFETTURA DI BRINDISI

Giovedì 13 maggio 2010

Presidenza del presidente MARINO

**I N D I C E**

**Audizione dell'assessore regionale alla sanità, professor Tommaso Fiore, del direttore generale della ASL Brindisi, dottor Rodolfo Rollo e del direttore sanitario della ASL Brindisi, dottor Emanuele Vinci.**

**Audizione del direttore del dipartimento di salute mentale della ASL Brindisi, dottoressa Grazia Di Bella, del responsabile della unità operativa degenza - psichiatria dell'ospedale «N. Melli» di San Pietro Vernotico, dottor Fulvio Picoco, del responsabile del SerT di Brindisi, dottor Francesco Catalucci e del direttore della casa circondariale di Brindisi, dottoressa Sonia Fiorentino**

PRESIDENTE	<i>CATALUCCI</i>
MASCITELLI ( <i>IdV</i> )	<i>DI BELLA</i>
POLI BORTONE ( <i>UDC-SVP-Aut</i> )	<i>FIORE</i>
SACCOMANNO ( <i>PdL</i> )	<i>FIORENTINO</i>
SOLIANI ( <i>PD</i> )	<i>PICOCO</i>
	<i>ROLLO</i>
	<i>VINCI</i>

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; UDC, SVP e Autonomie: UDC-SVP-Aut; Misto: Misto; Misto-Alleanza per l'Italia: Misto-ApI; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS.*

*Intervengono l'assessore regionale alla sanità, professor Tommaso Fiore, il direttore generale della ASL Brindisi, dottor Rodolfo Rollo, il direttore sanitario della ASL Brindisi, dottor Emanuele Vinci, il direttore del dipartimento di salute mentale della ASL Brindisi, dottoressa Grazia Di Bella, il responsabile della U.O. Degenza-Psichiatria dell'Ospedale "N. Melli" di San Pietro Vernotico, dottor Fulvio Picoco, il responsabile del SerT di Brindisi, dottor Francesco Catalucci, il direttore della casa circondariale di Brindisi, dottoressa Sonia Fiorentino.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16,10.*

**Audizione dell'assessore regionale alla sanità, professor Tommaso Fiore, del direttore generale della ASL Brindisi, dottor Rodolfo Rollo e del direttore sanitario della ASL Brindisi, dottor Emanuele Vinci.**

PRESIDENTE. Do inizio ai lavori della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale salutando e ringraziando per la disponibilità il professor Tommaso Fiore, il dottor Rodolfo Rollo e il dottor Emanuele Vinci qui presenti,

rispettivamente assessore regionale alla sanità, direttore generale e direttore sanitario della ASL Brindisi.

Le odierne audizioni vanno inquadrare principalmente nell'ambito dell'inchiesta che la Commissione sta conducendo in relazione alle strutture sanitarie preposte sul territorio alla cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche.

In questa ottica chiederei ai singoli audendi di voler svolgere una breve relazione introduttiva sui profili di rispettiva competenza; a seguire i componenti della delegazione, a partire dal co-relatore dell'inchiesta, il senatore Saccomanno, potranno porre quesiti e svolgere le proprie considerazioni.

Cedo quindi volentieri la parola all'assessore regionale, professor Fiore, cui seguiranno gli interventi del dottor Rollo e del dottor Vinci. Successivamente e marginalmente rispetto al tema principale della nostra indagine vorrei rivolgere ulteriori domande su alcuni quesiti che riguardano l'organizzazione sanitaria e sulla segnalazione di alcuni problemi che ci sono stati rappresentati in Commissione.

In questo momento tenderei, comunque, a separare i due temi per poterci meglio concentrare, almeno inizialmente, sul tema proprio dell'inchiesta.

*FIORE*. Do a tutti voi il benvenuto nella regione Puglia.

Cercherò di essere breve restando, ovviamente, a disposizione nel caso la Commissione ritenesse di aver bisogno di documenti o riferimenti specifici in relazione ai problemi trattati.

La nostra organizzazione regionale prevede sei dipartimenti di salute mentale (uno per ciascuna ASL); 48 centri di salute mentale, con una dimensioni media di poco meno di 100.000 abitanti; 17 servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura (i cosiddetti SPDC). Vi è, inoltre, una struttura complessa di neuropsichiatria infantile per ciascuna ASL, ad eccezione di quella di Taranto, dove è stato realizzato un progetto di avvio denominato «Area età evolutiva» che evolverà nella struttura complessa di neuropsichiatria infantile, tradizionalmente assente in quella zona e che attualmente è ancorata al nuovo atto aziendale; per ciascun dipartimento di salute mentale vi è poi un servizio di psicologia clinica ed inoltre - questo è il dato su cui attirerei la vostra attenzione, perché per noi rappresenta un elemento di forte criticità - un totale di 113 strutture riabilitative residenziali con 1.505 posti letto (cioè 3,5 ogni 10.000 abitanti), di cui 1.258 posti letto H24, a cui si aggiungono altri letti presenti nelle strutture

H12 e nei gruppi appartamento. Oltre a ciò vi sono 43 strutture riabilitative semiresidenziali e centri diurni.

Per l'occasione ho redatto un documento che vorrei riassumervi per punti essenziali.

In Puglia alcuni degli aspetti critici legati all'assistenza ai malati psichiatrici sono riconducibili, a nostro avviso, all'eccesso di residenzialità. Per questo motivo riteniamo sarebbe opportuno spostare l'asse delle politiche puntando al potenziamento dei CSM (centro salute mentale), che per noi rappresentano il punto chiave per evitare il ricorso alla residenzialità e poter continuare a seguire i pazienti durante tutto il percorso.

Ciò è stato in parte realizzato con riferimento ai *mixing* di operatori di SPDC e CSM, ma non lo è stato sufficientemente con riguardo al problema delle residenze che, peraltro, sono quasi tutte private e quindi pongono il problema della ridestinazione degli accordi contrattuali, con recupero delle professionalità che sono state progressivamente formate all'interno di tali residenze.

Il percorso che abbiamo costruito attraverso atti regolamentari e delibere di giunta regionale e che è in atto secondo un cronoprogramma monitorato dal tavolo dei direttori di dipartimento di salute mentale

prevede l'apertura H12 di due terzi dei 48 CSM pugliesi entro maggio 2011 e di tutti i CSM entro la fine del 2011, nonché il potenziamento di tutte le attività ad essi assegnate dalla normativa per tutto l'arco delle 12 ore.

Per raggiungere tale obiettivo sono state realizzate una serie di iniziative ed appostate delle somme nei documenti di indirizzo economico e finanziario già a partire dal 2009.

Per quanto riguarda gli SPDC, abbiamo realizzato una serie di progetti finalizzati, che sono sotto controllo e sotto monitoraggio costante; abbiamo altresì sviluppato una serie di attività importanti, ma che non rappresentano il *core* del problema, come ho appena detto.

Abbiamo deliberato sulle raccomandazioni relative agli ASO (accertamento sanitario obbligatorio) e ai TSO (trattamento sanitario obbligatorio) secondo le linee guida stabilite dalla conferenza Stato-Regioni e lavorato con tutte le parti attive, cioè i CSM, il «118», i dipartimenti di emergenza ed accettazione, per affrontare in maniera corretta tale problema.

Un punto su cui ritengo abbiamo ottenuto buoni risultati lavorando molto intensamente, con una serie di azioni specifiche ASL per ASL, è l'inserimento lavorativo di persone con disturbi psichici in carico ai dipartimenti di salute mentale. Abbiamo cioè definito linee guida regionali

per l'inserimento lavorativo di persone con disturbi psichici e sviluppato iniziative specifiche per l'inserimento sociale, non solo coinvolgendo più assessorati regionali, ma anche enti locali, ASL, soggetti pubblici e privati coinvolti nei percorsi di inclusione sociale (cooperative, sindacati, associazioni di categorie imprenditoriali tra cui Confindustria, Confartigianato, Confai ed altri, centri per l'impiego e associazioni per la tutela e la salute mentale, con un coordinamento generale deliberato recentemente dalla giunta regionale).

Abbiamo, inoltre, dedicato particolare attenzione alla questione degli appalti: la tendenza alla centralizzazione e alla concentrazione degli appalti tende ad impedire l'accesso nella pubblica amministrazione (quindi, anche nelle ASL) a cooperative di tipo B che, invece, potrebbero vedere la presenza di queste persone.

Per questo motivo, in seno al nucleo valutazione degli appalti istituito a livello regionale, è stata maturata la decisione di invitare le ASL ad individuare settori che possano essere tenuti fuori dal processo di centralizzazione per favorire l'inclusione sociale.

Ovviamente vi è una integrazione con il sociale; nei piani di zona è stata appostata una somma separata per i progetti di inclusione sociale.



Abbiamo cercato di dedicare particolare attenzione agli interventi di riabilitazione e reinserimento di persone dimesse da OPG (ospedale psichiatrico giudiziario). Purtroppo, la nostra Regione capofila, la Sicilia, non ha avviato iniziative al riguardo. Pertanto, alla luce delle difficoltà incontrate, abbiamo chiesto, anche in sede nazionale, di poter cambiare *partner*. In ogni caso, intrattengo rapporti personali con l'assessore siciliano per cercare di superare questo problema, che è delicato e si innesta con l'altro problema che non riguarda direttamente l'OPG, ma l'assistenza penitenziaria, ormai di competenza regionale, per cercare di prevenire e curare i disturbi psichici all'interno delle strutture penitenziarie stesse.

Altri aspetti, a mio avviso, importanti sono quelli relativi alla risistemazione del sistema informatico e all'individuazione di indicatori per la valutazione dei servizi.

La Puglia ha partecipato al gruppo interregionale di salute mentale, dando un contributo riconosciuto dalle altre Regioni, attraverso la realizzazione di due *set* di indicatori per la valutazione dell'assistenza. Contemporaneamente, poiché siamo in fase avanzata di realizzazione del sistema informatico regionale, abbiamo individuato un'area applicativa specifica del servizio informatico sanitario regionale dedicata alle problematiche di disturbo mentale, nell'ottica di creare un'interfaccia tra il

nostro sistema e quello nazionale, che come sapete è in movimento e rispetto al quale abbiamo un'interlocuzione molto forte con il centro.

Peraltro numerosi progetti sono orientati al risparmio. In particolare, mi permetto di segnalare l'esistenza di un progetto che, nei limiti delle possibilità economiche, sarà finanziato quest'anno e che ci è stato proposto dall'università degli studi di Bari, nella persona del professor Nardini, sui problemi di valutazione ed assistenza alla popolazione immigrata che manifesta una forte prevalenza di disturbi psichiatrici di cui è opportuno occuparsi in modo specifico.

Riferimenti analoghi, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi generali, devono essere intesi anche per quanto riguarda il sistema delle dipendenze patologiche: mi riferisco ad un eccesso di residenzialità cui si aggiunge un'ulteriore criticità rappresentata dal problema delle doppie diagnosi.

Dopo una riflessione interna e per garantire la continuità del lavoro, abbiamo escluso in questa fase la possibilità di prevedere una riunificazione del dipartimento di salute mentale con i dipartimenti per le dipendenze patologiche. Pensiamo sia difficile reingegnerizzare, riaccorpate i due elementi: sembra un'idea geniale, interessante ma alla fine lo studio delle fasi di passaggio da un modello all'altro ci ha convinto che

probabilmente non era facilmente praticabile e avrebbe portato a criticità nell'erogazione dei servizi anche prolungate nel tempo. Tuttavia, anche se almeno per il momento abbiamo rinunciato a questa idea, attualmente sono in corso attività che garantiscono l'interscambio fra i due dipartimenti, quello delle dipendenze patologiche e quello delle dipendenze di salute mentale; si sta compiendo uno sforzo per assicurare che la formazione del personale dei dipartimenti delle dipendenze permetta loro il più possibile di affrontare la doppia diagnosi superando il sistema consulenziale attualmente in atto, che porta a ritardi nell'erogazione dei servizi.

A proposito poi dei problemi legati alle dipendenze patologiche, vorrei segnalare le criticità, purtroppo ancora presenti (è un problema culturale) nei rapporti con la popolazione. In proposito, faccio un esempio: di recente a Lecce lo spostamento del SerT da una zona periferica ad più centrale ha determinato una serie di proteste da parte dei cittadini, in particolare, per la presenza nelle vicinanze di una scuola.

Si è trattato di una fase, che adesso sembra essersi attutita. Ci tengo a dire che non riteniamo opportuno né produttivo un processo di esclusione di questa patologia. A Taranto non siamo riusciti a fare una analoga operazione di trasferimento a causa della vivacità degli interventi, che è

stata tale da farci sospendere, per il momento, il processo di riavvicinamento di questo servizio al centro della città. Abbiamo comunque messo in rete le dipendenze patologiche e disponiamo di un applicativo specifico del sistema informatico in sanità, per cui sostanzialmente gli elementi di conoscenza e di trasparenza del sistema sono nettamente migliorati.

Mi preme tuttavia segnalare che la problematica relativa alle dipendenze patologiche, per quel che noi osserviamo in merito, sia in Puglia sia, per quel che ne so, in tutta Italia, è semplicemente una piccola parte della questione e che noi non abbiamo le risorse necessarie per riuscire a cogliere questi problemi in fase precoce, limitandoci dunque ad interventi e ad assistenza soltanto quando la situazione è conclamata.

I dati a nostra disposizione dimostrano che non aumentano le dipendenze da cocaina; che si riducono quelle da eroina; che aumentano in maniera esponenziale quelle polifarmacologiche; che ne emergono alcune nuove, come da *addiction* o da Internet, che sono un problema molto serio e che meriterebbero un dispiegamento di forze superiore a quel che riusciamo a mettere in campo.

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore per questa completa descrizione della situazione della salute mentale nella regione Puglia.

Darei adesso la parola al dottor Rollo per gli aspetti più pertinenti alla ASL di Brindisi.

*ROLLO.* Grazie, signor Presidente.

La situazione della salute mentale in questa provincia non può essere scissa dalla situazione interprovinciale, perché fino al 1997-1998 a Lecce c'era un ospedale psichiatrico interprovinciale: quindi, la struttura manicomiale era attiva in quegli anni. Nel 1997 ...

PRESIDENTE. Fino a che anno?

*ROLLO.* Fino al 1996-1997. Qui c'era una articolazione della struttura interprovinciale per la salute ospedaliera mentale. Da questa data è cominciato un forte lavoro, completato nel giro di alcuni anni, di dimissione di questi pazienti e di ricollocazione presso strutture di tipo residenziale nelle diverse province: un numero significativo di pazienti è stata ricollocato all'interno di strutture residenziali ad alto impegno

assistenziale prevalentemente caratterizzate dalla presenza di ammalati con problematiche psichiatriche, alcuni dei quali anche geriatrici.

Quindi la provincia si è fatta carico di pazienti ricoverati presso la struttura, ma residenti all'interno dei comuni della nostra provincia e progressivamente si è andata a delineare una rete di servizi, che possiamo considerare abbastanza completa, in quanto oltre ai centri di salute mentale ci sono le diverse residenzialità nelle diverse accezioni: le CRAP (comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica), cioè i centri ad alto impegno assistenziale, i centri comunità alloggio o gruppi appartamento e i centri diurni.

Per quanto riguarda la residenzialità, c'è stata una prima fase in cui si è visto uno sbilanciamento di strutture tra la parte Sud e la parte Nord della provincia. Nella parte Sud il numero di posti letto è risultato superiore rispetto agli *standard* specifici, ma molti di questi pazienti, come dicevo prima, provenivano da strutture di ricovero, mentre nella parte Nord si registrava un *deficit*. Abbiamo così avviato una politica di delocalizzazione e il trasferimento di pazienti da strutture ad alto impegno assistenziale, quindi ad alta protezione, a strutture con caratteristiche di maggiore integrazione con il contesto abitativo, lavorativo e sociale.

La tipologia e la gestione delle strutture erano in parte del privato sociale, in parte direttamente gestite dai centri di salute mentale pubblici. C'è stata una "cogestione" tra operatori della salute mentale del CSM, quindi del dipartimento nel suo complesso, e alcune cooperative che hanno fatto da supporto agli operatori pubblici, per garantire l'intero pacchetto di prestazioni nell'arco delle 24 o delle 12 ore. Adesso stiamo avviando una nuova fase, quella di internalizzazione del servizio, e progressivamente questi operatori verranno probabilmente gestiti dalla azienda sanitaria stessa.

Anche sulle strutture accreditate si è lavorato per verificare che avessero i requisiti stabiliti dalle linee d'indirizzo nazionali e regionali. La stragrande maggioranza di esse presenta le caratteristiche specifiche per poter mantenere l'accreditamento.

Stiamo lavorando molto anche per la delocalizzazione nella provincia. Oltre a queste strutture, ci sono i servizi garantiti dal dipartimento di salute mentale attraverso il CSM, quindi servizi di tipo diurno. Oltre ai classici DSM (dipartimento salute mentale), all'interno di numerosi comuni sono rimaste le articolazioni, in quanto nel corso dell'ultimo decennio con l'accorpamento delle ASL e dei distretti si erano create delle zone a rischio di deprivazione di servizi. Quindi, anche se il

centro di salute mentale coincideva con la sede del distretto abbiamo mantenuto delle articolazioni di tipo ambulatoriale nei territori già sede di distretto in maniera tale da non avere la deprivazione cui facevo riferimento.

Naturalmente anche in queste sedi periferiche abbiamo cercato di sviluppare il più possibile interventi di dedomiciliazione delle cure. L'obiettivo di fondo è stato quello di mantenere aperte le sedi dei CSM centrali per le 12 ore e nel frattempo di garantire servizi di assistenza di tipo ambulatoriale nelle sedi periferiche dove c'erano delle criticità. Con la delibera di cui parlava prima l'assessore pensiamo di incrementare il personale, in maniera tale da mantenere gli *standard* quasi ovunque.

In questo momento insieme ai comuni stiamo cercando di creare nei piani di zona delle strutture afferenti all'area socio-sanitaria, cioè dei servizi destinati ai pazienti avviati nei processi di riabilitazione per l'*handicap* e per la salute mentale, in maniera tale da spostare da un contesto di tipo squisitamente sanitario ad un contesto più integrato, di tipo socio-sanitario, i pazienti. Questo in particolare per l'area non pediatrica (quella pediatrica è garantita dalla scuola), l'età giovanile o postscolastica, quindi passando dall'integrazione tipica scolastica a questi centri socio-educativi per una sorta di preavviamento al lavoro e di ulteriori integrazioni successive.



Oltre al potenziamento degli organici, un altro intervento importante ha riguardato le strutture messe a disposizione nell'arco del decennio dalle amministrazioni comunali o dai privati, che avevano però bisogno di forti interventi per garantire gli *standard*. Nell'ambito della programmazione dei fondi FESR (fondo europeo sviluppo regionale) abbiamo dato una linea specifica d'indirizzo per la messa a norma delle nostre strutture e quindi, attraverso accordi di programma con i comuni e l'utilizzo di fondi europei, contiamo di poter portare tutte le strutture ai requisiti previsti per l'ulteriore accreditamento.

È stato poi condotto un lavoro importante sulla qualità. Sia il servizio di neuropsichiatria infantile dell'azienda sia alcuni SPDC hanno chiesto e ottenuto la certificazione ISO 9000 per dare agli operatori questo indirizzo di lavoro attraverso *standard* di qualità globale.

Alcuni lavori sono già stati portati a termine - e qui mi ricollego agli indirizzi indicati prima dall'assessore - come la definizione di un manuale, sia per l'accoglienza del paziente che per la gestione delle urgenze, in maniera tale da collegare l'intera rete secondo precise linee d'indirizzo, per garantire le diverse attività ed i diversi interventi.

Parallelamente a questo stiamo cercando di fare un lavoro interprovinciale per quelle strutture di alta specializzazione, come quella

sui disturbi del comportamento alimentare. Quindi una rete di base fatta direttamente da noi e una serie di interventi intensivi fatti da Lecce, che ha una esperienza importante in questo settore, proprio per il trattamento, anche in residenzialità, dei disturbi del comportamento alimentare.

Noi invece ci siamo candidati per la neuropsichiatria infantile e per tutte le problematiche collegate alla patologia, sia del neonato, sia del bambino, sia dell'adolescente, perché abbiamo una forte risorsa nella nostra Provincia, che è l'IRCCS «Medea», gestito dall'associazione «La nostra famiglia». Si tratta di un istituto di ricerca e cura a carattere scientifico che insiste sul nostro territorio e che, in base ad un accordo stipulato e poi validato a livello regionale, avremo la possibilità di ospitare anche nella nostra città grazie ad una RSA ( residenza sanitaria assistenziale) costruita con le risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, così da mantenere nel nostro territorio questa importante funzione.

Nell'attività di ricerca loro sono collegati ai nostri servizi e noi siamo collegati a loro: alcuni specialisti della nostra azienda intervengono nei loro percorsi di diagnosi e cura, così come alcuni loro specialisti intervengono nella nostra UTIN (unità di terapia intensiva neonatale) per le diagnosi precoci di disabilità o utilizzano le attrezzature, in particolare le più grandi, che abbiamo all'interno dell'ospedale «Perrino».

È in fase di avvio un programma anche con la medicina generale, in particolare per la gestione di alcune patologie sociali come la depressione, attraverso delle linee guida condivise con i medici di famiglia, per gestire già nella parte più prossimale del luogo di vita le problematiche, prima che vengano portate all'attenzione dei servizi psichiatrici.

Queste in sintesi sono le linee di sviluppo di quel processo che ci sarà nel prossimo futuro.

Anche i servizi per la tossicodipendenza sono prevalentemente di tipo diurno, come il SerT. Noi non gestiamo direttamente comunità terapeutiche, ma ci avvaliamo del supporto del privato sociale, che in questo ambito è abbastanza maturo: ad esempio, la comunità «Emmanuel», oltre ad operare in maniera abbastanza articolata nella provincia di Lecce, lo fa anche nella nostra provincia. La prima accoglienza, lo svezzamento da sostanza, l'avvio di una prima fase di trattamento e anche il sostegno a medio-lungo termine vengono effettuati dai nostri servizi, mentre l'eventuale ricovero in residenzialità viene curato dal privato sociale.

Nel corso del tempo l'utilizzo della residenzialità si è ridotto in maniera sensibile, ma rimane un'opzione a disposizione degli operatori. Anche nel caso delle strutture dedicate alle tossicodipendenze viene svolto un lavoro a scacchiera su tutto l'ambito provinciale, con presidi specifici

che lavorano sulle 12 ore e che quindi sono aperti a un'utenza molto più vasta; altri interventi vengono poi effettuati nelle articolazioni comunali.

Come diceva prima l'assessore Fiore, un problema emergente per quanto riguarda la tematica delle tossicodipendenze è quello legato alla doppia diagnosi: nel tempo, si sta infatti strutturando un numero significativo di pazienti la cui cura compete alla salute mentale e ai servizi per le tossicodipendenze; anche per questi soggetti stiamo cercando di creare dei protocolli condivisi in modo che ci sia una presa in carico più forte e globale.

Il secondo elemento di sviluppo è collegato all'attività nella struttura penitenziaria di Brindisi, su cui farò un breve inciso. La sezione sanitaria del carcere di Brindisi è stata interessata da un'importante ristrutturazione, effettuata anche con il supporto dei nostri tecnici. Oggi abbiamo ereditato tutta la struttura di sanità penitenziaria e quindi ci avviciniamo in maniera differente rispetto al passato alla gestione di queste problematiche, tuttavia abbiamo dei problemi di crescita.

