

# SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

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

(Igiene e sanità)

---

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

6° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 26 SETTEMBRE 1996

---

**Presidenza del Presidente CARELLA**

**INDICE****Audizione dei rappresentanti delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Sardegna**

PRESIDENTE .....	Pag. 3, 4, 8 e <i>passim</i>	BARRO .....	Pag. 4, 9
BRUNI ( <i>Rin. Ital.</i> ) .....	7	LAMIERI .....	5, 6, 7 e <i>passim</i>
CAMERINI ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) .....	7	RIGHETTI .....	3, 6, 9 e <i>passim</i>
LAURIA ( <i>PPI</i> ) .....	8		
MARTELLI ( <i>AN</i> ).....	5, 6, 9		

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Righetti in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Friuli-Venezia Giulia; il professor Gianni Barro in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Umbria; il dottor Vittorio Lamieri in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Sardegna.*

*I lavori hanno inizio alle ore 16.*

#### **Audizione dei rappresentanti delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Sardegna**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sullo stato di attuazione del programma di soppressione delle strutture manicomiali residue e di realizzazione delle strutture alternative di assistenza psichiatrica, sospesa nella seduta di ieri.

Ringrazio il dottor Angelo Righetti, il professor Gianni Barro e il dottor Vittorio Lamieri, in rappresentanza, rispettivamente, degli assessori alla sanità delle regioni Friuli-Venezia Giulia, Umbria e Sardegna, per aver accolto l'invito della Commissione.

Voglio ricordare che la Commissione sta conducendo questa indagine per verificare se le regioni saranno in grado di rispettare la data del 31 dicembre prossimo entro la quale dovranno essere chiusi i residui manicomiali, prevista dalla legge n. 724 del 1994. Lo scopo delle audizioni è di verificare per le singole realtà regionali gli atti, le deliberazioni delle giunte regionali o gli indirizzi assunti dalle aziende sanitarie in merito.

Do la parola al dottor Angelo Righetti in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Friuli-Venezia Giulia.

*RIGHETTI.* Nella regione Friuli-Venezia Giulia il processo il superamento dei manicomi è iniziato trent'anni fa e, almeno per una parte della regione, la situazione non desta alcun problema. La provincia di Udine invece non aveva subito processi di trasformazione di alcun genere fino a un anno e mezzo fa, quando si è stabilito un piano regionale di superamento del residuo manicomiale degli ospedali psichiatrici di Udine e di Sottoselva-Palmanova che erano le due strutture rimaste in vita ed in cui si erano avute alcune reimmissioni dopo il 1978 fino a contare complessivamente circa 500 ricoverati.

Per risolvere questo problema la regione ha approvato una delibera di superamento dell'ospedale psichiatrico connotandolo come residenza sanitaria (Rsa) ad esaurimento con pagamento di una retta ed ha istituito, nella legge di riordino delle aziende sanitarie, i dipartimenti di salute mentale come strumenti operativi delle aziende stesse nel settore della psichiatria. Si tratta quindi di strutture operative fornite di *budget* che possono garantire l'utilizzo delle risorse con rette desunte dai depositi delle persone ricoverate, attraverso un accordo con i familiari che per-

metta di rendere più agile e veloce la deistituzionalizzazione dei degenti degli ospedali psichiatrici di Udine e Sottoselva.

Tuttavia, il problema più consistente, che riguarda non solo i nostri ospedali, ma quelli di tutta Italia, è quello degli ingenti patrimoni accumulati dagli istituti bancari a un tasso che andava dall'1,8 al 2,5 per cento, che ammontano a circa 30 miliardi, solo per le due realtà di Udine e Sottoselva. Si è deciso allora di procedere ad una gara, anche per garantire che su questo denaro non lucrassero ancora le banche, come è avvenuto nei decenni precedenti, e si è stabilita una retta, con il vincolo di destinarla all'attuazione di tutto quanto previsto nel progetto-obiettivo del 7 aprile 1994, che - ricordo - essendo triennale è in scadenza a fine anno, così come la legge n. 724 del 1994.