La struttura carceraria è passata dai 40 ospiti nel 2008, agli attuali 200 circa, quindi il suo pieno funzionamento ci porta a riconsiderare il nostro approccio, che può solo essere collegato all'acquisizione di nuove risorse anche di tipo professionale. Con alcuni atti deliberativi abbiamo

previsto uno *standard* degli operatori che possono garantire l'assistenza infermieristica, la guardia medica in termini generali, ma anche degli specialisti che possono operare all'interno del carcere, nonché una *équipe* specializzata per il trattamento dei tossicodipendenti.

Anche in base alle informazioni che abbiamo raccolto nel tempo, il 30 per cento degli ospiti della struttura carceraria è composto da tossicodipendenti, quindi si tratta di una dimensione più o meno in linea con quella nazionale. Ciò ci ha portato a prevedere una *équipe* specializzata, una specie di SerT a media utenza all'interno della struttura e un organico che ha necessità di avere ulteriore copertura finanziaria, in quanto l'erogazione che ci viene data per questo settore è intorno ai 300.000 euro all'anno (rispetto agli 80.000 dell'anno scorso), ma se nel 2010 vogliamo dare i servizi necessari dobbiamo almeno raggiungere i 900.000 euro di finanziamento.

Stiamo cercando di tamponare le necessità di tipo tecnologico attraverso l'utilizzo delle risorse del fondo europeo di sviluppo regionale (FESR), ma è una coperta che rischia di essere stretta: anche gli interventi chiesti dalla casa circondariale (cioè la possibilità di effettuare *in loco* almeno la radiodiagnostica di base, l'attività di tipo odontoiatrico, oltre ai supporti di diagnostica cardiologica) possiamo ottenerli soltanto attraverso

l'utilizzo di tecnologie. Stiamo cercando di acquisire le più importanti con i predetti fondi, ma se la politica di sviluppo prevede di dare piena funzionalità alla struttura, naturalmente la nostra deve andare in completa attuazione.

Chiaramente, è opportuno che questi interventi siano sempre collegati con il SerT e con i servizi, perché c'è la fase del reinserimento, all'interno della quale la copresenza degli operatori che hanno avuto modo di seguire i pazienti detenuti all'interno del carcere e sul territorio è foriera di possibili successi e quindi di un pieno inserimento dei pazienti.

*VINCI.* Le considerazioni che mi accingo a svolgere sono puramente di carattere organizzativo, perché quelle del direttore generale e dell'assessore trovano riscontro in alcuni atti più formali che abbiamo adottato. Innanzi tutto, la prima considerazione è che la Puglia, con la legge regionale n. 30 del 1998, organizzò i dipartimenti di salute mentale; alla fine del 2005 la nuova direzione sanitaria valutò che la legge era rimasta del tutto inapplicata, perché l'organizzazione dipartimentale dell'ASL non prevedeva i servizi di psicologia clinica, né quello di neuropsichiatria dell'infanzia, quindi mancavano due strutture fondamentali per un dipartimento di salute mentale.

La considerazione sulla mancata attuazione della legge regionale è dovuta al fatto che non c'era una definizione delle responsabilità, non erano cioè state svolte le procedure previste dal contratto nell'attribuzione delle responsabilità per i direttori di unità operative complesse e per l'organizzazione delle unità operative semplici: di fatto, il servizio non era conforme a quanto la legge regionale del 1998 aveva disposto.

Emanammo il primo atto il 6 dicembre del 2006, quindi all'incirca dopo un anno dall'insediamento, anche alla luce della legge regionale n. 26 del 2006 che, all'articolo 9, prevedeva disposizioni programmatiche per la tutela della salute mentale. Con tale atto iniziammo una ricognizione del fabbisogno aziendale e una programmazione territoriale delle strutture; prendemmo in esame il fabbisogno sulla base dei parametri noti e molto precisi relativamente alle strutture in regime residenziale, semiresidenziale e per le strutture eleggibili diurne; quantificammo il fabbisogno aziendale che consisteva in 191 posti di riabilitazione ripartiti in comunità riabilitative assistenziali psichiatriche (CRAP), comunità alloggio, gruppi appartamento e centri diurni, quindi in quattro livelli di assistenza.

Come hanno riferito il direttore generale e l'assessore Fiore, l'analisi dell'esistente rispetto al fabbisogno registrava un eccesso di residenzialità psichiatrica in strutture riabilitative (le cosiddette CRAP), quelle che ci

costano di più. Nella nostra ASL, per ognuno dei quattro distretti della nostra provincia (calcolando circa 100.000 persone per distretto) quantificammo qual era il fabbisogno per ogni CRAP rispetto all'esistente e senza scendere nei dettagli verificammo l'esistenza di un eccesso di offerta di strutture sanitarie residenziali nel Sud della provincia e un *deficit* a Nord.

In particolare, le strutture di riabilitazione psichiatrica in realtà tendono più ad assomigliare a piccoli manicomi: le persone che vi entrano difficilmente ne escono; al di là dello squilibrio organizzativo nell'offerta, resta il fatto che quelle sono strutture dove il paziente dovrebbe rimanere sei mesi (e al massimo altri sei) per avere un percorso di riabilitazione e poi essere portato in strutture più leggere come le comunità alloggio, i gruppi appartamento e i centri diurni, e noi ci ponemmo la questione.

L'obiettivo che ci ponemmo nella determinazione del fabbisogno - e che in parte abbiamo raggiunto - fu la riduzione, nel primo triennio, di 30 posti letto delle CRAP e il potenziamento delle comunità alloggio e dei gruppi appartamento dove, rispetto al fabbisogno, avremmo dovuto avere circa 41 posti letto, in strutture aperte inserite nel contesto urbano in cui il paziente fosse in grado di autogestirsi; in realtà avevamo appena tre posti e anche i centri diurni erano la metà rispetto al fabbisogno.



Riassumendo, con l'atto del 6 dicembre 2006, in base alla legge regionale n. 30 del 1998 e alla legge regionale n. 26 del 2006 quantificammo il fabbisogno. L'11 dicembre riorganizzammo il dipartimento di salute mentale, individuando le strutture psichiatriche che dovevano comporlo, quindi prevedendo il servizio di psicologia clinica e quello di neuropsichiatria dell'infanzia (che non erano stati compresi). Alla fine del 2006 adottammo il regolamento del dipartimento per definire l'attribuzione di incarichi e nel corso del 2007 e del 2008 il nostro sforzo è stato, in applicazione delle norme contrattuali, quello di definire e portare a termine le procedure per affidamento d'incarichi di gestione di unità operative complesse e semplici: un atto essenziale non solo per un rispetto formale del contratto, ma per definire le responsabilità di chi dirige le strutture.

Siamo quindi riusciti ad assegnare sei incarichi di unità operative complesse nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), presenti nelle strutture ospedaliere e nei quattro centri di salute mentale, più quello di neuropsichiatria infantile, mentre stiamo chiudendo ancora adesso quello di psicologia clinica, perché c'erano anche altri problemi. Abbiamo ancora attribuito nove unità operative semplici, quindi con una media di 1,5 per unità operativa complessa; potevamo anche estenderla dal punto di vista

organizzativo, ma c'è una carenza oggettiva di medici. Peraltro, alcune di queste unità operative semplici sono a valenza dipartimentale: una è dedicata ai disturbi dell'alimentazione, una alle doppie diagnosi, cioè tossicodipendenza e patologia psichiatrica. Stiamo lavorando su questi temi; abbiamo anche fissato gli obiettivi delle unità operative semplici.

Come diranno i miei colleghi, resta una criticità nel riportare i pazienti psichiatrici fuori dai centri di riabilitazione dopo che vi sono rimasti per anni senza porsi l'obiettivo della riabilitazione.

Nel 2008 abbiamo effettuato la riprogrammazione: abbiamo cioè controllato dopo due anni le programmazioni e gli obiettivi fissati nel 2006, e abbiamo verificato gli obiettivi che abbiamo raggiunto anche dal punto di vista della qualità.

La criticità di fondo che rileviamo riguarda alcune strutture gestite assieme a quelle di volontariato e a strutture cooperative che necessitano di ulteriori verifiche e di un adeguamento dei requisiti strutturali.

Dal punto di vista organizzativo, emerge una carenza di personale, soprattutto medico che riusciamo in parte a coprire, nei limiti delle disponibilità del direttore generale.

Quanto alla struttura per le tossicodipendenze, in realtà, non abbiamo un'organizzazione dipartimentale, ma un servizio sovradistrettuale

organizzato con un'unità operativa complessa e sei unità operative semplici. Nonostante siano presenti quattro distretti e sia previsto che per ogni distretto vi debba essere un'unità, noi disponiamo di due unità in più. Il motivo è dato dal fatto che vi sono Comuni molto grandi. Nel Nord della Regione, ad esempio, vi sono i comuni di Fasano e di Ostuni che contano circa 50.000 abitanti l'uno e 45.000 l'altro; prevedere un unico SerT a Fasano o ad Ostuni avrebbe comportato problemi rilevanti anche perché in tali località d'estate la popolazione triplica. Quindi, abbiamo bisogno di mantenere queste strutture.

Lo stesso concetto si applica al distretto Mesagne-San Pietro localizzato a Sud dove la distanza e l'utenza sono tali da non permetterci di avere una sola struttura.

Pertanto, abbiamo ritenuto di mantenere le sei articolazioni che, dal punto di vista organizzativo, abbiamo riconosciuto come unità operative semplici con affidamenti relativi di incarichi, perché affidare gli incarichi con atti formali e procedurali serve a definire gli obiettivi per poter verificare il personale.

Per quanto riguarda la medicina generale, come ha già anticipato il direttore generale, abbiamo ritenuto opportuno costituire un'unità operativa semplice all'interno del distretto sanitario di Brindisi, dove sorge appunto

l'istituto penitenziario, nel quale è prevista la presenza di quattro dirigenti medici, di cui tre internisti, un farmacologo e un tossicologo clinico. Per il supporto psicologico, invece, vi sono due dirigenti psicologi e, naturalmente, infermieri, assistenti sociali, educatori e così via.

Quindi la scelta organizzativa da noi compiuta prevede l'organizzazione, all'interno del distretto di Brindisi, un'unità operativa semplice di medicina penitenziaria.

Questo è ciò su cui stiamo lavorando.

**PRESIDENTE.** Ringrazio gli auditi per il loro contributo.

A margine di questo intervento e prima di ascoltare i quesiti che i commissari vorranno formulare, intervengo per porre una domanda sul rapporto esistente tra il numero di detenuti (che in questi ultimi anni sembra sia aumentato con carattere quasi esponenziale passando da 40 a 200) che presentano, peraltro, problematiche molto importanti (il 30 per cento è affetto da tossicodipendenza) ed il numero di psicologi in questo momento a disposizione. Mi sembra appaia evidente, infatti, come in una popolazione carceraria che presenti una percentuale così significativa di tossicodipendenze la presenza degli psicologi sia abbastanza importante. Peraltro, sappiamo che in tutto il Paese, nelle strutture carcerarie, ciò

costituisce un problema importante.

Vorrei, inoltre, informarvi che nell'ambito del nostro lavoro, nel corso del quale raccogliamo le segnalazioni provenienti da tutto il Paese, ci sono state indicate delle presunte problematiche organizzative e gestionali delle quali vorrei chiedervi notizia. Non so se siete in grado di farlo in questa occasione, altrimenti potete rispondere nel dettaglio in un secondo momento per iscritto.

Secondo quanto ci è stato riferito, la ASL di Brindisi nel 2005 avrebbe abolito i dipartimenti determinando un *vulnus* nella organizzazione sanitaria. Inoltre, in luogo degli aboliti dipartimenti ed in assenza di altri presupposti, sarebbero state istituite delle unità operative semplici a valenza dipartimentale. Ci fu citata, in particolare, l'unità denominata «Centro per la cura della psoriasi» che, peraltro, non risulterebbe riconosciuta dal piano sanitario regionale.

Stando a quanto riferitoci, poi sarebbero state effettuate delle nomine *ad interim*, in particolare dei direttori di struttura complessa di medicina interna negli ospedali di Fasano e San Pietro Vernotico, le quali risulterebbero affette da alcune irregolarità di sostanza o di procedura.

Naturalmente la Commissione si è assolutamente limitata a prendere atto di queste segnalazioni, ma essendo qui oggi con voi che rappresentate

le figure apicali, vuole cogliere questa occasione anche per ascoltare, rispetto a queste presunte criticità, qual è la vostra opinione e la vostra posizione.

Cedo ora volentieri la parola al senatore Saccomanno, relatore di maggioranza dell'inchiesta sulla salute mentale che la Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del sistema sanitario nazionale sta conducendo in tutto il Paese.

SACCOMANNO (*PdL*). Rivolgo innanzi tutto un ringraziamento all'assessore regionale, al direttore generale e al direttore sanitario per la loro disponibilità e, soprattutto, per la ricchezza di notizie.

Voglio precisare che sono relatore di questa inchiesta insieme al senatore Bosone, che non ha potuto partecipare a questa missione ma con il quale ho predisposto il canovaccio del nostro lavoro.

Non vi sono differenze tra di noi - lo dico, come ho fatto anche a Trieste, non per scusarmi ma perché il mio lavoro è questo - in questo tentativo di entrare nelle maglie di alcune situazioni relative al disagio, che sono difficili da gestire ma che è importante per la Commissione conoscere nel dettaglio.

In quanto pugliese, mi compiaccio di quanto ci ha riferito in questa

occasione l'assessore regionale, ma anche per quello che si è potuto fare in questa ASL recuperando, forse, il lavoro di anni. Nonostante ciò, devo porvi domande specifiche su alcuni argomenti.

Prima chiedo al Presidente se è possibile acquisire la documentazione cui i nostri audendi hanno fatto cenno, per averla a nostra disposizione in sede di ricostruzione dei dati e per fare un confronto importante. Naturalmente in un secondo momento, se lo riterrete necessario, potrete inviarci ulteriori documentazioni, ma per il momento, stanti i dati riferiti dal direttore sanitario, dal direttore generale e dallo stesso assessore, è importante poter consultare i documenti da voi predisposti.

Come dicevo, ci addentreremo nelle questioni con qualche difficoltà. Porrò una serie di domande di vario genere a cui ognuno di voi potrà provare a rispondere per la parte di propria competenza, basandosi sulle proprie conoscenze, oppure se lo riterrà opportuno - come anticipato dal Presidente - potrà fornire in un momento successivo dettagli che utilizzeremo per un confronto con le altre situazioni nazionali, per riuscire a trarne una giusta valutazione.

Il dato principale che mi preme sottolineare innanzi tutto è la necessità, cui lo stesso assessore ha fatto riferimento, di arrivare ai CSM a

24 ore: ad oggi, per quello che mi risulta, non ci sono realtà di questo tipo. Se, invece, a voi risulta che in qualche centro ciò è stato realizzato, sarebbe utile saperlo affinché al riguardo si possa compiere un'analisi per comprendere quali sono le modificazioni importanti che in quel territorio si stanno registrando.

Vorrei sapere se il numero di utenti che si rivolgono ai CSM nelle grandi città è simile a quello che si registra nelle piccole città e come vengono accolti. Se ci fosse un CSM aperto 24 ore anche in una sola città sarebbe importante per noi saperlo.

Quali i numeri relativi alla presa in carico di ogni CSM negli ultimi anni, per capire qual è la media in questa Regione e se nel suo lungo territorio si registrano differenze significative. Per noi conoscere i dati relativi ai piccoli paesi del leccese o alle comunità in difficoltà del Nord della Regione (ad esempio, nella zona del Gargano) è fondamentale per capire il grado di accesso, nel momento del bisogno, a queste strutture.

Quanto poi ai dati importanti ed incoraggianti, anche in termini di programmazione, che tanto il direttore quanto l'assessore ci hanno riferito in merito alla possibilità di inserimento al lavoro, se poteste fornirci dei numeri più specifici, oltre al dato generale che ci è stato presentato.

Credo che nostro compito sia anche capire quale percorso sia stato



avviato per garantire l'inclusione sociale.

Sia l'assessore che il direttore generale nei loro interventi hanno parlato della collaborazione con gli enti locali: al riguardo vorrei sapere come è stata attuata tale condivisione; quale partecipazione vi è stata da parte del volontariato e che tipo di volontariato è stato coinvolto.

Oggi uno dei dibattiti più rilevanti è imperniato sull'orientamento del volontariato in questo settore: esiste un'amplissima letteratura, a cui dovremmo rispondere con ciò che sul territorio viene realmente realizzato.

Il direttore generale ricordava, con riferimento a questa zona, che abbiamo l'ex OPS di Lecce da cui ha preso avvio il processo di ritorno nelle case. Ma molte persone della nostra Regione non si trovavano a Lecce, ma anche a Bisceglie. Vi rivolgo allora una domanda, che non vuole essere assolutamente offensiva: abbiamo ancora ammalati ricoverati da qualche parte?

Chiaramente sulle diagnosi e sugli altri aspetti legati all'istituto ortofrenico bisognerà ragionare; non voglio assolutamente mettere il dito nella piaga che, probabilmente, è di confine con il nostro mondo, ma in passato l'ortofrenico era diventato una sorta di rifugio per tutti i casi che non avevano una diagnosi precisa per l'accettazione e il mantenimento in una struttura che si è dovuta deistituzionalizzare. Quanti pazienti ancora

sono presenti nella struttura e, in particolare, quanti della nostra Provincia, visto che, in base alla normativa regionale, il pagamento viene addebitato alle province di provenienza, a meno che i pazienti non cambino residenza (come in alcuni casi è già accaduto)?

Ne abbiamo ancora di istituzionalizzati? E, mi permetto di aggiungere, ne abbiamo oltre l'ortofrenico?

Quanto poi ai CSM, sono mai stati predisposti dei posti letto per rispondere all'emergenza? In questi centri di salute mentale si riesce a dare una risposta di pronto soccorso psichiatrico o è necessaria l'ospedalizzazione? Oppure vi è la possibilità di rispondere alla necessità del paziente direttamente attraverso il medico curante? Come si pone la regione Puglia riguardo a questo tipo di risposta?

Rispetto poi alle case famiglia e alle strutture residenziali, vorrei sapere se la Regione o la ASL effettua controlli periodici ed apposite registrazioni. Esiste un registro sul quale risultino protocollate le informazioni relative ai controlli, da cui si possa evincere in quale casa o in quale CRAP sono stati effettuati i controlli; in quale data; cosa è stato trovato? Esistono questi controlli periodici?

Un altro dato importante riguarda i trattamenti sanitari obbligatori cui facciamo fronte: sono in aumento o in diminuzione?

Approfittando della presenza dell'assessore e sulla base anche delle considerazioni fatte, vi chiedo: quanta parte della spesa sanitaria è dedicata alle realizzazioni sul territorio?

Nella spesa sanitaria, oltre alla percentuale prevista, che poi ci direte, è prevista una ricollocazione di tipo budgetario? Poniamo che per un paziente stanziamo - porto il dato di altra realtà - 5.000 euro, quella cifra dovrebbe essere reimpressa nelle progettazioni del direttore generale: essere affidata al distretto che ne organizza l'utilizzo, a seconda di quanti pazienti accedono nell'anno al percorso riabilitativo. Se ne entrano, per esempio, 1.000, con 5.000 euro a persona è possibile organizzare un percorso riabilitativo di un certo tipo. Diversamente, vorremmo capire qual è la *ratio* con cui vengono indirizzate le risorse regionali. La vostra risposta ci servirà per un confronto con le altre realtà.

Poi mi è sembrato di capire che per ogni ASL abbiamo un dato verticistico di controllo, di tipo dipartimentale, unico: questo è importante.

Dalla legge n. 30 in poi abbiamo avuto una legislazione che non ha fatto sempre chiaro riferimento al fondo sociale, caricando molto anche sul fondo sanitario, con tutte le conseguenze finanziarie del caso. In quella condivisione che abbiamo citato prima riguardo ai percorsi di inclusione, i Comuni e le Province contribuiscono economicamente? Ci sono soldi? Vi è

una partecipazione? Il dottor Rollo è così bravo da riuscire ad averle, almeno in futuro? L'assessore è orientato a spingere in questo senso?

Credo di conoscere la risposta dell'assessore, ma non quella degli altri: della legge n. 180 del 1978 dovremmo modificare qualcosa, per essere più incisivi? E se sì, che cosa?

Siamo in grado di qualificare i livelli di assistenza dei centri diurni? Fino a che indice di risposta possiamo dare? Come vengono differenziati i pazienti nella loro assegnazione ai centri diurni da quelli di maggiore complessità? Lo dico pur apprezzando lo sforzo che si è fatto e che vorremmo traduceste in numeri ed in indici da fornire agli altri colleghi. Come viene differenziata l'accoglienza? Come ridistribuiamo i pazienti?

Assessore, il *budget* è omogeneo o vi sono differenze? Eventualmente, quali? Su che cosa ragionate? Visto che Bari è città metropolitana e magari ha indici di complessità maggiori, anche riguardo ad un certo tipo di disagio, vi potrebbero essere delle differenze rispetto ad altre realtà.

I TSO sono uguali? Oltre al dato regionale sarebbe importante avere un dato differenziato per le varie province. Per Brindisi probabilmente lo potrà già fornire l'assessore.

Anche per i servizi in generale, come li abbiamo visti, tanto per quelli delle dipendenze patologiche quanto per quelli delle psichiatrie, vorremmo conoscere i dati relativi agli utenti divisi per genere e per età.

Per le dipendenze patologiche, i dati rilevati dall'osservatorio regionale distinguono la dipendenza da sostanze legali da quella da sostanze illegali?

Quante extraterritorialità accogliamo, soprattutto con riferimento agli immigrati? Non credo comunque che in questa provincia ci siano dati di accoglienza importanti nel settore. Le risposte sono in flessione o in aumento? Avete dei dati che possano correlare la nascita di sindromi psicotiche all'assunzione di droghe minori o di alcol o a dipendenze patologiche varie?

Vengo al controllo delle ASL riguardo alle strutture residenziali citate prima. Apprezzando le certificazioni che ad alcune sono state rilasciate, gli affidamenti sono avvenuti mediante gare centralizzate? Abbiamo qualche cooperativa di tipo B rispetto alla quale si è proceduto con l'affidamento diretto? E per le cooperative di tipo A abbiamo proceduto attraverso una gara centralizzata, alla quale poi altri si sono uniti e hanno risposto?

Questa domanda è più cattiva: a vostra conoscenza, c'è personale sanitario o ex sanitario che gestisce queste cooperative? Se non è personale sanitario, sapete di ex dipendenti regionali o di ASL attivi nella gestione? Lo chiedo perché in una fase in cui si creano questi servizi qualche distrazione ci potrebbe essere e qualcuno potrebbe essere più preparato di altri sulla materia.

L'assessore regionale riesce a darci il dato di come in rapporto alle famiglie e alla società i centri di salute mentale e le strutture residenziali, tolta l'esperienza locale, riescono a ricordarsi? Esiste un nostro programma regionale? Abbiamo verificato se c'è un raccordo con le famiglie? O le famiglie diventano un punto antico e dimenticato nel rapporto con chi entra in sofferenza?

Le demenze senili, le oligofrenie e altro finiscono spesso in questi centri? Abbiamo dei dati? In quei controlli che chiedevo prima abbiamo riscontri circa l'avvenuta allocazione di persone che non avrebbero dovuto trovarsi, per la patologia che avevano, in quei centri, e che vi sono state comunque ricoverate?

Nei periodi festivi cosa accade? Anche questa domanda vi potrà sembrare strana, ma con il collega ne stiamo facendo un impegno; nei momenti in cui il disagio dimostra la sua acuzie massima, riusciamo con i

SerT o con le accoglienze ad avere comunque delle aperture? O per noi alla domenica, a Natale, a Ferragosto, a Capodanno il centro è chiuso? Come riusciamo a rispondere, anche con un'attenzione umana, in questo senso?

Qual è il collegamento che trovate nell'organizzazione di tutto questo lavoro, tra tutti questi centri, e la nostra organizzazione sanitaria? Un soccorso che diventa di emergenza, per esempio l'infarto di un ammalato psichiatrico è nelle nostre attenzioni che possa essere ben collegato? Ci sono dei percorsi preferenziali per un mondo che talvolta ha più difficoltà ad evidenziare problematiche? Si può attribuire un valore non vero al sintomo accusato dal paziente solo perché la fonte è più debole. Esiste un sistema organizzato?

Vi pongo una domanda facendo finta di essere di un altro mondo. Ci sono, per esempio, centri ospedalieri nelle sedi dove c'è una rianimazione? C'è un SPDC dove c'è un'UTIC? Lo so che molto lavoro in positivo si è fatto: lo dico sempre in premessa; non è che non lo voglia apprezzare, ma con tutti ragioneremo di questi aspetti.

Percentualmente quanti ricoverati superano il mese? Il numero dei suicidi sta crescendo o diminuendo? Quanti ne abbiamo registrati nelle diverse strutture? Oltre che degli SPDC parlo anche delle altre strutture residenziali.

Cambiamo versante. I decreti di affidamento nei SerT hanno un controllo anche da parte della dirigenza della ASL o sono lasciati esclusivamente alla responsabilità della struttura complessa, che probabilmente li rileva su tutto il territorio e ne tiene un registro locale ed uno centralizzato? Abbiamo dati riguardo agli affidamenti di metadone che superano i 30 giorni? Se così è, abbiamo un sistema che crei lo *spike* di allarme, così da chiamare i responsabili affinché non succeda con facilità, salvo situazioni particolari, quel che è accaduto a Pavia o altrove?

Il rapporto tra queste nostre strutture e le comunità terapeutiche è gestito in proprio a livello regionale - quindi non mi riferisco solo alla ASL di Brindisi - o c'è un percorso che viene controllato dal nostro dipartimento e verificato nel tempo sotto il profilo del risultato?

I SerT e i nostri pronto soccorso hanno un rapporto di reperibilità continua? Dopo l'*overdose*, c'è un punto di contatto per un riaffido, con un indirizzo, non dico obbligatorio ma programmatico, da offrire a chi da dipendente patologico è diventato paziente? Esiste un percorso già programmato?

Sulla medicina penitenziaria rilevo delle attenzioni importanti ma che dovrebbero aumentare.



Mi interesserebbe sapere se le cooperative hanno un rapporto diretto o agiscono attraverso un *global service* e quindi un *general contractor*. Mi permetterei di chiedere se nei *global service* e nei *general contractor* vi siano quei dati, non dico anomali, ma particolari, del titolo sanitario o amministrativo di ex responsabile di ASL.

Avete un tasso regionale o provinciale - può essere un elemento di confronto - relativo all'accesso terapeutico riabilitativo annuale? Quanti vengono presi in carico, tanto sulle dipendenze patologiche quanto su quelle psichiatriche? Quanti ne arrivano e quanti ne escono ogni anno? Va bene l'incidenza, ma è importante comprendere quanti ne entrano e quanti ne escono.

Del *range* di età abbiamo già parlato.

Vorrei poi sapere dall'assessore che tipo di assistenza sanitaria stiamo fornendo presso le case circondariali, pur considerando tutte le lentezze, le difficoltà e i problemi che si registrano; al di là delle intenzioni, pur ottime, del personale ivi impegnato quanto è in convenzione e quanto è dipendente del servizio sanitario? Ad esempio qui a Brindisi, vi è un centro d'infermeria organizzato anche per una degenza nel caso di eventi non gravi, ma piuttosto quotidiani. Mi interessa avere un quadro a livello

regionale di questa attività che oggi è di competenza regionale, senza chiederlo al responsabile del Ministero della giustizia.

Vorrei avere molte informazioni rispetto a tutto ciò che riguarda la presenza quotidiana in carcere, soprattutto in quelli più affollati dove ci sono situazioni più variegata in termini di presenza, di genere e di età; vorrei sapere se si riesce ad avere qualche forma di salvaguardia, se non c'è l'infermeria organizzata. Alcuni istituti hanno dei settori dedicati a questi pazienti, non per ghettizzarli, ma per poterli seguire e non incidere sugli altri.

Un altro dato importante, che non avevo menzionato prima, riguarda le unità di strada: ne sono state organizzate? Ci siamo interessati su come intervenire? Cosa stiamo facendo sulla dipendenza da alcol? Ricordo che un tempo c'era un centro a Foggia; vorrei capire se si sta realizzando una presenza sul territorio, con quali accessi e quali risultati. Rispetto al rapporto con l'alcol e alle dipendenze, abbiamo istituito con le forze dell'ordine qualche momento di reciprocità nella formazione e nella informazione? Ritengo che anche questo sia importante.

Per quanto riguarda l'assistenza, rispetto al fatto che il 30 per cento della popolazione carceraria di Brindisi è composta da tossicodipendenti, vorrei sapere se (visto che adesso l'assistenza sanitaria è passata dal

Ministero della giustizia alla Regione) avete provato o proverete in futuro ad organizzare un momento di formazione per le guardie penitenziarie che devono rapportarsi in modo diverso, con un'attenzione più di tipo sanitario.

Quanti sono gli psicologi e gli educatori dedicati, oltre a quelli in rapporto di consulenza? E' importante avere informazioni anche rispetto a questi ultimi, che operano nelle strutture carcerarie e con cui supportiamo i SerT, che a volte non hanno tali figure in pianta organica.

In generale sul controllo della salute, c'è un programma organizzato, fisso, di verifica di tutti i detenuti o il controllo è affidato soltanto alla capacità del direttore del carcere di preoccuparsi e di effettuare monitoraggi? Avendo preso in carico adesso tale problematica, con tutti i problemi evidenziati dal direttore generale, non vi è il rischio di corrispondere solo all'emergenza e di non seguire anche chi è in carcere come paziente, di non preoccuparsi della sua salute? Rispetto a questo tema la senatrice Soliani è molto più attenta di me e vi farà altre domande.

Considerando ottimale quanto è stato fatto sul territorio riguardo alla depressione e in generale nei rapporti di conoscenza e convivenza con la malattia psichiatrica, vorrei sapere se sono stati stabiliti dei rapporti importanti e dei momenti di formazione preordinata con i medici generici di famiglia, soprattutto per quanto riguarda la psichiatria.

Riguardo al miglioramento del servizio e all'attenzione sanitaria nei centri, vorrei sapere se sono giunte a livello regionale segnalazioni di superdosi di psicofarmaci, di medicalizzazioni eccessive del malato psichiatrico rispetto al progetto terapeutico. In proposito, disponete di dati derivanti dal rapporto con i medici ovvero dai dati economici?

Per quanto riguarda i suicidi, con uno sguardo al futuro, metterei naturalmente in risalto quelli giovanili e adolescenziali.

Per quanto attiene al trattamento domiciliare, il dottor Vinci diceva che di pazienti ne escono pochi; probabilmente la situazione è tale per cui vengono istituzionalizzati anche i soggetti che, in base ai progetti, non dovrebbero esserlo.

Sono stati predisposti programmi specifici sulla domiciliazione, sull'integrazione e sul coordinamento? Sono disponibili dati sulla domiciliazione dell'ex malato psichiatrico? Riusciamo ad avere un percorso di responsabilità e collaborazione per questi pazienti?

Per quanto riguarda la radiodiagnostica, una volta presso la casa circondariale c'erano uno o due apparecchi - i vecchi «Gilardoni» - che probabilmente saranno stati dismessi; per le visite odontoiatriche ricordo che c'era qualche riunito, che non ho più trovato. Personalmente ho conosciuto una struttura che, come ha detto il direttore generale, è così

organizzata da poterne fare un'infermeria importante, ma anche in quel caso occorrerà valutare se l'ossigeno riuscirà ad arrivare nelle stanze; se si riuscirà a darle un aspetto di luogo dedicato oltre che riservato, perché ad oggi probabilmente c'è qualche dubbio. Allo stesso modo, anche per quanto riguarda le tecnologie specialistiche, ricordo di un vecchio apparecchio oculistico: bisognerà prestare attenzione a questi profili.

Stando alle informazioni in vostro possesso, l'IRCCS «Medea» è in difficoltà dal punto di vista economico? Si tratta di un istituto di grande rilievo, e non lo dico al dottor Rollo che, come apprendo con soddisfazione, ha intenzione di aiutarlo con una ricollocazione significativa che permette di utilizzare a buon fine qui a Brindisi strutture che si sarebbero dovute utilizzare prima. Percepisce l'esistenza di una difficoltà economica per la quale, visto che è l'unico centro dedicato a questo tipo di riabilitazione infantile, probabilmente anche lo Stato si dovrebbe interrogare per trovare un sistema per andare in suo aiuto?

PRESIDENTE. Vorrei dire all'assessore, al direttore generale e al direttore sanitario della ASL di Brindisi che daremo loro la possibilità di fornire risposte di carattere generale in questa sede, perché evidentemente le domande poste sono così numerose e dettagliate che richiederanno una

relazione scritta; d'altra parte chiederei ai nostri ospiti, come giustamente sollecitato anche dal relatore Saccomanno, se possono depositare agli atti della Commissione le relazioni che hanno portato oggi con loro, in modo che possano far parte del materiale che utilizzeremo per i nostri lavori.

POLI BORTONE (*UDC-SVP-Aut*). Signor Presidente, il collega Saccomanno ha posto così tante domande che credo saranno soddisfatti anche i miei interrogativi; ho solo da porre brevi quesiti e certamente non così tecnici come quelli del collega.

Vorrei semplicemente avere qualche informazione sulle cooperative e sulle organizzazioni del volontariato sociale che danno soddisfazione a quell'esigenza di sussidiarietà che ormai è presente anche sotto l'aspetto socio-sanitario. Vorrei sapere come si riesce a misurare il grado di affidabilità delle cooperative stesse e quindi anche la qualità della loro offerta.

Io sono del posto e quindi qualche problema lo devo conoscere, ma il problema della internalizzazione del servizio è sembrato quasi una sorta di automatismo, a sanatoria di un'attività lavorativa che è stata svolta - mi permetto di dire - da parte delle cooperative. Questa può anche essere stata una decisione importante sotto il profilo della tutela del lavoro, ma mi

chiedo se ci si è posti il problema di verificare la qualità del servizio offerto.

E' possibile che tali persone, avendo lavorato per tanti anni in quel settore, abbiano anche acquisito conoscenze che indubbiamente possono essere loro riconosciute; pertanto potrebbe essere assolutamente valida l'operazione di rendere stabile anche un rapporto che altrimenti, col sistema delle cooperative, è sempre abbastanza precario.

La seconda domanda, che è stata posta anche dal collega Saccomanno, è di ordine quantitativo: vorrei sapere se e quanti recuperi ci sono stati, nonché quanti inserimenti lavorativi. Chi, come me, ha fatto l'amministratore sa perfettamente che rivolgersi agli enti locali perché intervengano è veramente un'utopia e lo diventerà sempre di più con tutto quello che ci accadrà tra qualche tempo.

Conoscevo «La nostra famiglia» come un istituto presso il quale gli enti locali mandavano i bambini che per varie ragioni erano sottratti alle famiglie dal tribunale dei minori. Vorrei quindi sapere se tale centro ha cambiato missione o se vi è una presenza mista; in quel caso mi preoccuperei, perché tale struttura è vocata alla neuropsichiatria infantile.

Sempre per la mia esperienza di amministratore comunale, mi farebbe piacere sapere se avete misurato il grado di soddisfazione delle

famiglie rispetto ai trattamenti domiciliari, altrimenti mi chiedo se non si possa proporre (non so se la Regione lo ha già fatto, perché so che giustamente ha molto rimodulato la formazione professionale) un vero e proprio piano formativo rispetto a queste figure richieste anche nell'assistenza domiciliare.

Inoltre, quando ero sindaco mi trovavo in grande difficoltà a dover firmare in fretta i trattamenti sanitari obbligatori, che ero obbligata a sottoscrivere in qualsiasi momento della giornata, anche di sabato e di domenica. Per carità, lo si doveva fare; mi chiedevo tuttavia con quale senso di responsabilità e con quale conoscenza dei fatti un sindaco possa farlo: è considerato purtroppo - io dico purtroppo - autorità sanitaria, senza avere alcuna competenza per esserlo; ma questo è un altro problema.

Non so se nella normativa si debba rivedere qualcosa (il mio vuole essere un suggerimento) rispetto a questa assunzione di responsabilità impropria da parte dei sindaci.

Il tema degli psicologi nel carcere è un tema importantissimo, considerato che noi ascoltiamo giorno dopo giorno tutto quello che accade, comprese le notizie di suicidi, il cui numero sembra essere in aumento sia per la generale situazione carceraria, sia - credo - per la mancanza di assistenza.



Ed ancora, in tema di rapporti con gli enti locali era stata avanzata una proposta che tendeva all'istituzione del medico di quartiere presso le sedi dei consigli di quartiere, che come sedi amministrative non hanno una grande funzione ma possono invece servire in termini di servizi reali al quartiere. Non so se la Regione desidera, eventualmente, intervenire in questo segmento.

Infine - forse posta da una donna può risultare una domanda curiosa - vorrei sapere quanta parte delle risorse finanziarie è stata destinata alle patologie delle quali abbiamo parlato fino a questo momento; anche questo è un dato importante. In una scala di priorità ogni Regione ha sue specificità: abbiamo parlato di monitoraggio, di situazioni diversificate; quale fetta del *budget* della sanità è destinato a questa voce? C'è bisogno di incrementarla? A chi, eventualmente, dobbiamo chiederlo? Ritenete che si debbano rivedere, a proposito di federalismo, anche i parametri attualmente previsti per i servizi sanitari nelle diverse Regioni?

MASCITELLI (IdV). Ringrazio l'assessore regionale, il direttore generale e il direttore sanitario per la puntualità dei contenuti della relazione illustrata oggi e per la massima disponibilità dimostrata.

Rivolgervi ulteriori quesiti per approfondire meglio le questioni, oltre le molteplici e complesse domande rivolte dai colleghi che mi hanno preceduto, sarebbe come cercare un ago in un pagliaio.

Attendiamo da parte vostra una documentazione di sostegno a quanto richiesto, che per noi sarà di grandissima utilità nello studio nazionale che stiamo conducendo sulla comparazione dei vari sistemi sanitari regionali. Consentitemi però di porre alcuni quesiti su aspetti che mi hanno incuriosito.

L'assessore regionale, giustamente, ha detto che all'inizio della programmazione della politica sanitaria in due settori complessi, come la tutela della salute mentale e la tutela delle dipendenze patologiche, ha trovato, soprattutto per il primo settore, un ampio livello di residenzialità rispetto alla rete di servizi che avete iniziato a mettere in campo e a programmare.

Sappiamo per esperienza nazionale che, nel momento in cui diversi anni fa la tutela della salute mentale passò dalle strutture manicomiali a strutture più umane ed efficienti sul piano sanitario, in moltissime Regioni nel livello residenziale intervenne il privato. Ciò accadde perché il privato per sua natura è alla ricerca del giusto profitto, e questo settore indubbiamente, dato il profilo dei pazienti, ne offriva.

In che percentuale il privato incideva nella vostra Regione nella residenzialità? Ed il percorso di *facing out* che state seguendo, che tende a ricondurre la residenzialità dal privato al pubblico e a ridistribuire i servizi nei diversi livelli della rete, sta creando delle difficoltà nei rapporti con i pazienti e con le famiglie, abituate culturalmente a determinati livelli di assistenza, o nei rapporti con la stessa imprenditorialità privata che si vede necessariamente costretta ad una diversificazione, ad una riconversione e riqualificazione dei propri investimenti? Penso anche alla necessità di preservare le ampie professionalità che in alcuni casi si sono formate nel corso degli anni in queste strutture residenziale assistenziali.

Vi pongo questa domanda anche perché nei vostri interventi mi ha incuriosito il fatto che tutte le volte che avete citato il privato avete parlato di privato sociale. È interessante conoscere, nell'importante e complessa realtà della Puglia, sino a che punto il privato è privato e sino a che punto è un vero sociale. Vi sarei quindi grato se ci aiutaste a definire questo discrimine.

Sono d'accordo poi con la senatrice Poli Bortone, quando afferma che rispetto ad alcuni obiettivi ambiziosi che la politica sanitaria pugliese si è posta è necessario, per noi della Commissione, comprendere anche l'entità delle risorse poste su tali obiettivi.

L'assessore regionale ha parlato a lungo dei piani di zona finalizzati all'inclusione sociale. In che termini percentuali, all'interno delle risorse complessive dei piani di zona che poi vengono ridistribuite agli enti territoriali, le risorse regionali sono in grado di incidere?

La Commissione accoglierà con molto interesse una copia cartacea delle linee guida che state adottando in merito all'inserimento lavorativo delle persone affette da disturbi psichici. A tal riguardo, associandomi a quanto già affermato dalla senatrice Poli Bortone, siamo curiosi di sapere se questa iniziale fase di inserimento al lavoro dei malati affetti da disturbi psichici risponde solo ad un indirizzo di politica sanitaria o se vede una giusta allocazione di risorse, trattandosi di scelte d'avanguardia rispetto ad una politica di recupero della salute mentale.

Mi ha interessato il richiamo fatto dall'assessore regionale alla creazione di un nuovo sistema informativo regionale e alla predisposizione di due *set* di indicatori, che al momento stareste testando e cercando di mettere a fuoco. All'interno di questi *set* di indicatori quali ritenete più pregnanti, più qualificanti della vostra azione, della vostra politica sanitaria?

E' stata ricordata dai colleghi l'importanza dell'uscita dai percorsi terapeutici tra gli indicatori della buona qualità delle politiche sanitarie; mi

chiedo se rispetto all'obiettivo finale vi siete posti degli obiettivi intermedi per qualificare la vostra azione.

Da ultimo, è stata più volte ricordata dai colleghi l'importante funzione svolta dall'attività di monitoraggio e di controllo che sia il livello regionale, sia il livello delle direzioni generali e sanitarie possono svolgere in due settori della sanità estremamente delicati, come quelli di cui stiamo parlando oggi. Potete fornirci qualche ulteriore chiarimento sul tipo di controlli che state mettendo in campo?

Vi rivolgo questa domanda non tanto, come giustamente è stato sottolineato dal collega Saccomanno, per sapere con quale periodicità vengono effettuati, ma anche per sapere in quali strutture e quante risorse destinate ad un settore che è certamente discriminante per comprendere se nella politica sanitaria messa in campo ai principi rispondono le effettive realtà.

SOLIANI (PD). In questa sorta di *check up* è inevitabile prendere la parola, soprattutto per chi non conosce praticamente nulla della realtà pugliese. Tuttavia, partecipo molto volentieri a questo impegno della Commissione d'inchiesta secondo alcuni criteri di carattere generale. Vorrei porre a voi, sul piano della strategia complessiva - poi approfondiremo meglio con i

responsabili più diretti dei servizi - tre sottolineature, visto che le domande poste dai colleghi che mi hanno preceduto hanno anticipato quelle che avrei voluto rivolgervi.

La senatrice Poli Bortone in particolare chiedeva - ed io pensavo la stessa cosa, e non so se dipenda dal fatto che sono una donna - dei dati macro complessivi circa i bisogni rilevati in Puglia o a Brindisi rispetto alla media nazionale; se c'è un modo per rilevare i bisogni di cui stiamo parlando, che vanno dalla salute mentale, al SerT, alle tossicodipendenze e al carcere.

Quanta parte del servizio sanitario della regione Puglia assorbe percentualmente in termini di *budget*, di attenzione e di piani tutta questa area?

Sarebbe poi interessante sapere come Brindisi si colloca, da questo punto di vista, nel piano regionale: lo considerate un punto medio, di eccellenza o un punto critico?

Come certamente comprenderete, queste sono domande più di rilievo politico generale, ma a noi questi dati occorrono per comprendere meglio quale sia la situazione.

Inoltre, lo voglio dire con estrema sintesi: quanto regge, se regge ancora a decenni di distanza, lo spirito della legge n. 180, con tutte le linee

culturali che intorno a questo grande tema si sono sviluppate, con tutta l'esperienza maturata fin qui? Per essere più precisa: l'idea della territorialità, della comunità, dell'inclusione sta camminando, nel senso che è un traino importante, oppure si cerca di tamponare, di gestire come si può e quasi quasi da qualche parte si sta tornando indietro, ad una residenzialità che non avrà sbocchi? È più una questione di polso che altro, ma è interessante avere qualche indicazione da parte vostra.

Vorrei approfondire, se avete elementi, perché mi interessa particolarmente, la parte che riguarda la neuropsichiatria infantile, anche con riferimento all'associazione «La nostra famiglia», che anch'io a distanza, molto a distanza, conoscevo.

Allo stesso modo sarei interessata a sapere se siete impegnati in modo serio sul versante dell'immigrazione: è il tema della società dei prossimi anni, che deve lavorare con questo tipo di visione e di inclusione.

Sempre intorno al tema di quanto regga lo spirito della legge con un eccesso di residenzialità, che voi avete ben sottolineato, vi chiedo: avete un piano serio per superare la residenzialità o siete ancora nella fase della fotografia dell'esistente? I privati - lo dico ancora brutalmente - non sono in conflitto d'interesse con l'obiettivo dell'uscita dalla residenzialità?

Si diceva del controllo di qualità; sulla base di quale obiettivo? Il superamento della residenzialità.

Qui c'è un punto politico che pongo perché siete gli interlocutori giusti.

Infine, la vicenda del carcere, con particolare riguardo alle tematiche toccate dai colleghi. Il Servizio sanitario nazionale si è fatto carico di tutta la sanità dei carcerati. Ho abbastanza chiaro il processo che è dovuto avvenire, perché ho avuto modo di fare esperienza in Emilia Romagna, dove è stato fatto un lavoro di messa a punto di protocolli, di procedure e di governo della cosa attraverso le ASL. A che punto siete da questo punto di vista più strutturale?

PRESIDENTE. Abbiamo una vastità di domande tale che è evidente che non è possibile che voi possiate riferire nel dettaglio su ogni punto.

Ho visto che avete preso nota dei vari quesiti. In ogni caso, siccome noi abbiamo verbalizzato, siamo nelle condizioni nei prossimi giorni di inviarvi lo stenografico, così da agevolare il vostro lavoro di istruttoria su tutti i punti.

Prima di lasciarvi la parola, volevo sottoporvi un'ulteriore questione *a latere* che io avevo per qualche motivo dimenticato, rispetto alle



segnalazioni che c'erano state fatte in relazione alla ASL di Brindisi. Secondo quanto ci è stato riferito, la ASL di Brindisi avrebbe conferito un incarico ad un esperto di biologia molecolare per il progetto regionale dello *screening* del carcinoma della cervice uterina. Benché questo incarico fosse stato conferito già all'inizio del 2008, le attrezzature per compiere questo tipo di indagine sono state acquistate solo di recente e ancora oggi, nel 2010, risulterebbero non utilizzate.

Nonostante l'incarico attribuito e le attrezzature acquistate e non ancora utilizzate, gli esami verrebbero condotti in una struttura privata convenzionata con il pubblico. Se questo fosse vero, vorremmo capire se c'è un piano in atto per poter svolgere questo tipo di indagine all'interno del pubblico e non del privato visto che è stato fatto un investimento in risorse umane e materiali. Anche su questo potrete risponderci oggi o successivamente, come ritenete opportuno.