Finora questo tipo di organizzazione efficiente, anche se forse un po' troppo contabile (ma credo che sia l'unica strada possibile per superare gli ospedali psichiatrici in tutte le regioni) ha permesso di ridurre di un terzo la lungodegenza nell'arco di otto mesi. Noi contiamo che l'ospedale psichiatrico di Udine possa essere definitivamente chiuso (anche se nominalmente lo è già perchè trasformato in Rsa ad esaurimento) e cioè più ricoverati lungodegenti entro il 1997.

PRESIDENTE. Do la parola al professor Gianni Barro in rappresentanza dell'assessorato alla sanità della regione Umbria.

*BARRO.* Ringrazio la Commissione per l'invito odierno che ci offre l'opportunità di presentare la situazione della nostra regione, peraltro analoga a quella esposta dal collega Righetti.

In Umbria la ristrutturazione dell'ospedale psichiatrico di Perugia è cominciata nel 1965, anno in cui vi erano 1.100 ricoverati circa, ridottisi man mano sia a causa della introduzione di misure alternative di assistenza sia per ragioni di «calo fisiologico». Attualmente gli ospiti ricoverati sono 97 i quali rimangono in quella struttura piccola per assoluta mancanza di radici sociali e familiari o perchè si sono inseriti in attività lavorative.

Sono state chiuse le sezioni decentrate di Foligno e di Città di Castello, mentre esiste ancora la sezione femminile di Spoleto, anche questa con caratteristiche di ospitalità nei confronti di persone che non hanno altra soluzione all'esterno.

Per quanto riguarda il futuro, l'unità sanitaria di Perugia che gestisce l'ospedale psichiatrico ha presentato alla regione il progetto di superamento dell'ospedale stesso ed è in corso di espletamento la procedura per l'approvazione. Tale progetto definisce con precisione la questione della trasformazione anche nominale della struttura, secondo linee che sono state seguite più o meno da tutte le regioni e cioè trasformazione in residenze sanitarie assistite e potenziamento dei gruppi-famiglia.

Per quanto riguarda Spoleto, è stata attivata proprio in questi giorni la procedura per la effettiva trasformazione della struttura in residenza sanitaria assistita per inabili psichici.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Vittorio Lamieri, in rappresentanza dell'assessorato alla sanità nella regione Sardegna.

*LAMIERI.* Quella della Sardegna è una situazione piuttosto diversa rispetto a quelle appena illustrate. Esistono due residui manicomiali, uno a Sassari e un altro a Cagliari che ospitano ancora 530 persone; la regione Sardegna ha iniziato a destinare risorse ai servizi alternativi dal 1991 e da quella data a oggi sono stati stanziati circa 50 miliardi, 30 per le strutture e il resto per spese di gestione.

Attualmente è in fase di presentazione alla giunta regionale un piano della psichiatria, che è il contenitore, il sistema organizzativo all'interno del quale si prevede di realizzare la ristrutturazione del servizio sul territorio, localizzando le unità alternative e determinandone tipologie e *standard*. Bisogna infatti tenere presente che in Sardegna non sono neppure previsti gli *standard* del servizio psichiatrico: esistono per i servizi socio-assistenziali ma non per quelli psichiatrici. Il piano stabilisce la localizzazione dei servizi a seconda della presenza negli attuali ospedali psichiatrici, ma anche della sofferenza mentale nei vari territori. Inoltre è al lavoro un'altra commissione per il superamento dei manicomi, che sta operando sulla base di uno schema che tende a collocare i pazienti nelle strutture assistenziali disponibili; questa commissione ha già stabilito l'afferenza dei malati al territorio, tenendo conto non tanto della loro provenienza quanto della localizzazione dei loro interessi.

Considerato che non tutte le aziende sanitarie hanno impiegato le risorse assegnate - ad esempio a Sassari sono già state costituite due comunità protette, ma questo non è avvenuto in altre zone della Sardegna - si può prevedere che occorrerà almeno un anno per superare l'attuale situazione.