Chiedo ancora scusa per la vastità delle domande. Noi ci siamo concentrati soltanto su circa dieci città e vogliamo avere una fotografia ben precisa della situazione anche perché, come voi avrete avuto certamente notizia, c'è un certo numero di parlamentari che, a distanza di molti anni dalla sua approvazione, pensano che sia necessaria una revisione della

legge n. 180 del 1978, mentre ce ne sono altri che pensano che quella legge debba rimanere un caposaldo.

Il nostro lavoro in questo momento è molto importante, non solo per evidenziare eventuali carenze e stimolare quindi miglioramenti nel Servizio sanitario nazionale, ma anche per poter dare un messaggio al Parlamento di quale sia la nostra opinione alla fine della nostra indagine rispetto alla necessità e all'opportunità di una revisione della legge, oppure se non ci sia un percorso migliore, che potrebbe essere semplicemente quello di cercare di portare a piena applicazione la legge n. 180 stessa.

Darei quindi la parola, nell'ordine, all'assessore Fiore, al direttore generale Rollo e al direttore sanitario Vinci.

*FIORE.* Grazie, signor Presidente. È chiaro che il numero enorme di domande e di osservazioni che sono state fatte meritano una risposta molto puntuale. Ho preso appunti, ma attendo il Resoconto per fornire alla Commissione dei dati ben strutturati. Ovviamente lascerò il piccolo documento che mi ero portato, che è invece una visione di insieme della situazione per quanto riguarda i servizi e le strutture.

La storia della nostra regione rispetto al disagio mentale è caratterizzata fundamentalmente dalla presenza di alcune enormi strutture

manicomiali. La soluzione che in qualche maniera fu trovata per applicare - peraltro in ritardo - la legge n. 180 fu quella di sostituire le strutture manicomiali con la riabilitazione di carattere territoriale, affidata per il 90 per cento a privati.

Questa è la realtà; per cui il giudizio sugli aspetti applicativi della legge n. 180, per la regione Puglia, è legato alle singole esperienze condotte a macchia di leopardo nel campo dell'intervento sul disagio mentale di tipo alternativo alla residenzialità.

In Puglia ci sono alcune esperienze straordinarie. Per esempio, quella del CSM di Troia, località dove si svolge ogni anno un festival internazionale che si chiama «Sportiva...mente», che ha ricevuto di recente la medaglia dalla Presidenza della Repubblica e che è un momento importantissimo di incontro, con un torneo internazionale di calcio e iniziative di tutti i tipi. In quella zona, come, per fortuna, in altre parti della regione, ci sono cooperative di persone con disagio mentale, messe in piedi con l'aiuto del CSM, ma completamente autonome e sul mercato; esse producono vino, olio, pane e altri prodotti da forno.

Questa esperienza, come dicevo, non è unica in regione: ce ne sono a macchia di leopardo e molte volte sono legate alla presenza di singoli operatori che, fortemente motivati, sono riusciti a impedire o comunque a

limitare, tranne casi eccezionali, il ricorso alla residenzialità. Questo è dunque un percorso possibile anche in Puglia. Il problema è lavorarci sopra.

Le iniziative messe in campo per l'applicazione della legge regionale n. 30 del 1998 e, successivamente, della legge regionale n. 26 del 2006 sono concrete. Abbiamo riformulato il regolamento regionale dell'ultima legge limitando obbligatoriamente la permanenza all'interno della residenzialità; abbiamo riscritto le regole degli accordi contrattuali con i privati e cercato di ragionare con questi attori, tra i quali c'è di tutto, comprese grandi professionalità che si sono andate stratificando nel tempo.

Si tratta di persone che si sono poste il problema vero della riabilitazione; che hanno messo in piedi iniziative produttive; che hanno messo in movimento, con persone che uscivano dalla residenzialità, attività importanti. Per esempio qui a Brindisi c'è una cooperativa che ha aperto una lavanderia: ora è in rapporto con noi anche per capire quali siano gli spazi per un'appaltistica che non tagli fuori questi tipi di realtà.

Abbiamo fatto questo percorso. Trasmetterò alla Commissione il regolamento 11, perché si tratta in questo momento del punto di riferimento delle nostre politiche, che il più possibile sono fatte in accordo con i privati.

I privati sono una realtà molto forte; spesso hanno una tradizione notevole; in parte sono quelli che noi chiamiamo privato sociale; con loro bisogna fare i conti, anche perché ormai sono una realtà occupazionale.

Noi non abbiamo - lo dico per quel cenno che è stato fatto prima - un programma regionale di internalizzazione di questi servizi. Viceversa stiamo procedendo praticamente dappertutto alle nuove gare di appalto per i servizi psichiatrici di questo e di altro tipo. Tuttavia non siamo contrari al fatto che in singole realtà che hanno una forte organizzazione e strutturazione dei dipartimenti dei servizi mentali, come nel caso di Brindisi, che consideriamo un punto solido - a me il termine «eccellenza» non è mai piaciuto e per questo non lo uso - dell'organizzazione dei servizi in questo settore nella regione, si assumano iniziative, cui guardiamo con interesse, per spostare nel pubblico alcune di queste attività.

In generale invece il nostro orientamento è quello di rinnovare le gare di appalto per questi servizi, inserendo quegli elementi di qualità e novità introdotti sia con leggi che con regolamenti, in maniera tale da poter fare un pezzo di percorso assieme tra pubblico e privato.

Resta un problema: in questo momento la residenzialità assorbe l'80 per cento del *budget* complessivo, delle risorse appostate. Ciò è inaccettabile e quindi dovremo in prospettiva muovere verso quelle forme

alternative che sono state individuate e che, come ho detto prima, sono elemento di trattativa.

Uno degli indicatori che permettono il raffronto fra le varie realtà del territorio, ad esempio fra le province di Brindisi e di Bari, è proprio la percentuale di spesa appostata per la residenzialità. Gli indicatori cui facevo riferimento prima sono studiati da una commissione specifica della Conferenza delle regioni e delle province autonome, che fino a pochi mesi fa aveva come coordinatore per la psichiatria la Liguria. Come tutte le Regioni noi collaboriamo, ma facciamo parte dei sottogruppi che hanno elaborato in maniera specifica gli indicatori. Come accennavo prima, sono stati elaborati due *set* di indicatori (uno per gli adulti e uno per l'età infantile e pediatrica) che sono stati approvati nell'ambito della commissione, ma non ancora in Conferenza; siamo ancora in una fase di passaggio.

Presumo che non appena la Conferenza si ricostituirà sarà possibile vararli; tuttavia, avendo fatto parte di questi gruppi lavoro, noi sussumiamo direttamente gli indicatori, indipendentemente dalla sorte che faranno a livello nazionale. A nostro avviso è importante che, al di là degli elementi di autonomia di ciascuna Regione, ci siano momenti unitari di confronto, almeno per quanto riguarda la valutazione della qualità dei servizi erogati.

La realtà è dunque difficile, assolutamente insoddisfacente, e ci sarebbe bisogno di attenzione e di appostamenti decisamente maggiori rispetto alle risorse che possiamo stanziare per questo settore. Non apro questo ragionamento altrimenti non lo chiuderei più, ma credo sia nota la polemica molto forte delle Regioni meridionali, che in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome sono arrivate a predisporre un documento unitario sui criteri di riparto.

Per quanto riguarda in particolare la salute mentale abbiamo anche fatto rilevare che in letteratura è assolutamente noto che condizioni di deprivazione e povertà determinano una riduzione delle relazioni e ciò può portare al disagio mentale. Non è mia intenzione tediare la Commissione su questo argomento, ma la realtà è che i nostri organici, come quelli di tutte le altre Regioni, sono completamente bloccati alla fotografia che fu scattata nel 2004, quindi non è possibile attuare alcuna implementazione degli organici se non eliminando qualcosa.

In sede di Conferenza abbiamo provato a fare un ragionamento di tipo industriale, chiedendo di dirci quali sono le prestazioni medie che dobbiamo assicurare ai 4 milioni di nostri cittadini; quale l'indicizzazione e quale il valore delle prestazioni, in modo che si possa calcolare il *budget* di ogni Regione. Del resto è questo che ci sforziamo di fare rispetto alle

necessità dei nostri cittadini, e non si capisce perché a livello nazionale non debba avvenire lo stesso. Vi risparmio le risposte, fra lo sprezzante e quant'altro, che abbiamo ricevuto.

La sostanza è che noi siamo ancorati al nostro *budget*, con cui dobbiamo fare i conti seriamente, cercando di eliminare qualsiasi sacca di spreco o di cattiva utilizzazione. Per dare un'idea concreta della situazione - mi rivolgo in particolare alla senatrice Soliani - vorrei ricordare che quando iniziammo ad occuparci della medicina penitenziaria telefonammo ai nostri amici dell'Emilia, chiedendo quante persone dell'assessorato lavoravano in questo settore; ci risposero che gli addetti erano 29, ovvero quasi l'intero organico dell'assessorato della Regione Puglia.

Noi abbiamo messo una persona a lavorare su questa problematica, perché non avevamo altre possibilità, e ovviamente il supporto diretto viene fatto direttamente dai dirigenti degli uffici e da me. Per cercare di affrontare questi nodi bisogna cioè moltiplicarsi, e sia chiaro che non ho intenzione di fare alcun piagnisteo, che non sarebbe appropriato alla seduta odierna.

Vorrei invece chiarire che per quanto riguarda la medicina penitenziaria cercherò di comunicare il massimo numero di dati in nostro possesso e qualora mancassero delle informazioni significa che non



abbiamo pensato a procurarcele e sarebbe grave; quindi, ci impegneremo per averle. Credo tuttavia che siamo in grado di fornire quasi tutte le informazioni che ci sono state chieste.

Abbiamo chiuso un programma triennale - che si chiama CIAO - di analisi di tutti i ricoveri fatti in SPDC, del loro percorso, degli indici di utilizzazione delle contenzioni meccaniche, dell'abuso di farmaci; disponiamo pertanto di una notevole massa di dati che trasferirò in blocco, così come su molti degli argomenti che sono stati oggetto delle domande del senatore Saccomanno e degli altri autorevoli componenti di questa Commissione.

Vorrei soffermarmi pochi minuti sul tema della medicina penitenziaria che, come voi sapete, ci è stata trasferita sostanzialmente a parità di risorse rispetto al passato. Di fatto, abbiamo realizzato una doppia operazione immediata: la trasformazione in dipendenza regionale, prevista dalla legge, dei contratti in essere per i pochi dipendenti del Ministero della giustizia che si occupavano di sanità, attraverso un'operazione di confronto con le organizzazioni sindacali per l'inquadramento e il surgelamento di tutta la pleora di soggetti esterni utilizzati all'interno delle strutture carcerarie. Parlo di pleora perché pochissimi erano professionisti esterni; molti erano dipendenti delle ASL di vario tipo e molti erano i

convenzionati, il che riportava alla ridefinizione dei rapporti contrattuali che abbiamo fatto nel giro di qualche mese.

D'accordo con i tribunali di sorveglianza, abbiamo attivato un osservatorio specifico sulla medicina penitenziaria (disponiamo di tutti i dati relativi a questa attività). Purtroppo, abbiamo dovuto registrare che una parte cospicua (praticamente tutta) della dotazione strumentale era fuori norma e quindi abbiamo dovuto chiuderla, trovando a fatica le risorse per sostituire almeno gli strumenti più indispensabili.

Quest'operazione ha messo immediatamente sotto *stress* le strutture e soprattutto le guardie carcerarie, che si sono trovate di fronte alla necessità di spostamento al di fuori dei penitenziari per esigenze diagnostiche. In particolare nei primi mesi c'è stato un aumento del 30 per cento dei trasporti all'esterno: in una realtà già difficilissima per le guardie, per via del sovraffollamento delle carceri e soprattutto della sproporzione fra il numero di detenuti e di guardie carcerarie, questa situazione ha condotto a vivacissime proteste da parte delle loro organizzazioni sindacali, con le quali si ci siamo incontrati in manifestazioni pubbliche e in riunioni all'interno dell'assessorato.

La fase più critica, se non è stata superata, ritengo che si sia quanto meno stabilizzata: abbiamo indicato delle risorse da appostare su questo

terreno; abbiamo cominciato anche a bandire qualche concorso specifico; abbiamo avuto difficoltà a convincere i nostri operatori ad andare nelle carceri (c'è stato qualche episodio di aggressione che ha creato ulteriori problemi), ma sostanzialmente ci siamo sforzati di prendere in carico il problema con le nostre poche forze disponibili.

Le ultime riunioni sono state molto positive, perché c'è stata una forte unità d'intenti con i tribunali di sorveglianza, che precedentemente ci avevano fortemente criticato. Con il documento di indirizzo economico-funzionale di quest'anno la Regione intende appostare una somma specifica sul problema della medicina penitenziaria: nei limiti delle compatibilità economiche, faremo questo sforzo.

In Puglia c'è un piccolo carcere in cui vengono concentrate tutte le patologie di tipo sessuale e, come potete immaginare, questo è un problema. A suo tempo l'amministrazione carceraria fece la scelta più semplice, prendendo le persone condannate per reati sessuali e mettendole tutte insieme da qualche parte: sembrava che ciò agevolasse i meccanismi di controllo su questi soggetti. Abbiamo dunque un problema specifico; ad ogni modo comunicherò i dati analitici delle persone che si occupano di questa problematica, con particolare riferimento agli psicologi.

Vorrei spendere soltanto qualche parola sull'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico «Medea», sezione di ricerca dell'associazione «La nostra famiglia», che è un punto di eccellenza nel settore della neuroriabilitazione infantile. Presso tale struttura operano professionisti di altissimo livello che hanno anche una buona attività di carattere scientifico; ho la soddisfazione personale di aver visto persone di altre Regioni d'Italia venire in Puglia per trascorrere periodi di vacanza con bambini che dovevano continuare a seguire un percorso riabilitativo e che, nel momento in cui hanno utilizzato questa struttura per circa un mese, hanno deciso che i loro figli dovevano essere trattati lì.

Si tratta di una realtà di altissima qualità, alla quale peraltro la Regione Puglia ha affidato il compito di filtrare le richieste di trattamento all'estero per quanto riguarda questo tipo di patologie; ritengo quindi che sia una *joint venture* particolarmente riuscita, che io non ho fatto nulla per meritare: l'ho trovata nel sistema e posso solo apprezzare chi a suo tempo fece la scelta.

SACCOMANNO (*PdL*). Grazie.

*FIORE.* Se volete, possiamo anche trasmettere i dati relativi all'attività dell'istituto «Medea», ma il livello di appropriatezza è veramente molto alto.

La massa d'informazioni che vi devo trasmettere è notevole, ma mi metterò a lavorare con molta buona volontà, anche perché moltissimi degli spunti che sono emersi attraverso le domande in realtà sono suggerimenti di lavoro e questo non può che rendermi molto contento. Si tratterà di utilizzare questi momenti per apprendere e stabilire un raccordo tra istituzioni, che a mio avviso è utile e necessario nel nostro Paese.

*ROLLO.* Se me lo consentite, prenderò la parola per riprendere soltanto alcuni quesiti; per tutto il resto, come diceva l'assessore, è necessario riferire in maniera puntuale.

Comincerei proprio dall'IRCCS «Medea», cioè dalla domanda posta dal senatore Saccomanno e dalla senatrice Poli Bortone: io ho l'onere di mantenere in piedi l'istituto «Medea», perché il rischio reale di chiusura esiste.

L'IRCCS «Medea», senatrice Poli Bortone, ha più linee di attività, che vanno dal ricovero ospedaliero dei pazienti in acuto (quindi, si comporta come fosse un centro ospedaliero di neuropsichiatria infantile), ad

interventi di tipo residenziale e semi residenziale per l'inquadramento di *handicap* e la definizione del relativo trattamento. Si effettua quindi la diagnosi in acuto nel caso, ad esempio, un bambino manifesti uno scompenso; si risponde alla necessità di accogliere un nascituro prematuro, qualunque sia la provenienza, o un altro al quale durante lo sviluppo gli sia stato diagnosticato un *deficit*, che va valutato per stabilire se è associato ad altre patologie; fino ad arrivare all'inquadramento dei residui funzionali propri del bambino al fine di programmare un piano di riabilitazione.

Il successivo piano di riabilitazione può essere effettuato *in loco* o delegato ad altri. Naturalmente, per rendere sempre più appropriato questo tipo di intervento è necessario avvalersi di attrezzature.

Ultimamente, nel nostro presidio abbiamo messo in funzione e messo a loro disposizione la PET-TAC. A breve acquisteremo un macchinario di ultima generazione per effettuare la risonanza magnetica a 3 Tesla, particolarmente efficace sui bambini, che consente diagnosi abbastanza dettagliate: in questo caso noi acquisteremo il macchinario, loro dei *software* o delle bobine finalizzate ad effettuare la diagnosi nel bambino.

Noi ci avvaliamo poi della loro consulenza di specialisti, in particolare nel settore oculistico: si recano nel nostro centro per immaturi per effettuare la diagnosi di retinopatia e, quindi, di cecità precoce, mentre

noi ci recheremo da loro con i nostri cardiologi. Quindi, c'è un forte collegamento, un forte bisogno di questo tipo di servizi.

Il problema di questa struttura è che la casa madre non aveva le risorse per ricreare tutti gli *standard* all'interno del centro di Ostuni, dato che l'investimento era serio, significativo. Quindi, per la sua ubicazione abbiamo ritenuto di scegliere la città, proprio in considerazione dei futuri possibili collegamenti che poteva avere con l'ospedale e anche perché così è baricentrica rispetto ad un territorio molto più ampio. Come diceva l'assessore, la struttura accoglie pazienti anche esterni: è necessario poter contare sulle infrastrutture, non ultimo l'aeroporto.

Da parte nostra li stiamo quindi fortemente sostenendo, ma c'è necessità di ulteriore *budget*: lo stimolo, l'idea che sto cercando di portare avanti è l'abbandono delle attività classiche di riabilitazione, anche quella scolastica, a favore di uno spostamento su attività di altissima specialità. Per esempio, non abbiamo un centro per la gestione dei bambini affetti da autismo. Molti nel nostro territorio si rivolgono ancora alla Toscana o all'Emilia Romagna per le residenzialità più lunghe; non abbiamo centri organizzati per la gestione degli psicotici acuti. Abbiamo parlato dei TSO per l'adulto: ci sono situazioni che possono richiedere anche il TSO di un

bambino o di un adolescente, che non può essere trattato nei normali SPDC.

Quindi la risposta è questa: da un lato mi esporrò nel rapporto contrattuale - lo anticipo anche all'assessore - per l'adeguamento ad IRCCS della struttura nata come RSA. Dall'altro lato è necessario rinegoziare, su un bacino d'area vasta e non squisitamente brindisina, le prestazioni per poter ottenere il massimo.

Loro poi naturalmente faranno ponte con le strutture di neuropsichiatria ordinariamente gestite da noi e che sono di qualità (in particolare qui a Brindisi sono veramente buone). Quindi, il passaggio in cura può avvenire dopo l'inquadramento *in loco*.

Questa decisione è fortemente voluta anche dalle famiglie (e rispondo anche alla domanda relativa al rapporto con le famiglie): c'è una forte richiesta da parte delle famiglie per la cogestione di questi bambini; il rischio della politica del pacco postale è ancora reale, ma ci sono i presupposti per poterla risolvere con una struttura che sicuramente non ha pari, almeno nel centro Italia.

In merito al passaggio dalla residenzialità con forme intensive a quella con forme progressive e a quanto spendiamo per la psichiatria, vi faccio un esempio che abbiamo vissuto da vicino. Quando fu chiuso



l'ospedale psichiatrico di Lecce, fu indetta una bella manifestazione (lei era sindaco, senatrice Poli Bortone) denominata «Apriti cielo», appunto per aprire le porte. C'erano 800 ricoverati; non si trattava di una piccola realtà psichiatrica. Nella ex Lecce 1 nacquero solo ed esclusivamente strutture pubbliche; si aprì un albergo a Squinzano, mentre a Strudà fu riconvertita all'interno del paese una struttura persistente.

Benché la situazione si sia evoluta a macchia di leopardo, in queste tre Province l'esperienza è stata virtuosa. Intorno alla città di Lecce sono nate solo ed esclusivamente strutture pubbliche. al Capo di Leuca la cooperativa Adelphi (una cooperativa importante) ha garantito la presenza in più attività: ecco il concetto di privato sociale, che nasce da un lavoro quotidiano sul campo, con la capacità di diversificarsi nell'offerta e di formare persone.

Anche qui a Brindisi c'è stata una forte presenza del pubblico; possiamo dire che circa il 50 per cento delle strutture è stato gestito direttamente dal pubblico, mentre un altro 50 per cento dal privato che è nato prevalentemente intorno a Latiano, in quella struttura psichiatrica che era l'appendice dell'ospedale interprovinciale.

Qual è la nostra politica? Nelle strutture direttamente gestite da noi, dove ci siamo appoggiati alle cooperative di tipo A per poter fare

riabilitazione, se la cooperativa è sana può continuare a lavorare perché è un valore aggiunto per il sistema. Laddove sono emersi problemi - e noi li abbiamo notati - o si è strutturato un contenzioso con i dipendenti per mancati o ritardati pagamenti, per la non correttezza del DURC o quant'altro, abbiamo sospeso il rapporto con la cooperativa ed abbiamo appoggiato gli operatori alle strutture sane presenti (grazie alla costituzione di un'associazione temporanea d'impresa - ATI), con l'intento di internalizzarli.

Quindi, procederemo con una internazionalizzazione ragionata, cercando di gestire gli operatori che erano impiegati nelle strutture appartenenti ad un privato sociale (con nel tempo è morto) in maniera diretta. Quelle strutture dove, invece, i nostri operatori dei servizi pubblici (il privato sociale) lavorano bene potranno continuare tranquillamente a lavorare, almeno in queste fasi.

Per quanto riguarda il privato sociale puro, abbiamo sostanzialmente effettuato un doppio controllo: uno nato dalla programmazione regionale (vi invito a visitare tutte le strutture e ad osservare i requisiti strutturali, strumentali e funzionali che possiedono), lavorando in sinergia con il dipartimento di salute mentale ed il dipartimento di prevenzione. Gli ispettori d'igiene o i medici igienisti hanno controllato la struttura; gli

operatori del dipartimento la funzionalità ed è previsto un piano preciso di controlli.

Naturalmente, oltre al controllo amministrativo ed al controllo quasi d'ufficio che effettuiamo noi, viene effettuato un controllo da parte delle famiglie, che sono molto attive nei confronti di queste strutture, come lo sono le organizzazioni sindacali. Alcuni si sono velocemente adeguati agli *standard*, altri li abbiamo dovuti mettere in mora e se gli interventi necessari non andranno a regime li elimineremo dalla rete dei servizi.

Per rispondere alla domanda principale rispetto a quanto investiamo, più investiamo nella residenzialità, meno investiamo nella riabilitazione nel suo complesso, in quanto il costo per una giornata di degenza all'interno di queste strutture si aggira intorno ai 150 euro, ma questi soldi possono essere sicuramente spesi meglio.

Qual è il problema però? Che, al momento, solo la sanità è presente per questa tipologia di utenza; non abbiamo integrazione sociale. In un paziente che è stato nel circuito psichiatrico fino a 65 anni c'è poco da riabilitare. Questi pazienti necessitano, semmai, di assistenza che però non possiamo fare sul territorio, in quanto a 65 anni non hanno genitori e con i fratelli, magari, intrattengono soltanto rapporti epistolari o che si riducono ad un saluto il sabato. Abbiamo difficoltà a ricollocarli all'interno di

strutture per anziani organizzate per questo tipo di pazienti, in quanto il paziente psichiatrico anziano non è l'anziano più o meno autosufficiente, con una capacità cognitiva normale.

Quando, ad esempio, li abbiamo inseriti nelle RSSA (residenza socio-sanitaria assistenziale) ci sono stati grossi problemi in quanto rappresentano, per così dire, fattori di disturbo della persona con un quadro clinico normale nella gestione della quotidianità. Inoltre, si sono creati dei problemi di costi, perché il 50 per cento della retta doveva essere coperto o dal Comune (e i Comuni non avevano risorse per poterlo pagare) o dalla famiglia (che però, di fatto, non c'è), e il paziente oltre ai 600 euro di indennità di accompagnamento non poteva dare.

Abbiamo incontrato non poche difficoltà in questo processo, ma ne abbiamo dovuto mantenerne il carico. Alla fine, complessivamente, se ci attestiamo su un 2 per cento (i conti esatti li faremo poi e ve li invierò in maniera puntuale) è perché l'assistenza riabilitativa psichiatrica residenziale ha ancora un forte impatto dal punto di vista economico. Credo che come spesa si aggiri intorno ai 6 milioni di euro.

*FIORE.* Voglio aggiungere soltanto un'ulteriore informazione che, peraltro, è contenuta nella breve relazione che vi ho consegnato: sull'aspetto

specifico del disagio mentale c'è una riservata secca sui piani sociali di zona. Negli accordi stipulati con i Comuni abbiamo vincolato sostanzialmente una quota di risorse del fondo sociale per questo problema.

SACCOMANNO (*PdL*). A che percentuale corrisponde?

*FIORE*. Al cinque per cento.

SACCOMANNO (*PdL*). Cinque per cento del fondo regionale?

*FIORE*. Esatto.

PRESIDENTE. Quindi, una somma abbastanza consistente.

POLI BORTONE (*Misto-IS*). Quindi, i piani sociali di zona devono essere rivisti?

*FIORE*. I piani sociali di zona contengono queste indicazioni.

*ROLLO*. Il vincolo di destinazione delle risorse è importante. Così come è importante destinare in maniera obbligatoria queste risorse per chi è nel circuito della riabilitazione e deve essere assistito in centri socio-educativi. Prima di creare «nuovi» ingressi all'interno di queste strutture che si verranno a creare nell'ambito delle nostre realtà comunali, è assolutamente necessario provvedere a chi uscirà o dal circuito riabilitativo, per l'*handicap* o dal circuito psichiatrico, in maniera tale da gestire in modo appropriato la nuova cronicità.

Il problema è che non abbiamo risorse importanti per gestire la nuova cronicità, che va gestita direttamente dai CSM. Il *mix* economico-funzionale ci consentirà probabilmente di spendere meno rispetto ad oggi; sicuramente lo spenderemo meglio. Questo era un passaggio obbligato, se volevamo applicare la n. 180, cosa che sta avvenendo solo a partire dall'ultimo decennio.

La valenza della legge c'è. Possiamo dire che con la sua applicazione non siamo partiti negli anni '80 e che più o meno dal 1995 stiamo lavorando in maniera concreta.

Un primo momento doveva essere proprio la ricollocazione in questi piccoli centri. La ricollocazione spesso è stata fatta con il privato sociale che si è organizzato molto prima del pubblico. Il discorso del loro

mantenimento e dell'istituzionalizzazione è legato all'assenza di strutture alternative di tipo socio-sanitario. La liberazione di risorse consentirà il ridisegno della rete e, nel frattempo, l'utilizzo della nuova offerta per la cronicità.

Stiamo poi programmando le esperienze per il reinserimento lavorativo, attraverso un reinserimento «dolce». È difficile pensare, sia per questi pazienti sia per i pazienti con *handicap*, ad un reinserimento che all'inizio sia sostanzialmente competitivo: le regole della competizione possono essere rette da una percentuale molto bassa di loro. Con l'ufficio provinciale per l'impiego stiamo destinando 5-600 euro per ogni soggetto per l'inserimento specifico in contesti lavorativi «normali». Per il momento non gli facciamo perdere l'indennità di accompagnamento, per non mettere in crisi le famiglie; li inseriamo dunque in contesti lavorativi normali, con la consapevolezza che non potranno passare tutti nella rete della produzione. Sarà però un modo per lavorare e per utilizzare al meglio quei contributi per il reinserimento, che erano già previsti.

Noi avevamo, come azienda sanitaria, dei contributi specifici per chi veniva accolto all'interno di aziende manifatturiere, che all'inizio li hanno accettati, ma dopo poco si sono chiuse a queste iniziative. Si è quindi riaperta l'area del pubblico. Con le pubbliche amministrazioni e altre

cooperative del privato sociale stiamo riutilizzando queste borse di lavoro finalizzate proprio all'uscita dal circuito psichiatrico, piuttosto che continuare nei laboratori dei centri diurni dove si ricronicizza la dipendenza stessa.

Per quanto riguarda la sanità penitenziaria, credo sia opportuno finanziarla in maniera mirata. Noi oggi abbiamo fatto l'esempio di Brindisi, dove si è passati da 80.000 euro, che poi è il costo di un medico, a 300.000 euro, con una proiezione di quasi un milione di euro: ciò la dice lunga sulla necessità di investire in maniera mirata. Il discorso che faceva l'assessore è più che pertinente: se noi abbiamo il vincolo, possiamo lasciare anche al palo alcune iniziative per destinare il tutto alla creazione di una rete di sanità penitenziaria, partendo sempre dal presupposto che dobbiamo lavorare in rete.

I nostri operatori devono lavorare con quelli di Lecce e viceversa. Essendoci un'unica corte di appello, molti reclusi brindisini sono nel carcere di Lecce e viceversa. La presa in cura in maniera integrata da parte dei servizi delle due province consente di andare avanti sul reinserimento.

Per quanto riguarda le altre domande del Presidente, non ci sono problemi a fare una relazione puntuale, sia sul discorso dei dipartimenti sia sull'attribuzione degli incarichi di direzione, tenendo presente una



specificità, che riguarda tutta la nostra regione: noi abbiamo vissuto vari momenti di passaggio. Nel 2003 l'azienda ospedali riuniti si è fusa con l'azienda sanitaria; abbiamo avuto un primo piano di riordino ospedaliero; abbiamo avuto un nuovo piano della salute e un nuovo piano attuativo locale.

Tutte quante queste scelte di tipo gestionale vanno inquadrare nel dinamismo degli ultimi 5-6 ai anni, che ha imposto anche delle scelte tampone: si individua un articolo 18, in termini di attribuzione di un incarico, che poi non sfocia nel concorso vero e proprio, in quanto molte realtà sono sottoposte al piano attuativo locale (che stiamo predisponendo e che dovrà essere approvato).

Una volta approvate la nuova dotazione e la nuova articolazione dei servizi, i posti che rimarranno da coprire verranno messi a concorso, mentre per quelli soppressi verranno riviste le attribuzioni. Per i criteri delle attribuzioni posso puntualmente rispondere. Anche sui dipartimenti vale la stessa cosa.

I dipartimenti furono soppressi in quanto ce n'erano molti, alcuni dei quali composti solamente da due unità operative. La scelta del mio predecessore per il blocco era dunque legata alla necessità di razionalizzare.

Con l'approvazione del nostro piano attuativo locale abbiamo tracciato i criteri per la dipartimentalizzazione delle strutture ospedaliere e per il raccordo con le strutture territoriali. Con l'approvazione del PAL (piano di azione locale) andremo a disciplinare i dipartimenti di tipo strutturale, che saranno molto pochi. Nel frattempo i dipartimenti previsti per legge, quello di salute mentale, quello di igiene e prevenzione e quanto altro, sono operativi.

PRESIDENTE. Grazie per questa esauriente risposta; evidentemente noi attendiamo la relazione. Le invieremo nei prossimi giorni il nostro verbale, che potrà esserle di aiuto e di guida per le risposte.

Darei la parola adesso al dottor Vinci, invitando alla brevità, non per limitare il tempo del suo intervento, ma perché avevamo programmato per un'ora e mezzo fa la seconda parte delle audizioni.

VINCI. La Commissione ci chiedeva se la legge n. 180 sia ancora valida: io ritengo che non solo sia ancora valida, ma che non l'abbiamo neanche mai sperimentata sul campo. Nel 1978 viene approvata la legge; dopo vent'anni qui si chiude un ospedale psichiatrico; nel 2005 (quasi trent'anni dopo) non ci sono ancora nei dipartimenti di salute mentale il servizio di

neuropsichiatria infantile per adolescenti, che è importante per le diagnosi precoci, o il servizio di psicologia clinica, che interviene sui comportamenti chiamati sociopatici del paziente.

Quando ci mancano i momenti essenziali, vuol dire che non abbiamo creato i presupposti per applicare la legge n. 180. Possiamo dire che non funziona se non l'abbiamo nemmeno sperimentata, se non negli ultimi tempi, con le leggi regionali n. 30 del 1998 e n. 26 del 2006?

Su alcune questioni organizzative ha risposto il direttore. A me preme solo ribadire alla Commissione un concetto di fondo. Al dipartimento di salute mentale e nel servizio tossicodipendenza abbiamo trovato le unità operative senza responsabile. Noi ci siamo insediati alla fine del 2005. È noto che il regolamento dei dipartimenti prevede che ogni tre anni ci sia la rotazione; noi non abbiamo potuto fare rotazioni perché il 55 per cento delle unità operative complesse era senza responsabile uscito da procedure concorsuali. Erano tutti affidamenti ex articolo 18.

Infatti dal 2000 al 2006 non è stata fatta in questa ASL alcuna procedura per affidare, secondo le procedure previste dal decreto del Presidente della Repubblica n. 484 del 1997, le unità operative complesse. Siccome il dipartimento per definizione è l'aggregazione di unità operative

complesse, se non si hanno i responsabili cui affidare le unità, si riconfermano gli stessi.

Così come del tutto inapplicato è rimasto il contratto che prevede il ruolo unico della dirigenza medica e quindi per ogni medico l'affidamento o di incarichi di gestione (unità operativa complessa) o di unità operativa semplice. Nella nostra azienda non c'erano unità operative semplici: c'erano ancora i moduli previsti dagli accordi contrattuali di metà anni '90. Abbiamo attribuito oltre 120 unità operative semplici con affidamento di funzioni ai medici, sulla base delle indicazioni date dai direttori delle unità operative complesse. Quella della psoriasi, citata prima, è una di queste 120. Parlare di quella è come parlare delle altre 120.

Ultima questione e chiudo. Abbiamo condotto - è un compito immane cui le direzioni generali hanno sottoposto la direzione sanitaria - ben 38 procedure per l'affidamento, nei termini del decreto del Presidente della Repubblica n. 484, delle direzioni di unità operative complesse. Ne avevamo trovate scoperte 44: ora ne rimangono 6, tra cui quella cui accennava il direttore, perché con il PAL decideremo una collocazione diversa.

Vengo alla questione del biologo molecolare assunto con procedure di evidenza pubblica, sulla base di un piano progettuale. Abbiamo avuto dei

ritardi nell'acquisizione dei *test*. Il biologo lavora e collabora; opera nella sezione di microbiologia che effettua i *test* di biologia molecolare e collabora alle tecniche per la determinazione dei virus negli espianti. Quindi è più che utilizzato. Probabilmente potrebbe essere lui a lamentarsi, posto che l'abbiamo assunto per un'attività e sta facendo quella ed altre.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Vinci; c'era un intervento finale del senatore Saccomanno, dopo di che chiudiamo questa parte delle audizione,.

SACCOMANNO. Per dire grazie e non solo.

Ribadisco che le risposte alle nostre domande servono per un confronto generale.

Continuo a ritenere che questa sia una regione che rispetto alla legge n. 180 può rappresentare un giusto percorso. Rispetto ai dati ottimali di Trieste e quel che accade in altre Regioni, per la mia contezza e per quel che avete detto voi, se inquadrano bene le cose, c'è molto di fatto e molto che può essere preso come riferimento.

Certo, c'è anche molto da fare, ma questo vale ovunque, quindi anche da noi. Non sta a me dire qualcosa su quei *budget* personali, però visto che

mettiamo il 5 per cento ed il Friuli il 4, da professore, se dovessi dare un punto in più in pagella, non avrei dubbi a chi darlo.

Riflettiamoci sul *budget* per paziente, proprio per ciò che raccontavate sul tipo di avviamento al lavoro che viene fatto a Brindisi.

Probabilmente, vi è qualche caso particolare che dobbiamo prendere a cuore. Tutto il personale ex SUMAI (Sindacato unico di medicina ambulatoriale italiana), con concorsi più o meno veri, è stato ricondotto nel settore pubblico; del resto, è accaduto in tutta Italia.

Con l'acquisizione della sanità penitenziaria, non abbiamo però recepito pienamente le convenzioni di medici che lavoravano in questo comparto e avevano un rapporto con il Ministero della giustizia da 30 anni: questo travaso non è avvenuto. Ritengo che dovremmo trovare il modo di farlo. La mia è più una preghiera che una domanda: troviamo il modo di fare qualcosa, perché, mentre nessuno di noi sarebbe rimasto per tutta la vita lì, ci sono colleghi medici che da 30 anni svolgono quel mestiere per 1.200 euro al mese, quando oggi sarebbero degli illustri primari anche solo per anzianità.

È importante trovare una strada per dar loro un aiuto; probabilmente non riusciremo a varare una legge per così poche persone, ma si tratta di tre

colleghi che rivestono un ruolo di responsabilità, pertanto ci permettiamo di dire che potrebbe essere interessante considerare la loro vicenda.

PRESIDENTE. Ringrazio l'assessore, il direttore generale e il direttore sanitario, che sono stati estremamente disponibili a dedicarci tutto questo tempo. Si tratta, evidentemente, di un aspetto molto importante del nostro lavoro, perché solo attraverso l'acquisizione di tutti questi dati possiamo svolgere il nostro compito.

Dichiaro conclusa la presente audizione.

**Audizione del direttore del dipartimento di salute mentale della ASL Brindisi, dottoressa Grazia Di Bella, del responsabile della unità operativa degenza - psichiatria dell'ospedale «N. Melli» di San Pietro Vernotico, dottor Fulvio Picoco, del responsabile del SerT di Brindisi, dottor Francesco Catalucci e del direttore della casa circondariale di Brindisi, dottoressa Sonia Fiorentino**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno prevede ora l'audizione del direttore del dipartimento di salute mentale della ASL Brindisi, dottoressa Grazia Di Bella, del responsabile della unità operativa degenza-psichiatria

dell'ospedale «N. Melli» di San Pietro Vernotico, dottor Fulvio Picoco, del responsabile del SerT di Brindisi, dottor Francesco Catalucci e del direttore della casa circondariale di Brindisi, dottoressa Sonia Fiorentino, cui do il benvenuto.

Mi scuso con gli intervenuti per la lunga attesa, ma l'approfondimento con l'assessore regionale alla sanità, il direttore generale e il direttore sanitario della ASL di Brindisi ha richiesto più tempo del previsto.

Le odierne audizioni vanno inquadrare principalmente nell'ambito dell'inchiesta che la Commissione sta conducendo in relazione alle strutture sanitarie preposte sul territorio alla cura dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche.

In questa ottica chiederei ai singoli audendi di voler svolgere una breve relazione introduttiva sui profili di rispettiva competenza; a seguire i componenti della delegazione - a partire dal corelatore dell'inchiesta, senatore Saccomanno - potranno porre quesiti e svolgere le proprie considerazioni.

Vorrei dare un'informazione di carattere generale. Questa è una delle inchieste che la nostra Commissione sta conducendo su tutto il territorio italiano. I relatori, che sono per la maggioranza il senatore Saccomanno e



per l'opposizione il senatore Bosone, hanno selezionato una mappa di circa dieci città nel nostro Paese dove poter verificare l'efficienza, l'efficacia e la qualità dei servizi, in relazione alla salute mentale; nella Regione Puglia questa è la città che è stata scelta dai nostri relatori.

Darei la parola per prima alla dottoressa Grazia Di Bella, chiedendole di svolgere una relazione introduttiva, in modo tale che successivamente possiamo dare la parola anche agli altri audendi, dopo di che i senatori certamente vorranno porre delle domande. Se avete la possibilità di rispondere immediatamente oggi, per noi evidentemente è molto utile; immagino tuttavia che ci siano aspetti più tecnici per i quali molto volentieri siamo felici di ottenere una risposta scritta nelle prossime settimane. Inoltre, se può esservi utile, possiamo farvi avere il Resoconto di quest'audizione, in modo che lo possiate utilizzare come traccia per ulteriori approfondimenti che vogliate farci pervenire.

Do quindi la parola alla dottoressa Grazia Di Bella.

*DI BELLA.* Signor Presidente, immagino che mi chiediate una descrizione della condizione attuale del dipartimento di salute mentale. Sicuramente la strutturazione del dipartimento si è sviluppata nel tempo, dalla chiusura degli ospedali psichiatrici ad oggi, con una programmazione che ha portato

alla formazione di una rete di servizi abbastanza complessa e piuttosto ampia.

Nel nostro territorio è stata fatta una scelta, che non mi appartiene perché sono direttore del dipartimento dal 2007, ma che secondo me è molto interessante: quella di creare, oltre alle strutture del privato, una serie di centri riabilitativi appartenenti al pubblico con una compartecipazione del privato. Per dare un'idea della complessità del quadro del dipartimento di salute mentale ho portato il funzionigramma, in cui vengono definite le aree già sviluppate, quindi le unità operative già funzionanti, oltre alle strutture e alle aree che devono essere ulteriormente sviluppate.

In accordo con la legge regionale n. 30 del 1998, l'ultima riorganizzazione del dipartimento ha visto l'ingresso nell'ambito di sua competenza dell'unità operativa complessa di neuropsichiatria infantile: così come prevedeva il progetto obiettivo, tale settore si era sviluppato in via sperimentale in maniera autonoma, ma nel 2006 è rientrato nell'ambito del dipartimento di salute mentale. La struttura è composta da quattro CSM su una popolazione di 400.000 abitanti (all'incirca 100.000 abitanti per ognuno), in accordo con l'indice che prevede da 70.000 a 100.000 abitanti per CSM. Tali strutture osservano un'apertura H12 e svolgono attività ambulatoriale, domiciliare sul territorio e di riabilitazione anche presso le

strutture pubbliche che ci appartengono, oltre che di verifica e controllo del privato riabilitativo che lavora con noi.

Abbiamo due servizi di diagnosi e cura con 14 posti di degenza ospedaliera più un posto di *day hospital*: il primo servizio è situato presso l'ospedale «Melli», diretto dal dottor Picoco qui presente, e l'altro presso l'ospedale di Ceglie Messapica.

Abbiamo una struttura complessa di neuropsichiatria infantile composta da un coordinamento, che si trova a Brindisi, e da sei centri distribuiti nell'ambito della provincia su varie sedi (che ho riportato tutte nel documento che ho predisposto); inoltre, abbiamo una serie di strutture riabilitative collocate in locali appartenenti all'azienda in cui il dipartimento fornisce lo psichiatra o lo psicologo.

Le uniche funzioni acquistate all'esterno sono quelle degli educatori e del coordinatore della struttura, che vengono acquisite da cooperative che, in base alla normativa, sono di tipo A e B, perché ci devono consentire di attivare l'inserimento lavorativo. Oltre a ciò, abbiamo il privato che lavora nel nostro territorio, che ha una sua organizzazione con psichiatra e psicologo autonomi dal dipartimento, rispetto al quale svolgiamo solo funzioni periodiche di verifica e controllo delle sue attività.

Verso la fine del 2006 il dipartimento si è dotato di un regolamento e successivamente, ai sensi della legge regionale n. 26 del 2006, ha attivato uno studio approfondito per un riordino delle strutture riabilitative presenti sul suo territorio. Il fatto che le suddette strutture fossero nate dall'esigenza pressante di dare posto alla demanicomializzazione non aveva consentito uno studio strategico razionale della distribuzione delle risorse su tutto il territorio provinciale; di conseguenza ci siamo trovati ad avere delle aree con una forte concentrazione di centri riabilitativi, a fronte di altri territori in cui tali strutture erano carenti.

Dopo una serie di attente valutazioni anche con tavoli in cui sono stati convocati il privato sociale e tutte le forze sindacali, è stato predisposto uno schema di riordino delle strutture che comprende la chiusura dei centri ridondanti rispetto al numero di posti letto per le CRAP previsti dalla legge n. 26 del 2006. Se facciamo un calcolo per la nostra popolazione delle strutture ad alta intensità, cioè per le CRAP, nel nostro territorio dobbiamo avere 122 posti, mentre ne avevamo 150. Abbiamo dovuto fare una valutazione attenta di quali strutture chiudere e quali trasferire sul territorio a Nord, che era più deprivato rispetto al Sud. Questa decisione è parte di una delibera, con cui sono state compiute questa ricognizione del fabbisogno aziendale e la programmazione territoriale,

emessa a novembre 2008, in cui è presente tutto il piano di riordino, così come lo abbiamo organizzato e strutturato.

Per quanto riguarda gli elementi innovativi, vorrei segnalare il fatto che soprattutto nell'ultimo triennio abbiamo voluto dar corso a una organizzazione più integrata del dipartimento, dando molto spazio alla formazione di tavoli con la presenza del privato sociale, ma anche attraverso la promozione dell'associazionismo che fino al 2007 non era ancora comparso nel nostro territorio. Per la definizione di questa rete sono state sviluppate attività relativamente alla presenza del dipartimento di salute mentale nei piani di zona; si tratta di una presenza più attenta alla rete, come anche all'integrazione con i medici di medicina generale, oltre ad alcuni studi più strettamente legati a collaborazioni che abbiamo firmato anche con l'università di Bari, per quanto riguarda un argomento molto spinoso e per il quale abbiamo una grande sensibilità che è l'esordio psicotico, quindi la presa in carico precoce del paziente psicotico.

Nell'ambito di questo triennio sono stati attivati una serie di progetti in questo senso, ma si è lavorato soprattutto sul riordino della rete riabilitativa, importante proprio perché la legge regionale n. 26 indicando il numero di posti poneva dei paletti che ci imponevano non solo un riordino delle strutture, ma anche una loro riorganizzazione.

Da qui è nato un documento (che mi sono premessa di portare con me), che abbiamo prodotto a fine triennio e che riguarda la carta dei servizi di tutto il dipartimento di salute mentale, in cui è contenuta la descrizione sia delle strutture che dei servizi di diagnosi e cura e le attività di prestazioni previste. In esso troverete il funzionigramma, le strutture riabilitative, le indicazioni strategiche di come il dipartimento vede la riabilitazione nel proprio territorio e la descrizione di tutte le strutture riabilitative presenti con una scheda tecnica (una per ogni struttura).

Credo però che la parte più interessante - almeno, ai miei occhi lo è - riguarda non solo l'aver dotato il dipartimento di questo documento di trasparenza, ma anche l'aver steso delle linee guida nel percorso riabilitativo. Almeno, ci abbiamo provato (troverete traccia di un piano del percorso).

Nelle linee guida sono presenti alcuni processi: ad esempio, a proposito del PTR ( progetto terapeutico riabilitativo) è indicato come deve essere sviluppato, ma si fa menzione anche di altri processi altrettanto interessanti come, ad esempio, il processo di formazione del personale che si occupa di riabilitazione; il processo della gestione dei reclami; il processo della gestione dell'emergenza-urgenza; il processo della gestione del farmaco nella struttura riabilitativa, oltre agli altri processi tutti elencati

nella relazione. Alla fine del documento sono riportate le azioni di miglioramento che il dipartimento si è posto.