*MARTELLI.* Quando si fa una previsione di un anno per realizzare il nuovo piano si sa già che in realtà occorreranno tra i dieci e i cento anni; lo dico conoscendo la Sardegna dove i direttori generali sono stati nominati con due anni di ritardo.

Vorrei sapere dal rappresentante della regione come mai non vi siete occupati dal 1978 ad oggi dell'istituto di Cagliari, che si trova in un bellissimo parco, uno delle poche aree verdi della città, i cui caseggiati sono stati abbandonati a se stessi negli ultimi vent'anni. Perché non li avete mantenuti in maniera decente e riadattati? Sapere benissimo che alcuni pazienti non potranno comunque essere lasciati per strada perché pericolosi; e allora perché utilizzare questi bellissimi locali come sede di uffici e non invece per ospitare gli ammalati? Basterebbe ristrutturare gli edifici, che invece non vengono usati; come mai?

Chiudere gli ospedali psichiatrici vuol dire superare un vecchio sistema inaccettabile, ma non chiudere situazioni che andavano benissimo, che necessitavano soltanto di essere riadattate, convertite in qualcosa di decente. Il problema vero, infatti, era l'indecenza di questi posti, che in diciotto anni sono soltanto peggiorati; perché non avete fatto niente? Le finestre sono rotte da dieci anni, i gabinetti cascano a pezzi; perché non avete riparato queste strutture, sapendo che comunque per trovare una soluzione alternativa avreste impiegato decenni? Infatti, sapete meglio di me che se la macchina burocratica è lenta a Roma, è ancora più lenta in Sardegna. E allora per quale motivo non pensate di utilizzare quei locali e, in ogni caso, cosa pensate di farne?

*LAMIERI.* Posso rispondere solo per il futuro, posso dire cioè cosa si pensa di fare di questi due parchi, uno a Sassari e l'altro a Cagliari: li utilizzeremo secondo le prescrizioni del progetto-obiettivo, che fa obbligo di vincolare il reddito che si ricoverà al finanziamento di altri tipi di assistenza nel settore psichiatrico. Non si pensa invece di utilizzare questi edifici per ospitare gli ammalati, che si intende collocare in strutture più adeguate ai loro bisogni. Non ci pare infatti che i casermoni di Rizzeddu o di Villa Clara possano essere adatti ad una nuova concezione del trattamento delle persone con difficoltà psichiatriche.

*MARTELLI.* In quei posti io andrei volentieri a vivere!

*LAMIERI.* Stiamo cercando di attivare presso le aziende sanitarie case protette e strutture adeguate al tipo di assistenza che attualmente si ritiene di poter fornire a queste persone, destinando il patrimonio bellissimo di cui parlava il senatore Martelli ad altri usi.

*RIGHETTI.* Vorrei fornire una risposta su quest'ultimo punto, che mi sembra di interesse generale, e non soltanto della regione Sardegna. Va subito chiarito che la legge n. 724 del 1994 prevede esplicitamente che tutti i beni mobili ed immobili appartenenti agli ospedali psichiatrici debbano essere venduti, con un'opzione a favore delle aziende sanitarie che ne facciano richiesta. Ciò che si ricava da tali vendite deve costituire un'occasione di reddito per gli utenti dei manicomi, o comunque deve essere investito nella psichiatria per attuare il progetto-obiettivo.

A questo proposito rilevo che non è la prima volta che si è chiesto che nella legge finanziaria, o comunque in provvedimenti legislativi, venga stabilito che gli ingenti patrimoni che sono stati accumulati per i malati psichici vengano utilizzati al meglio e fatti fruttare per realizzare investimenti nel campo dell'assistenza psichiatrica. Questo non è mai stato fatto e ciò ha causato la dilapidazione di patrimoni consistenti accumulati in tutte le aree del paese. Credo che questa sia stata una delle ragioni che hanno impedito i nuovi investimenti che si richiedevano.