Tali azioni di miglioramento riguardano: la riorganizzazione di strutture riabilitative come da delibera, che sta procedendo nel tempo; la politica dell'inserimento lavorativo, e con riferimento a questa nel funzionigramma vedrete che è stata già deliberata un'unità operativa semplice a valenza dipartimentale che lavora proprio sull'inserimento lavorativo. Attualmente, è in fase di applicazione su un paio di progetti da sviluppare in alcuni centri diurni proprio a favore dell'inserimento lavorativo.

La formazione degli operatori è un'esigenza molto forte nel nostro dipartimento. Riteniamo, infatti, che la professionalità degli operatori vada recuperata anche attraverso processi di autoformazione - la formazione non necessariamente deve venire dall'esterno -, soprattutto di formazione trasversale, che consentano il recupero del concetto di *équipe*. A mio avviso, il concetto di multidisciplinarietà, estremamente importante per la presa in carico globale del paziente, nel settore della salute mentale è un elemento che non si può perdere.

Quanto alla formazione degli operatori, come dicevo, essa prevede la definizione di nuove procedure ed, eventualmente, la sperimentazione e la

validazione di linee guida. In questo momento tali linee guida sono già in sperimentazione: a partire dal mese di gennaio in tre CRAP (in strutture di riabilitazione H24), in una comunità alloggi e in due centri diurni...

SACCOMANNO (*PdL*). Può essere più precisa?

*DI BELLA*. Certamente. Voglio però precisare che le strutture che stanno effettuando in questo momento la sperimentazione sono tutte strutture della rete pubblica, però potrebbero assurgere ad elemento cogente e diventare parte del contratto che stipuleremo anche con le private.

Dunque, si tratta delle CRAP di Cisternino, di Fasano e di Carovigno; mentre, la comunità alloggio è quella di San Pietro. Infine, i centri diurni sono quello di Brindisi e quello di Oria. Attualmente questi sono i centri in sperimentazione.

Il programma prevede di arrivare a fine giugno con questa sperimentazione e, attraverso gli operatori, vedere come le linee guida debbano essere modificate (perché è proprio attraverso la fase operativa che apporteremo le modifiche) e stendere poi un documento definito che diventerà una sorta di forma contrattuale, di contratto minimo di qualità con tutte le strutture che lavorano nel nostro territorio.



Dedico, infine, pochi minuti al settore della neuropsichiatria infantile perché è la mia creatura, la mia unità operativa complessa: solo per dire che il progetto di neuropsichiatria infantile si è sviluppato con l'apertura di sei centri (anche questi multidisciplinari) con una *mission* integrata che raccoglie sia la prevenzione e la cura del bambino, sia la riabilitazione e l'integrazione scolastica. Quindi, una *mission* integrata completa per una presa in carico globale nell'ambito della quale ci sono delle *équipe* multidisciplinari che lavorano in sei centri. Nel documento troverete anche il riferimento alla collocazione dei centri.

È stato fatto un lavoro anche per stabilire le procedure; lavoriamo per protocolli diagnostici certificati e per progetti terapeutici certificati attraverso protocolli già definiti e standardizzati, che abbiamo poi voluto riportare in un manuale (ho allegato una copia del manuale della qualità).

La prima certificazione l'abbiamo ottenuta nel 2001 e periodicamente viene rinnovata. Quella che trovate in fotocopia è l'ultima copia della certificazione.

Abbiamo allegato anche il manuale «Oltre l'ultimo progetto» perché la regione Puglia nel 2006 ha concesso dei finanziamenti proprio per permettere lo sviluppo della neuropsichiatria infantile; quindi, ho incluso

anche il piano attraverso il quale abbiamo speso i finanziamenti concessi alla regione Puglia per la neuropsichiatria infantile.

La programmazione 2010 (della quale ho allegato copia nella relazione) dedica particolare attenzione ai punti obiettivo di miglioramento a cui ho fatto riferimento, che mirano soprattutto ad un piano attento alla formazione (finalizzato al recupero e all'integrazione) e alle aree strategiche fondamentali, che riguardano ancora una volta la riabilitazione, per l'applicazione delle linee guida ed ad un altro che riguarda la cura che, attraverso una serie di tavoli integrati, vedrà sia le linee guida per la gestione del paziente complesso in psichiatria (un argomento estremamente importante), oltre all'esordio, ma anche l'applicazione e la discussione distretto per distretto, CSM per CSM, delle linee guida ASO e TSO emerse a livello regionale e nazionale.

Al riguardo, dato che è un tavolo al quale è dedicato nello specifico il dottor Picoco, non mi soffermo: in genere, lavoriamo tra *copartner* e per questo aspetto lui è mio *copartner*.

Per quanto riguarda invece la messa a norma delle strutture, vi è stato un elemento importante: alcuni fondi FESR (ho portato con me la delibera regionale con la quale sono stati approvati i progetti dei fondi FESR) sono stati ora specificatamente dedicati alla messa a norma strutturale di alcune

strutture di riabilitazione appartenenti alla rete del dipartimento che ne avevano bisogno.

Considerati i requisiti organizzativi esistenti, la formulazione della carta dei servizi, le linee guida e la messa a norma strutturale riteniamo di essere pronti anche per l'eventuale accreditamento di queste strutture.

*PICOCO*. Il mio reparto è collocato nello stabilimento ospedaliero «Melli» di San Pietro e, insieme al «Perrino» di Brindisi e a quello di Mesagne, fa parte del presidio. Questo è un elemento importante: in pratica, dobbiamo gestire anche tutta la patologia psichiatrica del «Perrino», un grande ospedale che serve la città di Brindisi e che presenta una serie di problemi soprattutto per quanto riguarda le emergenze-urgenze (la gestione, ad esempio, delle emergenze notturne e festive). Quando non ci sono psichiatri al «Perrino», tutte le emergenze arrivano a San Pietro determinando un grosso carico di lavoro per i medici di San Pietro. Per fortuna, ora per la reperibilità sono disponibili quattro medici.

Pur essendo un reparto per acuti, non abbiamo la guardia attiva. Per di più siamo collocati in uno stabilimento sprovvisto di servizi medici di urgenza. Ci sono il reparto di medicina, il reparto di geriatria, quello di pneumologia, però mancano la cardiologia e la rianimazione. Insomma, vi

sono una serie di problemi rispetto alla gestione dell'acuzie che è ormai multifattoriale, perché in reparto arrivano situazioni difficili, complesse, anche per patologie organiche. La popolazione psichiatrica invecchia e ci sono sempre più problemi legati agli effetti collaterali degli psicofarmaci.

Vi sono quindi una serie di questioni, non ultima la presenza, ormai sempre più frequente, di persone con cosiddetta doppia diagnosi o con altri problemi di intossicazione acuta.

Nel 2009 abbiamo avuto 12 posti letto (non 14) più uno di *day hospital*. Registrandosi, infatti, un calo di presenza soprattutto fra gli infermieri, fra gli operatori del comparto, siamo stati costretti a ridurre il numero di posti letto. Tuttavia, rispetto al 2008 è stato registrato un piccolo aumento nel numero dei ricoveri totali.

Stiamo cercando di implementare l'attività di *day hospital*, che nel 2009 è stata assegnata come unità operativa semplice ad un collega. Stiamo cercando di sviluppare le possibilità di *day hospital* che, effettivamente, ci possono aiutare molto soprattutto rispetto ad alcuni tipi di patologie. Abbiamo registrato un numero di ricoveri ripetuti pari al 14 per cento, mentre i ricoveri di pazienti provenienti da fuori ASL di Brindisi sono stati 58, sei da altre Regioni e due da altre nazioni. Questo dato è legato al fatto che a Brindisi vi è il centro di accoglienza.

Abbiamo avuto 67 ricoveri obbligatori (dunque, un numero abbastanza alto) per 953 giornate di degenza in obbligatorio. Sottopongo alla vostra attenzione questi dati perché la presenza di ricoveri obbligatori ha delle ripercussioni sul clima organizzativo e di reparto, perché si tratta di situazioni più complesse, più difficili che richiedono una maggiore attenzione.

In effetti, stiamo cercando di porre molta attenzione al problema della gestione dei comportamenti violenti, che sempre più spesso si stanno verificando. Nel 2009 si sono verificati 119 episodi di aggressività e 11 infortuni ad operatori.

Ci siamo confrontati anche con il fenomeno della contenzione. Per la precisione, abbiamo registrato 130 episodi di contenzione che hanno coinvolto 37 persone. Nel documento ho indicato anche il tipo di patologia che più di frequente ha portato alla contenzione.

Siamo stati poi particolarmente attenti al monitoraggio ed abbiamo cercato di comprendere il fenomeno per meglio affrontarlo. In effetti, in questi primi mesi del 2010 abbiamo avuto tre soli casi di contenzione. C'è stato quindi un abbattimento notevole del numero grazie all'impegno di tutti.

Certamente rimane il problema della gestione dei comportamenti violenti: ad esempio, l'ospedale di San Pietro Vernotico è sprovvisto di posto fisso di polizia; c'è un controllo sulle 12 ore. Abbiamo una convenzione con una cooperativa di vigilanza per le ore notturne, ma viene da lontano e c'è qualche problema. Manca un protocollo d'intesa con la prefettura per poter avere aiuto in situazione di urgenza o di forte rischio: spesso nemmeno le forze dell'ordine, seppur chiamate, intervengono.

Come reparto abbiamo sviluppato una serie di strumenti, sia per il monitoraggio che per la valutazione e per questo siamo in grado di fornire dei dati. Abbiamo un registro di monitoraggio dei cosiddetti eventi sentinella, che possono essere sia negativi che positivi: mi riferisco a tutto quel che avviene di significativo nel reparto, dalle cadute agli allontanamenti, ai decessi (nel 2009 uno solo, per cause indipendenti dalla patologia psichiatrica).

Come dicevo, abbiamo avuto tre contenzioni per un'ora e 15 minuti, quindi il tempo necessario per poter fare terapia. Abbiamo poi registrato un infortunio fisico agli operatori e un certo numero - devo dire, basso - di incontri con operatori territoriali. Questa è un'altra delle questioni che stiamo cercando di sviluppare, per rendere operativi i protocolli.

Nell'ambito del dipartimento c'è effettivamente un protocollo di cooperazione tra SPDC e CSM.

C'è qualche difficoltà, anche se la collaborazione in qualche modo si sta sviluppando. La persona che viene ricoverata dovrebbe essere sempre accompagnata o comunque avere informazioni o essere visitato da un operatore del CSM, che deve avere in carico il paziente in SPDC. Vorremmo sviluppare molto questa collaborazione, ma per problemi legati anche alla carenza di personale non ci riusciamo.

Poi abbiamo i gruppi di attività, i gruppi terapeutici, le uscite. Insomma siamo in grado comunque di monitorare una serie di attività e di eventi che accadono nel reparto.

Siamo inseriti anche nel progetto regionale di miglioramento della qualità assistenziale, di cui sono il coordinatore. Insieme abbiamo creato, ad esempio, il materiale cartaceo. Abbiamo la cartella medica fatta proprio per i pazienti psichiatrici, che aiuta a seguire un percorso di cura. Abbiamo anche una cartella infermieristica e il registro di monitoraggio. Per le contenzioni abbiamo elaborato delle schede che consentono di monitorare il paziente contenuto.

Negli ultimi tempi stiamo anche cercando di prestare molta attenzione agli effetti collaterali dei farmaci. Sapete che gli psicofarmaci,

anche per le note AIFA, richiedono molta attenzione per i possibili effetti cardiaci, anche mortali, tipo la torsione di punta.

Ho portato sia le cartelle che il QUASM, un questionario di autovalutazione del reparto che compiliamo ogni fine anno proprio per vedere se e come si sta modificando la qualità dell'intervento nel reparto. In più abbiamo delle schede per valutare la soddisfazione degli utenti. Ogni anno somministriamo un questionario che valuta la soddisfazione degli operatori. Sul piano del monitoraggio e delle valutazioni cerchiamo di essere molto attenti.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Picoco.

Do ora la parola al dottor Catalucci.

*CATALUCCI.* Signor Presidente, ci tenevo a precisare che a differenza di quanto scritto nel programma di lavoro della Commissione, non sono il responsabile del SerT di Brindisi, ma il direttore di una realtà che non è un dipartimento, come prevede la legge regionale n. 27 del 1999, ma una struttura sovradistrettuale, che comprende semplicemente - situazione ben diversa dalla complessità evidenziata dalla dottoressa Di Bella in precedenza - sei SerT, abbastanza ben distribuiti nel territorio provinciale.



Questi SerT, delle cui criticità parlerò poi, non si sono costituiti in dipartimenti, a differenza delle altre realtà regionali, per cui mancano alcune unità operative che io ritengo fondamentali. Tra queste, per esempio, l'unità operativa di alcolologia, necessaria per far fronte ai fenomeni alcol e giovani, alcol e sinistri stradali o all'aumento da noi registrato dei soggetti adulti con alcol dipendenza.

Detto questo, le attività fondamentali che noi svolgiamo riguardano grosso modo tre aree fondamentali: la prevenzione, la cura e la riabilitazione.

La prevenzione è svolta abbondantemente. Ovviamente parlo sia per il SerT di Brindisi sia per gli altri Sert. Ci sono differenze tra struttura e struttura, ma dipendono dall'entità degli organici presenti. Tenete conto che il SerT di Brindisi è quello più provvisto di organico e quindi può spingersi maggiormente nel territorio e lavorare meglio anche nella prevenzione. Gli altri SerT da questo punto di vista non si tirano indietro, ma l'attività risulta più esigua rispetto a chi ha qualche risorsa di più.

La prevenzione si cerca di farla in collaborazione con altre strutture e con altri enti, sia della ASL sia delle località in cui sono ubicati i SerT. Si veda ad esempio il progetto «Guida sicura», un progetto triennale finanziato dalla regione Puglia, per il quale collaboriamo con la polizia

municipale, con la prefettura di Brindisi e con un ente ausiliario presente in città. Ultimamente per questo tipo di progetto abbiamo prodotto una *brochure*, che vi lascio, che ci è stata richiesta dall'ufficio relazioni con il pubblico dell'azienda e sarà portata al Forum delle pubbliche amministrazioni che si terrà in questo mese di maggio.

C'è poi l'aspetto della diagnosi, che è importante soprattutto perché noi lavoriamo in gruppo, in *équipe*: ogni professionista del SerT dà il suo contributo, fornendo elementi per costruire la diagnosi. Tra le criticità che abbiamo, sottolineo la situazione della casa circondariale di Brindisi, dove abbiamo difficoltà ad operare attentamente per quanto riguarda la diagnosi proprio per la scarsità dei professionisti che vi lavorano. Da questo punto di vista, in linea con una richiesta della Regione, attraverso la ASL abbiamo proposto la costituzione di un'unità nella quale possa lavorare un numero più alto di professionisti. Ora attendiamo che la Regione si esprima sul punto.

Per quanto riguarda la cura, si cerca di intervenire con programmi individualizzati, cercando di capire quale sia il percorso migliore da seguire per ogni paziente. Per ognuna di queste attività si cerca di lavorare in rete, soprattutto dove è utile, come nel caso del dipartimento di salute mentale, con il quale abbia avviato ormai da più di un anno un progetto sperimentale

di doppia diagnosi che vede coinvolti contemporaneamente sia professionisti dei SerT sia professionisti del dipartimento mentale.

Avendo verificato - come forse si sa - che il paziente con una diagnosi di dipendenza e contemporaneamente di psichiatria viene «palleggiato» da una struttura all'altra, abbiamo pensato che riunire i professionisti facendoli lavorare insieme sul paziente potesse essere una soluzione. Per ora lo stiamo sperimentando, ma solo su un territorio piccolo. Proprio domani abbiamo una riunione con la dottoressa Di Bella e faremo il punto della situazione su questo progetto.

Quanto alla riabilitazione, invece, i programmi individualizzati di recupero li attuiamo sia all'interno dei SerT sia in collaborazione con gli enti ausiliari, cioè nelle comunità terapeutiche sparse sul territorio nazionale.

Abbiamo partecipato alle attività dei piani di zona e, in collaborazione con una struttura ONLUS che si è insediata da non molto tempo nel nostro territorio e che porta anche l'esperienza che viene dal Piemonte, abbiamo proposto un progetto di inclusione sociale e di avviamento all'attività lavorativa.

Si tratta di un progetto proposto nei piani di zona, dunque nei vari ambiti, di cui si attende l'approvazione da parte della Regione. Se, come

spero, si realizzerà, potrà rappresentare un'innovazione, perché rilevo una forte criticità nel nostro territorio dal punto di vista dell'inclusione sociale e dell'eventuale avviamento al lavoro di questi pazienti.

Passerei ora ad enunciare quali sono, secondo me, le criticità, al di là delle problematiche del dipartimento cui ho accennato prima. Credo che uno dei punti fondamentali sia la dotazione organica di cui disponiamo, che è assolutamente scarsa. A parte il SerT di Brindisi, gli altri dispongono di un'unica figura professionale per ruolo e questa condizione determina difficoltà quando occorre sostituire una figura mancante o addirittura quando qualcuno si deve sobbarcare il lavoro di altri: l'esempio più classico in questo senso è quello dell'infermiere che deve in parte sostituirsi al medico, se questi non c'è.

Si cerca di tamponare queste situazioni anche spostando dei professionisti nell'ambito della provincia, ma, tenendo conto dello scarso numero di professionisti impiegati complessivamente, questo avviene sempre con difficoltà. Per fare un esempio, ho sempre cercato di avere almeno due infermieri professionali per ogni SerT, ma ancora non ci sono riuscito. Quello di Fasano ha ancora un solo infermiere e questa mancanza rappresenta veramente un punto critico. Per quanto riguarda il personale, sottolineerei ancora il fatto che, mentre in ogni *équipe* è previsto almeno un

educatore, in tutta la struttura dei SerT ne abbiamo soltanto due, quindi sono veramente pochi.

Ho già fatto cenno al carcere, quindi passo oltre, ma occorre tener conto che la casa circondariale di Brindisi è stata da poco ristrutturata e a seguito di questo processo si è registrato un incremento del numero dei detenuti tossicodipendenti; siamo arrivati a un numero tale per cui l'utenza del carcere si può configurare come un SerT a media utenza e ciò richiede dei professionisti specifici che ci lavorino.

Per quanto riguarda le sedi, direi che purtroppo alcune, come peraltro riferisce stamattina un articolo della «Gazzetta del Mezzogiorno», non sono assolutamente a norma secondo diversi punti di vista; per esempio, per come sono strutturati alcuni SerT (penso a quello di Fasano), la *privacy* non è garantita. Alcuni sono sottodimensionati, altri hanno barriere architettoniche che ancora non siamo riusciti ad abbattere; ultimamente siamo riusciti a dotare il SerT di Brindisi dell'ascensore e questo ci ha permesso di abbattere una barriera architettonica. Vorrei poi sottolineare (pur non lamentandomi di Brindisi) il fatto che avendo queste sedi, ci sono scarse possibilità di dedicare spazi a determinate fasce di utenza quali i minori, gli studenti e i lavoratori.

Un'altra questione che ci è caduta addosso negli ultimi anni è l'accertamento per le patenti. In realtà, lo facciamo da anni, ma negli ultimi tempi si è molto accentuato il numero di persone inviate dalla commissione patenti: tale attività ha interferito abbastanza con quelle istituzionali. L'oggettività della situazione mi ha in parte costretto e convinto a chiedere alla direzione dell'azienda di agire in regime di lavoro straordinario, perché altrimenti non si riusciva più a gestire contemporaneamente le attività istituzionali e quelle che ora ho richiamato, che istituzionali non sono; lo stesso ragionamento vale per gli accertamenti di assenza di tossicodipendenza.

Per gli accertamenti patente in particolare abbiamo stabilito delle linee guida e delle procedure insieme con la commissione patenti e con i laboratori analisi, mentre per l'assenza di tossicodipendenza abbiamo stabilito procedure con i medici competenti o lo facciamo di volta in volta, a seconda delle situazioni.

Direi che questo molto sinteticamente può essere un quadro complessivo della situazione.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Catalucci e scusandomi con la dottoressa Fiorentino, anche se è una procedura irrituale nel mezzo di

un'audizione, sospendo brevemente la seduta per salutare il sindaco di Brindisi.

*(La seduta, sospesa alle ore 20, è ripresa alle ore 20,05)*

PRESIDENTE. Riprendiamo i nostri lavori. Do la parola alla dottoressa Fiorentino, direttore della casa circondariale di Brindisi.

*FIorentINO.* La casa circondariale di Brindisi ha attraversato un processo di ristrutturazione che è durato circa dieci anni e si è concluso nel 2006. Sono state rinnovate due sezioni (la giudiziaria e l'ex femminile) e l'infermeria; ne rimangono da ristrutturare altre due. Prima dei rifacimenti la casa circondariale di Brindisi ospitava 400 detenuti; durante i lavori, ovviamente, l'istituto è stato sottodimensionato da tutti i punti di vista e ha ospitato appena 40 reclusi. Quindi tutti i servizi connessi alla detenzione sono stati ridotti.

Nel 2006, terminati i lavori, ho avviato un processo di apertura delle sezioni ristrutturate e da quell'anno, quando Brindisi ospitava appena 40 detenuti, abbiamo raggiunto la media di 200, di cui circa 60 tossicodipendenti.

Questo percorso di ampliamento della struttura penitenziaria si è sviluppato in parallelo con il passaggio della sanità penitenziaria dall'amministrazione penitenziaria alle ASL. Allo stato, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, la casa circondariale di Brindisi è munita di un servizio integrativo di assistenza sanitaria (SIAS) che copre le 24 ore ed è garantito da sei medici. Vi è un medico incaricato, la cui posizione giuridica risale ad una legge del 1970: egli è presente in istituto per 18 ore a settimana. Abbiamo altresì due infermieri di ruolo e due infermieri a convenzione, nonché una farmacia funzionante da ogni punto di vista.

Il servizio SerT viene garantito da un medico per 38 ore a settimana e da un'infermiera per 36 ore a settimana. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti, il medico garantito per 38 ore, con una media di 60 detenuti tossicodipendenti, può ritenersi sufficiente; è invece insufficiente la presenza dell'unica infermiera, anche perché vi sono problematiche per quanto riguarda la sostituzione.

Nei giorni festivi l'assistenza ai suddetti reclusi viene garantita da medici del SerT, che sono reperibili e quindi intervengono in istituto a chiamata. Fino ad ora il servizio ha funzionato.

Per quanto riguarda il SerT, è carente l'assistenza dello psicologo: ne abbiamo solo uno per 12 ore settimanali; invece ne sarebbero necessari due



in grado di coprire il servizio almeno per sei ore al giorno. Sempre con riferimento ai detenuti tossicodipendenti, è insufficiente l'assistenza fornita dagli assistenti sociali che intervengono a chiamata (quindi in base alle necessità): ne sarebbero necessari due, oltre alla presenza di due educatori. Mi riferisco ad una copertura che, per quanto riguarda i detenuti tossicodipendenti, operi su sei giorni a settimana.

Molto carente è l'assistenza psichiatrica: la ASL ci garantisce uno psichiatra per 20 ore a settimana. Si tratta di una copertura decisamente insufficiente, non solo in termini orari, ma anche perché ci troviamo ad affrontare situazioni multiproblematiche, cioè detenuti tossicodipendenti che sono anche portatori di patologie psichiatriche e quindi richiederebbero un intervento di rete più completo che al momento manca.