Va chiarito infatti che in Italia si è deciso di chiudere gli ospedali psichiatrici come strumento di cura dei malati di mente non per follia, ma per il semplice fatto che la scienza medica, nel nostro paese come in Europa, è giunta a considerare l'ospedale psichiatrico non come luogo a valenza terapeutica, ma soltanto come strumento di reclusione dei pazienti. Questo vuol dire che occorre andare verso la costituzione di residenze, gruppi-famiglia, comunità-alloggio, gruppi-appartamento, tenendo al supermercato delle strutture e delle regole di funzionamento reclusive. Parliamo di malati, di persone che devono essere avviate verso un'integrazione sociale e lavorativa e che ne hanno pieno diritto, anche se sono la minoranza più sfruttata della terra.

Ci eravamo abituati per molti decenni a immaginare che la classe politica avrebbe difficilmente reso operativa una legge che era semplicemente un atto restitutivo nei confronti di questi cittadini esclusi. Adesso occorre agire perchè non si possa più dire che il Governo è immobile. Ci avviciniamo ad una scadenza importantissima; ci sono 25.000 persone ancora dentro gli ospedali psichiatrici e non si sa che fine faranno. Ci sono ingentissimi patrimoni nelle banche, come pure ci sono patrimoni

immobiliari totalmente abbandonati, che rappresentano le risorse accumulate per questi problemi. Certo, anche il botulismo è un problema importante; è giusto che se parli e che il Ministero intervenga, ma qui stiamo parlando del destino di 25.000 persone per le quali sono attesi indirizzi e direttive, come era stato promesso da un legge apposita. La commissione costituita al riguardo non è stata più attivata, le regioni non sono state sollecitate, non sono stati dati indirizzi e questo mi preoccupa molto.

Prima mi preoccupava solo in parte, perchè sapevo che il progetto esecutivo elaborato dal centro studi dell'onorevole Foschi non avrebbe superato l'esame del Governo, sapevo che i vari progetti di legge, da rendere attuativi con leggi finanziarie per risolvere questo problema, intorno al quale si dissente ormai da trent'anni si sarebbero arenati di fronte alle resistenze politiche e culturali delle forze di Governo. Adesso, ho più speranze, però conservo anche l'occhio critico di chi ha trascorso molti anni lavorando in questo settore e aspettando delle soluzioni. Le soluzioni ci sono, non sono così complicate e difficili, ma credo che occorra dare un segno di volontà e di responsabilità importante il gesto più importante è dare attuazione ad alcune disposizioni dei decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, largamente disattese dalle regioni.

Mi risulta che quasi nessuna regione ha costituito una struttura operativa per la psichiatria e per la salute mentale; sono state create delle unità operative, più o meno disseminate sul territorio, con funzioni prevalentemente ambulatoriali. Sono trent'anni che consentiamo che le patologie dei malati di mente non possono essere curate in ambulatorio, e neppure nelle strutture private, ma ci vogliono case, comunità, gruppi-appartamento e creare il tempo necessario perchè gli operatori possano dedicarsi a questo: nessuna regione si è mossa in tale direzione. se non si mette la psichiatria in condizione di funzionare con strutture operative, essa non può neppure funzionare come struttura base. E così la psichiatria non può, per attuare progetti, per raggiungere determinati obiettivi, riutilizzare le risorse desunte, ad esempio, dalle rette; non può riutilizzare neanche il patrimonio, che in qualche modo potrebbe essere destinato a rifare o a comprare appartamenti, comunità, spazi. Inoltre, la maggior parte delle regioni continua ad operare in un regime di contabilità finanziaria non adatto allo scopo, e questo è un danno molto grosso all'utonomia che le strutture operative dovrebbero avere per operare positivamente.

È un paradosso, ma per poter giungere finalmente alla chiusura degli ospedali psichiatrici va approfondita in modo rapido la linea di riforma generale, su cui nutriamo molte speranze, della sanità nel suo complesso.