È insufficiente anche la presenza degli infermieri: le quattro unità presenti non garantiscono un'assistenza nelle 24 ore, che invece è assolutamente necessaria.

La criticità maggiore che si presenta riguarda l'assistenza specialistica, che è inadeguata in tutte le branche a causa della carenza dello strumentario medico. Pur avendo un'infermeria a norma ristrutturata da poco, non abbiamo lo strumentario medico necessario a garantire l'assistenza specialistica. È assolutamente fondamentale avere un riunito

dentario; una sala radiologica e tutto lo strumentario connesso all'assistenza ortopedica, nonché lo strumentario per una piccola sala chirurgica. Questo perché riuscire a garantire l'assistenza sanitaria anche specialistica del detenuto in istituto consentirebbe una riduzione delle conduzioni in ospedale per la cura della propria salute.

Condurre un detenuto in ospedale vuol dire, in pratica, affrontare problematiche che attengono alla sicurezza della comunità, di tutti. Quindi è prioritaria, per quanto riguarda la casa circondariale di Brindisi, la fornitura di strumentario per le varie branche specialistiche di cui, allo stato, siamo completamente sprovvisti.

È stato, inoltre, richiesto alla ASL un assistente amministrativo nell'ambito del settore sanitario, che attualmente manca: le pratiche amministrative e burocratiche relative all'area sanitaria vengono svolte dal personale infermieristico, sottraendo tale personale alle attività cui è preposto.

Si richiede poi non solo il mantenimento - questo è un aspetto cruciale che vorrei porre alla vostra attenzione - di un servizio di sorveglianza sanitaria interna nelle 24 ore, visto che una riduzione anche di poche ore potrebbe comportare degli scompensi nell'ambito della struttura che potrebbero avere ripercussioni a livello di sicurezza, ma anche il

mantenimento dei medici che attualmente lavorano nelle strutture. Questo è un aspetto importante: si tratta di personale medico che, lavorando nella casa circondariale di Brindisi da più di 10 anni, ha acquisito un'esperienza nel settore penitenziario specialistica.

Il medico penitenziario, anche se ha una preparazione di medicina di base, comunque si differenzia dal medico che lavora all'esterno: rapportarsi con un detenuto non è la stessa cosa che rapportarsi con un soggetto che vive in condizione di libertà. Il detenuto spesso simula, quindi il medico deve essere in grado distinguere le situazioni di patologia infondate da quelle di patologia reali. Un medico esperto, con un'esperienza conclamata nel tempo e in ambito penitenziario, può garantire modi di rapportarsi con il paziente detenuto ed assistenza adeguati. Lo stesso non può dirsi di un medico che viene dall'esterno.

L'introduzione di medici esterni in ambito penitenziario comporterebbe un aumento dei ricoveri ospedalieri, proprio ciò che l'amministrazione penitenziaria vuole evitare. Del resto, tutta la normativa penitenziaria in materia di sanità penitenziaria, a partire dalla convenzione da me siglata con l'ASL di Brindisi, sottolinea che la salute del detenuto deve essere garantita in ambito penitenziario e che la fuoriuscita del detenuto dalla struttura detentiva deve essere limitata ai casi di estrema

urgenza, e per estrema urgenza si intende il pericolo di vita. In tutti gli altri casi il detenuto deve essere curato in ambito penitenziario.

Questo vuol dire che l'unità operativa sanitaria che è stata istituita nella casa circondariale di Brindisi deve essere strutturata come un piccolo ospedale, quindi munita di tutte le strutture che si trovano in un ospedale.

È vero che non tutti i 200 detenuti sono portatori di patologie, ma già di per sé lo stato detentivo comporta situazioni di disagio di carattere psicologico che si possono ripercuotere anche sul fisico, uno *stress* che chiaramente un soggetto in condizioni di libertà non vive.

Queste, dunque, le priorità: in primo luogo, una sorveglianza sanitaria nelle 24 ore; venga garantita la permanenza dei medici che attualmente operano nella struttura penitenziaria, per l'esperienza acquisita; inoltre, è fondamentale che l'ASL fornisca lo strumentario specialistico di cui attualmente la struttura è completamente sprovvista.

Dal punto di vista logistico non vi sono problemi: la recente ristrutturazione è servita per mettere a norma la struttura, che è igienicamente idonea; gli spazi non mancano. Siamo solo in attesa di ricevere risposta alle proposte che abbiamo già avanzato da tempo alla ASL.

PRESIDENTE. Ringrazio la dottoressa Fiorentino per la sua relazione.

Avendo appena completato un'indagine sulla drammatica vicenda di Stefano Cucchi, ci colpiscono molto le sue parole anche perché credo che, non disponendo di poltrone odontoiatriche per le cure dentarie, le persone detenute in carcere che hanno necessità di cure dentarie, di fatto, non le ricevano.

Riguardo poi a quanto da lei riferito, circa la necessità di separare la patologia acuta da quelle che non richiedono un intervento, immagino che in molti casi le persone che manifestano una certa patologia non ricevono l'assistenza che riceverebbero se si trovassero in stato di libertà. Questo secondo noi è uno dei problemi più importanti: credo che tutti condividiamo l'idea che la privazione della libertà non deve comportare una limitazione nell'accesso alle cure.

La ringrazio, dunque, per il suo contributo. Per noi è importante acquisire questi dati e certamente cercheremo di intervenire, al termine della nostra indagine, proprio in questa direzione.

Cedo ora la parola al relatore di maggioranza, senatore Saccomanno.

SACCOMANNO (*PdL*). Rivolgo, anzitutto, un ringraziamento ai nostri auditi: alla dottoressa Di Bella, al dottor Picoco, al dottor Catalucci e alla dottoressa Fiorentino.

Chiedo preliminarmente scusa ai colleghi se ripeterò le domande che abbiamo già rivolto a coloro che abbiamo audito prima, ma è chiaro che la dimensione, la tipologia della risposta cambia tra l'operatore e colui che programma, coordina e realizza. Quindi, ci saranno delle ripetizioni in tal senso. Tra l'altro, in questa circostanza ho l'occasione di interloquire con il dottor Picoco, con il quale abbiamo concepito la legge n. 30 della quale cercheremo di evidenziare l'applicazione, le carenze ed i problemi.

Qual è, quindi, la mia riflessione? Voi tutti ci avete raccontato ciò che esiste e quali sono le carenze.

Noi vorremmo, però, un vostro commento per comprendere quale potrebbe essere una strutturazione ottimale. Non siamo dei tecnici; medici o no, in questo momento svolgiamo un altro lavoro. Vorremmo avere da parte degli operatori un'idea di cosa occorrerebbe.

Vorrei rivolgervi una domanda generale, la cui risposta potrà pervenire anche in un secondo momento, relativa ad una ipotesi di risposta adeguata al mondo del disagio (perché di mondo di disagio per tutti si

tratta) con il quale vi confrontate. Che tipo di risposta immaginate al disagio?

Ve lo chiedo anche con riferimento ad un interesse generale rivolto, dopo tanti anni, all'applicazione della legge n. 180, per capire se deve rimanere inalterata, se deve essere modificata, se il progetto di riabilitazione che con essa si è intrapreso soddisfa, anche in rapporto ai tempi, la nostra vicenda locale; per capire come è attuata oggi e per comprendere dall'interno se si potrà sviluppare, se potrà condurre alle finalità che Basaglia aveva riguardo a questo tipo di progetto. È adeguata a noi? Le realtà sono uguali?

Ve lo chiedo perché la Commissione potrebbe avere avuto da Trieste un tipo di sensazione e di percezione, ma essendo il mondo vario (ed è bello anche per questo), diversa la cultura e l'organizzazione, gli stessi ritmi di vita diversi potrebbero richiedere delle differenziazioni, una taratura diversa in un progetto legislativo sostenuto da diversi colleghi parlamentari.

Ecco perché, ringraziandovi per le vostre relazioni, dico che questo punto merita una riflessione, per esaminare il dato attuale, il dato sociale, socio-economico e storico e fornire una risposta adeguata. Questa è una

domanda generale, la cui risposta ritengo potrebbe essere importante per noi.

Sono state espresse parecchie insoddisfazioni, ad esempio dal punto di vista delle piante organiche. Ma rispetto al dato economico ritenete sufficiente il *budget* di cui oggi disponete? Ritenete sia utilizzato in modo giusto o potreste preferire, per esempio, un *budget* personale? Se cioè rispetto ad un *budget* generale del due o tre per cento del fondo sanitario, per ogni paziente venisse destinata una somma pari a circa 5.000 euro l'anno, ritenete che la somma potrebbe essere meglio gestita, con progetti personalizzati, che vedano la compartecipazione dell'utenza (dei rapporti con le famiglie vi chiederò più tardi)? Lo dico con riferimento sia alla psichiatria sia alle dipendenze patologiche, fatta la debita differenziazione (per il diverso impegno che si richiede) riguardo all'utilizzo di droghe lecite e non lecite, considerato che l'impatto è completamente diverso e di conseguenza la progettualità che vi è legata.

Come deve essere strutturato, quindi, il *budget*? Quantitativamente è importante? Ritenete si debba strutturare in un certo modo?

Un altro dato per me importante riguarda il personale. Quello a vostra disposizione, del quale vi siete talvolta dichiarati soddisfatti, a vostro avviso, quanto a qualifica è idoneo? Tenete presente che il mondo politico



si interroga anche sui percorsi delle specializzazioni. Le specialità corrispondono o si deve ricorrere sempre ad affinità? Le specialità storiche di cui ora disponiamo rispondono alle esigenze? Capisco che può essere un elemento marginale rispetto al dato generale, ma può essere utile per avanzare eventuali suggerimenti, nel momento in cui il dibattito parlamentare si dovesse incentrare su questo tema.

La strutturazione in dipartimenti, di cui ci avete riferito, nella vostra realtà è rapportata bene con il territorio? O dovrebbe avere un altro tipo di strutturazione e di inserimento nel territorio? Naturalmente questa domanda non riguarda la dottoressa Fiorentino, ma tutti gli altri sono certamente chiamati in causa. Come sono strutturati i SerT; come sono strutturate le vostre unità? Come si rapportano con il territorio? Abbiamo una mappatura che copra in modo adeguato le richieste di bisogno? Quanto alla struttura ospedaliera, le due strutture esistenti garantiscono una giusta copertura del territorio provinciale? Riescono a soddisfare, come SPDC, le richieste?

La domanda immediatamente successiva riguarda il personale sanitario: ha un buon grado di soddisfazione? Il tema è importante, perché è chiaro che c'è una correlazione tra rendimento e soddisfazione. Prima si è parlato delle schede di soddisfazione dell'utenza e delle famiglie, ma noi non riteniamo irrilevante che il personale, anche quello che opera nelle

strutture carcerarie, abbia un buon rapporto con il proprio lavoro e un grado di soddisfazione importante.

Per questo mondo variegato ritengo poi rilevante conoscere in dettaglio (magari è contenuto nella relazione della dottoressa Di Bella, ma lo voglio sapere anche dagli altri) l'età degli utenti, quali le fasce d'età. Qual è la variazione nella domanda in rapporto all'età? La crescita dell'età anziana sta avendo riflessi sulla domanda oppure si registra un incremento (sarebbe cosa assai più grave) nelle fasce giovanili? Qual è il *range* di età delle persone malate? Nel *range* c'è un giusto rapporto con il passaggio d'età? Le risposte potranno essere utili per comprendere come dobbiamo caratterizzare il servizio in rapporto all'età, considerando che ci sono zone d'Italia dove in trattamento vi sono pazienti di 80 o 90 anni.

Al di là del singolo caso, è importante capire se rispetto ad un dato, che non è solo psicologico, ma psichico, reale di una età matura, si comincino a creare momenti di depressione e di insoddisfazione che sfociano in patologie psichiatriche vere e proprie. Penso al cinquantenne che cambia lavoro o non trova lavoro. Dovendo corrispondere anche a questi dati sociali, avete segnali di questo fenomeno? Siamo in grado di dare una risposta sul territorio o ci trovano impreparati?

Vi è una correlazione tra autolesioni e numero di suicidi? Quali sono i dati nel nostro territorio provinciale? In riferimento all'ultimo quinquennio, stanno comparando suicidi adolescenziali?

Avete avuto in osservazione bambini? E ragazzi tra i 9 e i 14 anni? Avete avuto esperienza (alcuni giornali li hanno denunciati) di episodi contenitivi anche nei confronti di ragazzi di questa età? Ne siete venuti a conoscenza sia pure in termini indiretti? Lo chiedo perché frequentate i congressi.

Siete venuti a conoscenza, attraverso il racconto di altri - ve lo chiedo con l'autorità della Commissione - di altre realtà dove questo accade; dove possa essere un'ipotesi terapeutica importante, che va anche oltre la media dell'ora/ora e mezza di contenzione; dove possa essere uno strumento più accettato o largheggiato?

Senza voler demonizzare alcunché - non avendo io la competenza per giudicare - avete esperienza di strutture che ritengono l'*elettroshock* un percorso importante, al di là di patologie selezionatissime in cui utilizzarlo? Avete conoscenza di quanto e dove questo strumento sia utilizzato in un modo più rilevante di quello che la vostra conoscenza scientifica o la vostra proposta potrebbe suggerire?

E vengo all'utilizzo di super dosi di psicofarmaci: avete la percezione, nel rapporto con gli ammalati che vi arrivano, che vi sia stato da parte loro un abuso di psicofarmaci da libere prescrizioni professionali? Come dato sociale vi è un rilievo di questo tipo? Non voglio pensare che ci sia nelle nostre strutture, ma è chiaro che se siete a conoscenza di questa possibilità ne dobbiamo ragionare e per questo dovrete darcene informazione.

Campagne informative rivolte a pediatri, a medici di base, a scuole, anche finalizzate a prevenire il suicidio adolescenziale, ce ne sono state? Le avete trattate? Siete stati chiamati a creare una correlazione di questo tipo?

E per la prevenzione delle dipendenze patologiche, partendo da una giusta età? Pur comprendendo che siete oberati da tanto lavoro, c'è nella vostra esperienza un raccordo con le scuole, le parrocchie, il volontariato, il mondo che tende a prevenire il suicidio adolescenziale puro o derivato addirittura da alcol e droga?

Il dottor Catalucci definiva importante e ottimale la collaborazione ed il momento di lavoro comune tra il dipartimento di psichiatria e il servizio delle dipendenze patologiche. Questa collaborazione la ritenete sinergica, ottimale, esaltante o pensate che sarebbe meglio lavorare in modo separato, magari con personale migliore, mantenendo un dialogo?

Sulla base della vostra esperienza congiunta, ci sono ricoveri per sindromi psicotiche indotte da alcol e droga? Se sì, quanti sono? Sono frequenti? Registrate un loro aumento? Percentualmente sarebbe importante capire se, in ragione delle attività che state svolgendo - che ho potuto ascoltare prima dal direttore generale Rollo e ora dalla dottoressa Di Bella -, non troviate che questo fenomeno stia invece diminuendo, se quindi abbiamo meno sindromi psicotiche (segno che i ragazzi vengono trattati in tempo).

Tutti i dati che ci potete fornire anche sull'uso del tabacco e sulla relativa dipendenza sono importanti, visto che sull'argomento siamo impegnati anche legislativamente.

Vorremmo dei dati (la dottoressa Di Bella ne ha già richiamati alcuni e credo ne avrà citati nella sua relazione) sulle case famiglia: da chi sono gestite? Quante dal pubblico e quante dal privato? È una domanda diretta per confrontare il dato provinciale con quello regionale. Nel privato riusciamo a differenziare le tipologie, tra privato sociale realmente *no profit*, privato sociale *profit* e cooperative di tipo A, che producono (lo dico senza volerle criminalizzare) guadagno e basta? Vorremmo comprenderne il quadro e l'assetto.

Siccome il controllo è nelle vostre possibilità, da quanto tempo vanno avanti le convenzioni? Vengono rinnovate? Ci sono gare? Sono sempre gli stessi ad operare? Da quando operano? Anche a voi risulta che qualche bravo collega abbia «inventato» - certo, lo poteva fare - servizi specifici? Ci interesserebbe sapere quanti dell'ambito sanitario o dell'ambito amministrativo, che ruotano largamente intorno al mondo della sanità, siano diventati organizzatori di servizi residenziali.

Sugli indicatori di funzionalità della residenzialità, abbiamo controlli registrati? Sarebbe per noi possibile accedervi, nei modi previsti dalla legge? Così da trovare dei riscontri per capire quando esse sono state controllate; se sono controllate periodicamente; se sono controllati gli operatori e la loro qualità; se sono controllati la qualità del servizio prestato ed il rapporto di inserimento sociale. Il progetto riabilitativo, attraverso il dato tecnico organizzato e la risposta che si dà, ha un qualche riscontro?

Ci interesserebbe sapere anche dell'utenza: quanta ne entra e quanta ne esce? Per il dottor Catalucci che sta al SerT probabilmente sarà più facile rispondere, ma vorremmo comprendere quanti ne escono e con quali percorsi domiciliari; quali i collegamenti, andando cioè anche oltre l'inserimento al lavoro. E a proposito di quest'ultimo, capire con quali

meccanismi viene realizzato, qual è la collaborazione che offrono gli enti locali, le associazioni di volontariato e le industrie.

Avete trovato sponsorizzazioni e partenariati con le aziende? In alcune realtà abbiamo trovato aziende che si sono offerte addirittura di collaborare e di riavviare questo personale avendolo in proprio. Questa possibilità l'avete ricercata? L'hanno ricercata le amministrazioni sanitarie regionali? Oppure, nonostante un appello di questo tipo, la società non risponde con attenzione? Per noi sarebbe estremamente rilevante venire a conoscenza di tutto ciò.

Nei servizi sanitari in generale, secondo un passaggio culturale che naturalmente da operatori interni potete percepire meglio, il sistema di salute mentale vi sembra integrato o è una pagina a parte? Per alcuni versi - non venendo io dalle stelle e anche sentendo il dottor Picoco in relazione all'emergenza - mi sembra che qualche problema ce l'abbiamo. Se la collocazione degli SPDC non trova un punto di accoglienza dove, per esempio, abbiamo l'UTIC o la rianimazione o l'unità che può intervenire tempestivamente su un ammalato di per sé complesso, che ha difficoltà a far rilevare il proprio sintomo, coi tempi che si allungano nell'eventuale risposta, difficilmente il sistema sanitario sarà in grado di fornire una risposta immediata e pronta. Vi chiedo se questo non è casomai

l'epifenomeno di un dato: che non c'è ancora un percorso di accettazione culturale - in caso contrario fatecelo sapere, perché va fatto - per una integrazione totale di questi servizi con il servizio sanitario.

Per il SerT si è realizzata una integrazione sociale ottimale? Ricordo di quando, in altri tempi, venne avanzata richiesta di spostarlo altrove perché era troppo vicino, a contatto con un mondo di persone normali.

Su questo concetto di normalità noi insediamo dei servizi di qualità sanitaria? E' percepito questo dalla società? Secondo voi - domanda più cattiva - è percepito dal personale che ci opera? Anche questo mi sembrerebbe un passaggio importante.

Ci sono servizi contestualizzati all'interno della comunità che si raccordano con questi vostri servizi? Oltre lo specifico dei servizi residenziali, esistono servizi all'interno della comunità che si correlano con voi e che trovano un momento importante di connessione? Questo è legato sia alla capacità delle amministrazioni di promuovere questa contestualizzazione sia - senza accusare alcuno di voi - al modo con cui noi come medici proponiamo la nostra struttura, penitenziaria o meno.

Per quanto riguarda l'offerta, tecnicamente abbiamo più servizi generalisti o specialistici? Nel momento in cui effettuiamo prevenzione



piuttosto che raccolta dati, rispondiamo a specifiche patologie o ci muoviamo sempre per campioni di popolazione?

Che tipo di controllo ha effettuato la Regione su di voi? Qual è l'ultima verifica svolta sui centri che dirigete? Cosa vi è stato chiesto e cosa è stato certificato da quel controllo? Del controllo dell'azienda sanitaria probabilmente i responsabili siete voi stessi, anche se ritengo che un soggetto terzo ci dovrebbe comunque essere.

Allo stesso modo vorrei sapere se avete avuto controlli dalla Regione successivamente alla ristrutturazione, o se tutto va ricavato da una letteratura di racconti che eventualmente ci farà la direttrice, finché non accadrà un fatto grave come quello citato dal Presidente. Tutto ciò ci serve per percepire l'attenzione dello Stato intesa in termini positivi (non in modo sanzionatorio) come presenza che vede, controlla e probabilmente riesce anche a determinare uno sviluppo.

Avete un rapporto con i servizi domiciliari che vi consente di seguire e controllare una persona dimessa da un SPDC e che è stata affidata loro o da quel momento non sarà più controllata? Non c'è la possibilità di avere un raccordo? Ritenete che vi sia un servizio staccato? Noto positivamente che oggi i centri di responsabilità, come dicevo prima, si sono verticalizzati e c'è un responsabile, sia pure sovradistrettuale, che naturalmente può tenere

amalgamato il sistema. Tutto questo diventa realmente un motivo positivo anche di interscambio?

Visto che non ci sono posti letto per eventuali ricoveri nei CSM, la degenza sarà sempre in SPDC e non è possibile valutare la possibilità di effettuare una degenza temporanea di 12 ore perché non abbiamo SPDC di 24 ore. Vi chiedo però se ritenete utile e importante un percorso verso un CSM operante su 24 ore. Per quante ore al giorno sono aperti i SerT? Come affrontate il rapporto con il territorio? Nei giorni festivi c'è solo la reperibilità? E quando parlo di festivi mi riferisco anche ai periodi di festa.

Spesso le solitudini si esaltano nei periodi che per altri sono di gioia: il contrasto fra stati d'animo crea afflizione e depressione e può anche portare all'utilizzo eccessivo di alcol o droghe; mi chiedo se c'è un modo di corrispondere a queste esigenze e che tipo di risposta ci sia.

Ritenete di avere una buona connessione con i servizi di pronto soccorso? Venite avvertiti rapidamente dei casi di *overdose*? C'è un collegamento che vi permette di seguire il paziente, per considerare l'evento non un episodio occasionale bensì un allarme da seguire in modo più attento. Vi interfacciate per avere questo tipo di possibilità?

Vorrei poi chiedere alla direttrice del carcere di Brindisi se presso il suo istituto l'emergenza viene affrontata rapidamente; se è disponibile un

servizio di «118» che risponde entro dieci minuti. Mi auguro che sia così, altrimenti è importante che ci sia. Quale monitoraggio dello stato di salute dei detenuti riesce ad avere? Si sente soddisfatta o le sembra invece che non esista un controllo reale dello stato di salute?

Allo stato attuale si raccoglie il lamento del detenuto per una colica epatica, ma se invece ha il fegato ingrossato di alcuni centimetri non c'è possibilità che gli venga diagnosticato: oltre alla visita d'ingresso, non è visitato con periodicità (come tutti facciamo nelle nostre famiglie con analisi e *screening* periodici) per stabilire un diritto minimale alla salute. Questo aspetto è carente? Negli ultimi giorni quanti dei suoi 200 detenuti sono stati visitati e hanno affrontato un programma, al di là di una loro richiesta determinata da un bisogno acuto? Se e con quale frequenza queste pratiche vengono effettuate? Perché naturalmente il diritto alla salute dei detenuti è uguale a quello che dobbiamo ottenere anche noi.

In che modo i SerT si rapportano con le comunità terapeutiche? Esiste un'interfaccia vostra, oppure tutto passa per l'azienda sanitaria (le autorizzazioni e quant'altro)? Avete un potere decisionale? Avete il controllo di chi viene affidato? Posto che il programma terapeutico è stabilito da altri, cioè chi in seno alla ASL decide il progetto di salute, in

che modo la persona viene seguita durante la riabilitazione successiva o la cura decisa in qualsiasi altra struttura?

Per quanto riguarda i SerT nell'ambito della medicina penitenziaria, abbiamo preso nota delle carenze nel numero di medici e di altre figure professionali che dovrebbero essere affidate a tali strutture. Ci sono criteri precisi per la selezione dei ricoverati o si seguono delle consuetudini? Sono molti i soggetti che arrivano in SPDC per consuetudine e esistono criteri realmente medici per la selezione? In altre realtà abbiamo riscontrato indici di ricovero molto più bassi. L' indice in questo caso è più elevato per una consuetudine o si possono acquisire dei canoni che tendano a far diminuire i ricoveri?

I vostri servizi sono a porte aperte o le porte vengono chiuse a chiave? I pazienti possono uscire accompagnati da famigliari, amici, operatori? In caso affermativo, da quanto tempo avviene?

Se in un progetto di riabilitazione sono presenti centri diurni, dipendendo tutti dallo stesso ramo possono essere frequentati dai ricoverati? Nei due SPDC, in termini percentuali quanti interventi psicoterapici oltre alle terapie farmacologiche si possono rilevare?

Da quanto ho capito, i registri delle contenzioni esistono tanto in un centro quanto nell'altro, quindi sono visionabili e gli interventi sono sempre

motivati: sul registro viene riportata non solo la data, ma anche la motivazione. Vorremmo sapere anche se le dimissioni dagli SPDC e dai CSM sono sempre concordate.

Sono previsti progetti di prevenzione o assistenza con operatori di strada?

Riguardo alle sedi non a norma, mi permetto di dire alla presenza del Presidente che per noi è importante ricevere un elenco di tali sedi. La nostra funzione non è solo quella di stendere una relazione in cui scrivere che casualmente abbiamo incontrato situazioni negative. Per noi sarebbe importante che voi ci diceste, come mi è sembrato di capire, che ci sono centri non a norma, per vari motivi o per via di rilievi di assistenza.

Tornando al carcere, ci sono problemi con il personale per il trasporto del detenuto in ospedale, non essendoci la degenza all'interno del carcere; ci potrebbe fornire, dottoressa Fiorentino, i dati dei ricoveri degli ultimi due anni (anche prima del suo arrivo) e i gruppi di patologie per i quali sono stati effettuati ricoveri in ospedale?

Mi permetto di aggiungere una considerazione su una delle sue frasi finali: è vero che le norme dei regolamenti dicono che il detenuto deve essere spostato solo per pericolo di vita, ma probabilmente tale prescrizione va interpretata con maggiore generosità. Non ricordo se è scritto in un

regolamento preciso. Tuttavia, ritengo che questa Commissione si debba fare carico di dire che non si può pensare di trasportare il detenuto solo se è in pericolo di vita.

Si tratta di una condizione di disagio importante e sarebbe grave se nel considerare il pericolo di vita l'asticella fosse posta troppo in alto, perché ci sarebbe il rischio di far morire la persona. È invece necessario che quell'asticella sia abbassata e che si trovi più attenzione e disponibilità.

Delle doppie diagnosi avete già parlato: gradiremmo avere informazioni circa la loro incidenza, perché può rappresentare un importante elemento indicativo.

PRESIDENTE. Ringrazio il senatore Saccomanno che, evidentemente, nella sua funzione di relatore ha voluto elencare una serie di punti che sono per noi estremamente importanti.

POLI BORTONE (*UDC-SVP-Aut*). Mi sento più che soddisfatta dalle numerose domande fatte dal collega Saccomanno. Chiedo soltanto un chiarimento, non essendo un'esperta, ma semplicemente un politico. Mi è sembrato di capire che in termini teorici tutti voi sappiate esattamente cosa

si può fare e cosa si dovrebbe fare, però in termini pratici vi scontrate con la mancanza di personale.

Chiedo quindi se esistono delle precise dotazioni organiche che non sono coperte per carenza di finanziamenti, oppure se non è stata mai rivista la pianta organica dei diversi servizi e c'è soltanto una vostra richiesta in rapporto a quello che vorreste fare e che non riuscite a fare.

Anche dalle vostre osservazioni, rispetto a ciò che fate con tanta buona volontà, professionalità e conoscenza, emerge il dato che se non venite aiutati nei momenti in cui bisogna intervenire, è chiaro che non si può conseguire l'obiettivo.

Questa mancanza di personale è dovuta a un sottodimensionamento delle dotazioni organiche o a una mancanza di risorse finanziarie? La direttrice ad esempio diceva di aver bisogno di due infermieri e di un educatore; da quanto ho capito, tali richieste dovrebbero essere soddisfatte dalla Regione. Si tratta di personale che ci dovrebbe essere e che non c'è o di personale in aggiunta rispetto alla dotazione che già avete?

SOLIANI (PD). Vorrei rivolgere una domanda alla dottoressa Di Bella. Dopo la descrizione puntuale e complessa che ha fatto - sono interessata a conoscere anche la parte dedicata alla neuropsichiatria - mi domando,

utilizzando dei termini un po' vecchi e riferibili alla legge n. 180: c'è una sorta di vero controllo sociale? C'è una valutazione diretta dei cittadini sull'efficacia del lavoro svolto? Ci sono le associazioni delle famiglie, c'è il volontariato? Forse saranno piccola cosa, ma credo siano importanti perché l'efficacia si realizza anche grazie ad un momento partecipativo. Questo, forse, è l'aspetto più interessante del lavoro relativo alla salute mentale.

Vorrei, poi, fare un'ulteriore osservazione all'indirizzo della dottoressa Fiorentino; le espongo una mia valutazione chiedendole cosa ne pensa. Concordo con lei sull'opportunità di mantenere l'assistenza sanitaria nelle carceri e il personale attualmente in servizio in considerazione dell'esperienza professionale maturata, ma dobbiamo tenere presente che la responsabilità propria del Servizio sanitario nazionale è altra cosa rispetto alla responsabilità dell'organizzazione penitenziaria. Naturalmente, è bene che l'assistenza sanitaria sia prevista *in loco* e che sia capace di affrontare certe realtà, ma non è la stessa cosa dell'assistenza svolta all'esterno.

Mi preme sottolinearlo, pur non conoscendo bene la realtà di Brindisi: anni ed anni di lavoro in carcere, forse quasi inevitabilmente, possono condurre - ed ecco la necessità di un'assunzione di responsabilità da parte dell'ASL, che può guardare con occhio distaccato a tale realtà - a vischiosità. Negli anni si sono verificati, ad esempio, problemi di rapporti



tra il Servizio sanitario nazionale, la condizione penitenziaria e l'organizzazione penitenziaria; si sono manifestati problemi di equilibrio che hanno dato la sensazione che la partita non si giocasse, per così dire, alla pari.

Quanto poi al fatto che il detenuto debba essere curato sempre e solo in carcere, o quanto più si può in carcere, credo di aver letto nella sua affermazione qualcosa di positivo nel senso che vi è la necessità che vi sia un presidio in carcere perché le persone che lo necessitano possano essere immediatamente curate.

Come lei sa, in alcuni casi accade anche che l'organizzazione penitenziaria non riesca ad effettuare il piantonamento per i detenuti negli ospedali esterni al carcere per carenze di organico. Dunque, bisogna fare attenzione e ragionare, per evitare che prevalga l'organizzazione penitenziaria, che invece va messa in discussione, anche con riguardo al soccorso dei pazienti detenuti in strutture esterne al carcere. Mi permetto di fare questa riflessione perché, anche di recente, abbiamo assistito a situazioni non regolate bene. Sarebbe utile, quindi, se lei potesse fornirci copia della convenzione che la casa circondariale ha con l'ASL.

MASCITELLI (*IdV*). Voglio innanzi tutto ringraziare gli auditi per le importanti ed utili informazioni che hanno voluto fornire alla Commissione.

Voglio soltanto rafforzare con alcuni quesiti degli aspetti che ritengo interessanti per comprendere meglio quanto da voi illustrato, anche perché ritengo che, nel momento in cui riuscirete a darci le risposte che ci occorrono rispetto ai tanti quesiti che sono stati posti dai colleghi che mi hanno preceduto, credo che avremo una conoscenza più che capillare, quasi microscopica, della realtà di questi due settori importanti della regione Puglia.

L'assessore regionale alla sanità ci ha riferito che gran parte della tutela della salute mentale ha la caratteristica della residenzialità. Ci ha parlato di percentuali dell'ordine dell'80 per cento che sono migliorative rispetto al 90 per cento riscontrato in passato; ci ha anche detto che buona parte di questa residenzialità è in mano alla gestione privata.

La dottoressa Di Bella ci ha illustrato in maniera molto particolareggiata il suo grande sforzo progettuale di migliorare la riorganizzazione della rete di riabilitazione nei servizi alternativi che sono più vicini alla salute del paziente. Volevo chiederle, quindi, se in questa riorganizzazione della rete della riabilitazione lei sta incontrando difficoltà

nel rapporto con il privato. C'è una leale collaborazione tra il pubblico ed il privato? Le vostre strutture facenti capo al dipartimento di salute mentale sono state coinvolte, nel presente o nel passato, nell'esame dei livelli di appropriatezza che il privato pone nei servizi sanitari di riabilitazione?

Mi preme saperlo perché parliamo di un settore in cui la riorganizzazione della rete di riabilitazione ottiene l'effetto di stare veramente vicino e dalla parte del paziente e poi ottiene anche - diciamolo pure - l'effetto di una efficienza e economicità del servizio sanitario, considerando i costi *pro capite* che l'assessore regionale alla sanità ci ha riferito poc'anzi. Quindi l'aspetto dell'appropriatezza dei ricoveri, che il collega Saccomanno ha posto bene in risalto per quanto riguarda il rischio che pazienti (soprattutto quelli in età avanzata) posano essere malamente gestiti in queste strutture, è per noi molto importante.

Volevo poi ringraziare il dottor Picoco non solo per la competenza dimostrata ma anche per la sua - me lo consenta, visto che è detto da un collega - onestà intellettuale: nel momento in cui ha parlato di criticità nel rapporto tra gli SPDC e i CSM non ha fatto altro che ricordare alcuni contenuti di una relazione che ci era stata consegnata in Commissione da parte di associazioni che si occupano della tutela dei diritti del paziente psichiatrico.

Leggo una passaggio: «Negli SPDC» - stiamo parlando della regione Puglia - «le porte sono chiuse, oscurate; viene denunciata la presenza di spioncini. I familiari segnalano che l'accesso all'informazione dei servizi viene ostacolata e che praticamente è inesistente il rapporto con le istituzioni».

Al di là del contenuto troppo generico di queste affermazioni, che vi chiedo di esaminare con la giusta elasticità, ci interessa invece affrontare questa criticità, rilevata anche dalla dottoressa Di Bella, tra SPDC e CSM soprattutto in rapporto alle famiglie e al loro dialogo con le strutture sanitarie.

Vorrei infine rivolgere un ultimo breve quesito al dottor Catalucci il cui lavoro in materia di prevenzione, generoso e straordinario, mi ha particolarmente incuriosito. Vorrei sapere se nella regione Puglia, nella ASL di Brindisi in particolare, sono stati effettuati degli esperimenti di prevenzione precoce nelle scuole. Avendo rilevato che l'età dei soggetti a rischio di patologie dipendenti in tutto il Paese si sta abbassando (non so se la Puglia presenti lo stesso fenomeno), aspettare il compimento dei 18 anni, in alcuni casi, ritengo possa portare ad interventi tardivi.

Per quanto riguarda la riabilitazione, mi ha incuriosito la sua affermazione relativa alla frequente collaborazione con le comunità

terapeutiche, in particolare fuori Regione. Tali comunità, nella realtà di questa ASL e della Regione, a suo giudizio sono in numero sufficiente, adeguato, oppure lei nota che buona parte dell'utenza e dei cittadini della regione Puglia è costretta ad una mobilità, ad un'emigrazione?

PRESIDENTE. Avendo superato le ore 21, do volentieri la parola a ciascuno di voi per qualche minuto, se volete fare delle considerazioni, ma mi sembra impossibile che possiate rispondere a tutte le domande che sono state formulate nel dettaglio.

Se siete d'accordo, ritengo che il modo migliore di procedere sia inviarvi nei prossimi giorni il Resoconto della seduta odierna, contenente tutte le domande che sono state poste affinché voi, avvalendovi di una traccia, possiate fornire risposte puntuali. Qui presenti vedete solo cinque senatori; la verbalizzazione è importante proprio perché il lavoro svolto diventa patrimonio di tutta la nostra Commissione.

*DI BELLA.* Anch'io ritengo sia importante avere una traccia scritta, anche perché il senatore Saccomanno, in particolare, ci ha rivolto una serie di quesiti che al momento sfuggono in parte alla mia attenzione. Mi limito, quindi, a puntualizzare alcune questioni.

La rete si sta creando. Sicuramente la psichiatria è partita svantaggiata ed in una posizione di isolamento per la sua storia. Siamo stati dipendenti dell'amministrazione provinciale fino al 1985; siamo entrati in ritardo nella sanità, ma la rete certamente si sta integrando.

Per troppo tempo della psichiatria è stata data un'immagine di specificità che, in qualche modo, limitava i rapporti. Credo però che questo processo culturale ormai sia ad un grado avanzato. Ora va innescato un processo culturale sulla popolazione.

Per mia esperienza, avendo sperimentato per un certo periodo la psichiatria toscana, mi sento di poter affermare che nel nostro territorio è mancato un percorso culturale che coinvolgesse in maniera attiva la cittadinanza. Pertanto, scontiamo un'arretratezza nei confronti di questa realtà.

Stiamo lavorando molto. Dal 2007, cioè da quando sono stata nominata direttore ad oggi siamo riusciti a interagire con due associazioni, che iniziano ora a collaborare con noi, svolgendo una serie di attività: prevediamo percorsi integrati; ad alcuni tavoli della mia direzione partecipano anche le associazioni; nel percorso che ha portato alla formulazione della carta dei servizi e delle linee guida, sono state chieste anche a loro indicazioni in merito. Insomma, abbiamo iniziato a lavorare.

Sicuramente esiste una arretratezza che dobbiamo cercare di superare.

Riguardo alle dotazioni organiche, noi facciamo riferimento al DIEF (documento di indirizzo economico-funzionale) del 2007 per i CSM (si tratta degli *standard* minimi a fronte di un bacino d'utenza di 100.000 abitanti) e al DIEF del 2009 per gli SPDC. Rispetto al DIEF ci mancano alcune figure strategiche, come i tecnici della riabilitazione psichiatrica.

Abbiamo l'ottimismo di immaginare che l'ultima delibera regionale - credo che l'assessore l'abbia rappresentata - con la quale ci chiedono di dare indicazioni su quali siano gli obiettivi di qualità e di miglioramento per i servizi, per l'apertura H12 e le strutture, ci possa mettere nelle condizioni di acquisire ancora personale medico (c'è qualche difficoltà a tenere aperto il servizio H12; crediamo nell'H24, ma non siamo ancora sufficientemente dimensionati) e di avere anche qualche tecnico della riabilitazione. Se la riabilitazione la facciamo sul territorio, in automatico cade il *budget* della residenzialità.

Tuttavia, per un momento regressivo sembrava che i CSM stessero diventando degli ambulatori: i centri di salute mentale non sono ambulatori, ma servizi per la comunità, sono aperti alla comunità. Se noi riusciamo ad avere un organico per tornare ad essere servizi per la comunità e per attuare

percorsi di riabilitazione all'interno dei CSM, è chiaro che la spesa della residenzialità cade. E là dove la spesa per la residenzialità rimane alta può essere comunque controllata in un percorso di efficienza ed efficacia.

Questo vuol dire il documento che ho richiamato: controllare l'efficacia e l'efficienza del percorso, che da noi comunque viene controllato perché ogni PTR che la struttura privata svolge è disposto dai nostri operatori. Siamo infatti noi che andiamo nella struttura e stabiliamo il piano terapeutico riabilitativo per il paziente; la struttura lo esegue e noi poi andiamo a verificare, a sei mesi, ad un anno di distanza. Oltre a questo controllo, c'è quello generale sulla struttura, che viene comunque attivato.

Sull'appropriatezza del ricovero stiamo lavorando molto. Non siamo a livelli da poter garantire una percentuale del 100 per cento di appropriatezza: queste strutture sono nate sull'onda dell'emergenza e il contratto terapeutico non è stato fatto in maniera corretta. Adesso siamo molto attenti. Il contratto terapeutico con le famiglie prevede l'accoglimento dell'utente per il percorso di riabilitazione (12 o 18 mesi), alla fine del quale c'è un nuovo percorso, a domicilio (può essere la residenzialità più leggera o altro tipo di percorso).

Vengo al discorso della neuropsichiatria infantile. Stiamo lavorando molto non sul suicidio ma sulla depressione e sulla diagnosi precoce con i



medici di medicina generale e con le scuole, per sensibilizzare e dare le indicazioni su quali siano i primi segni di depressione, secondo lo schema previsto dalle linee guida della neuropsichiatria infantile (da 0 a 3 anni, da 3 a 7 anni e in età adolescenziale). Abbiamo la fortuna di non aver memoria di suicidi adolescenziali fino a questo momento. Vi lascerò poi la documentazione che ho portato.

*PICOCO.* Signor Presidente, le domande sono molteplici e complesse.

In Puglia gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi nel periodo tra il 1998 ed il 2000: è del 1997 la delibera sulle linee guida per la chiusura degli ospedali psichiatrici; un processo oltretutto imposto dall'alto e non di crescita culturale rispetto a certe situazioni.

Manca in generale l'attitudine alla valutazione dei servizi; mancano gli indicatori; manca il controllo: bisogna dirlo. La regione però ha varato due importanti progetti, nati nel 1999: uno riguarda proprio la valutazione della qualità assistenziale nelle strutture, a cui ho avuto la fortuna di partecipare come coordinatore. I dati ci sono e ve li posso fornire: risalgono al 2003, sebbene siano stati pubblicati solo nel 2006 a causa della loro complessità.

Nelle strutture si registra: un *turnover* bassissimo; un'inappropriatezza dei ricoveri; la tendenza a far diventare le strutture soluzioni abitative, tant'è vero che nel 2006 finalmente la regione ha introdotto con legge le cosiddette «case per la vita», strutture di tipo socio-sanitario.

La questione della riabilitazione è così complessa che la Regione nel 2008 ha fissato finalmente un limite temporale, portando il periodo di permanenza nelle strutture riabilitative a 18 mesi, rinnovabili di altri 18. Questo crea però una serie di problemi rispetto alla dimissibilità delle persone ricoverate.

Poi ho avuto anche la possibilità di partecipare al progetto di miglioramento della qualità assistenziale e valutazione degli SPDC, di cui vi posso lasciare i dati, che riguardano tutta la regione Puglia (i 18 SPDC). Questi dati mettono in evidenza una grossa disomogeneità dei reparti; dati per alcuni aspetti allarmanti, dal mio punto di vista: in Puglia nel 2009 ci sono state circa 1.400 contenzioni.

PRESIDENTE. Questi dati è nelle condizioni di poterceli fornire?

PICOCO. Ve li posso lasciare: sono aggiornati all'agosto 2009.

PRESIDENTE. Li prenderemo immediatamente.

*PICOCO*. La questione è legata anche al fatto che negli ultimi anni c'è stata una riduzione notevole del personale, dei medici. Ripeto, ho tutti i dati, reali e concreti; non parlo per sentito dire.

Abbiamo partecipato anche ad una procedura di accreditamento tra pari; tutti e 18 gli SPDC della Puglia hanno partecipato. Vi posso lasciare sia la relazione sia l'elenco degli elementi di eccellenza e degli elementi critici.

Visto che prima ci si chiedeva a quale struttura, a quale psichiatria si guarda, personalmente penso che ormai i reparti con 15 posti letto debbano essere superati. Quanto più grande è il reparto, quanti più posti letto ci sono, maggiore è il rischio che l'atmosfera in reparto diventi grave e ingestibile. Giustamente, dobbiamo fare i conti con il personale (abbiamo anche fatto una valutazione della soddisfazione degli operatori) e con i fenomeni di *burn out*: sono tutte questioni che dobbiamo affrontare.

Personalmente penso che vada modificata la legge n. 30, perché non c'è integrazione reale tra i vari servizi, mentre l'integrazione nella gestione dei pazienti psichiatrici è fondamentale. La presa in carico è fondamentale

e non può essere parcellizzata; ci deve essere un progetto unico, nella continuità.

*CATALUCCI.* Signor Presidente, avevo pensato di non dire nulla, anche perché immagino che siate molto più stanchi di noi (avete ascoltato e vi siete relazionati con i vari auditi) ma, vista la vostra vivacità fino alla fine di questo incontro, mi sento obbligato a dire, molto brevemente, qualcosa.

Sono stati posti quesiti molto importanti e interessanti; il tema della prevenzione è stato toccato da tutti. Ritengo sia importante intervenire con la prevenzione il più precocemente possibile. Noi siamo arrivati però con un progetto sulla prevenzione del tabacco fino alle scuole medie inferiori: più che sulla formazione dei giovani, stiamo agendo sulla formazione dei formatori, in modo tale che ci sia qualcuno che amplifichi la prevenzione e possa agire con un numero di addetti più alto, visto che noi alla fine siamo molto pochi.

Un'altra battuta sul personale: il famoso decreto ministeriale n. 444 del 1990, che prevedeva la revisione della dotazione organica a seconda dell'utenza e del carico di lavoro, non è mai stato attuato.

*FIorentino.* Data l'ora, solo due parole.

Non vorrei che si considerasse la medicina penitenziaria come di secondo grado o di secondo ordine. Ritengo che il medico che lavora in carcere, oltre a dover superare un bagaglio di frustrazioni non indifferente, ha una specializzazione - non vorrei essere presuntuosa - superiore a quella dei medici che operano all'esterno. Questo per dare una risposta al problema della vischiosità cui si accennava poc'anzi.

Non c'è è rischio di vischiosità laddove c'è una coscienza medica e responsabilità. Basti pensare che a Brindisi, pur essendoci 200 detenuti, a cadenza giornaliera noi conduciamo in ospedale i detenuti per controlli medici. Quindi il rischio di vischiosità non c'è.

Se vi è stato però questo passaggio della sanità penitenziaria dall'amministrazione penitenziaria alle ASL, un cambiamento ci deve essere; un cambiamento che noi vorremmo in direzione di una maggiore tutela della sicurezza. Condurre un detenuto in ospedale è un problema che attiene soprattutto alla salvaguardia della sicurezza della comunità civile: era questo il problema cui mi riferivo.

È dunque necessario che il detenuto venga curato sostanzialmente in carcere, al di là dei timori che possano sorgere vischiosità, che fino ad ora, almeno per quanto mi riguarda, non ho avuto modo di constatare personalmente. E i dati quotidiani me ne danno conferma.

PRESIDENTE. Vi ringrazio sia per la pazienza e la disponibilità nell'attendere il nostro ritardo sul programma dei lavori, sia per l'attenzione che ci avete dedicato, sia per i documenti che ora acquisiamo.

Come vi dicevo, nei prossimi giorni sarà mia cura inviarvi il nostro Resoconto stenografico in modo che possiate ritrovarvi le domande che avete ascoltato, così da inviarci per iscritto le vostre riposte. In caso di ulteriori quesiti, sarà mia premura contattarvi nuovamente.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna.

*I lavori terminano alle ore 21,30.*