BRUNI. Vorrei dire che una volta tanto sono d'accordo con il collega Martelli circa la necessità di non disperdere in utilizzazioni improprie un patrimonio di edilizia ospedaliera che potrebbe essere positivamente riconvertito ed utilizzato al meglio, nell'ambito di una specifica strategia.

CAMERINI. Vorrei fare una domanda al rappresentante della regione Sardegna. Lei ha citato correttamente la necessità di realizzare strut-

ture alternative (*day hospital*, gruppi-famiglia, case-comunità, eccetera) per risolvere il problema. La Sardegna ha due *ex* ospedali psichiatrici a Sassari e a Cagliari. Come pensate, data la grande superficie dell'isola, di risolvere il problema e di realizzare queste strutture alternative? Come pensate di distribuirle in un territorio così esteso?

In questi giorni noi abbiamo verificato quante differenze vi siano nel risolvere i problemi di cui ci stiamo occupando nelle varie parti d'Italia. Secondo lei quali sono le cause dei ritardi, molto evidenti, mi pare, per quanto riguarda la regione Sardegna?

*LAMIERI.* Per quanto riguarda quest'ultimo quesito, ho già detto che dal 1991 la regione Sardegna ha cominciato a destinare risorse a questo problema. I colleghi hanno parlato di risorse che vengono assegnate da trent'anni, quindi va considerato anche un ritardo culturale della nostra regione, ricordo che ha determinato il mancato avvio del sistema di nuova psichiatria.

Per quanto riguarda l'utilizzo del patrimonio esistente in relazione alla collocazione degli attuali residenti posso dire, ad esempio, che nell'area del parco in cui si trova il manicomio di Sassari sono state già realizzate tre case protette che cercano di riferirsi alle diverse zone della città (il parco è talmente grande che si è riusciti a collocare tre case) ma non si può fare un discorso di tipo massimalistico, non si può cioè affrontare il problema pensando che quello sia il luogo elettivo dei matti.

Per quanto riguarda la distribuzione delle seicento persone ricoverate, nel momento in cui si è preceduto allo studio dei loro casi si è analizzato il tipo di interessi che possono avere nei territori di provenienza o se il loro radicamento nella situazione attuale sia tale da non consentirne l'allontanamento. È vero infatti che i ricoverati sono originari, come luogo di nascita, di diverse zone della Sardegna, ma è pur vero che la gran parte di essi continuerà a permanere nelle città che li ospitano. Le tre case protette di Sassari sono collocate proprio lì, perchè sarà difficile spostare decine di persone che, pur non essendo nate a Sassari, vivono nella città da anni.

Anche nel parco di Villa Clara di Cagliari - che è bellissimo ed è un antichissimo insediamento - potrà essere collocato un certo numero di persone ma non deve essere accettata la logica che quello sia il posto in cui vanno messi i matti: si tratta di una zona che costituisce una risorsa per la città e non deve avere solo quel tipo di utilizzo. In tal senso voglio riferire un episodio: nei giorni scorsi tre avvocati cagliaritari in rappresentanza di quattro ospiti dell'ospedale psichiatrico di Cagliari hanno scritto una lettera in cui contestano il diritto della pubblica amministrazione a spostare i pazienti da questo luogo, in quanto essi avrebbero acquisito, attraverso la permanenza ventennale, un diritto a continuare a viverci. È un fatto di costume che la regione certo contesterà ma è indicativo di una certa situazione.

*LAURIA.* Vorrei chiedere ai rappresentanti delle regioni qual è la situazione in ordine alla presenza nel territorio di ospedali psichiatrici privati.



PRESIDENTE. Anche io vorrei porre una domanda. Abbiamo dei dati forniti dal Ministero della sanità, e vorrei verificare se coincidono con le varie realtà. Per la Sardegna risultano 854 posti-letto e 540 ospiti ricoverati.

I dati relativi all'Umbria delineano questa situazione: zero posti-letto, zero degenti. Mi sembra ci sia una difformità tra i dati del Ministero e le notizie che ci ha fornito il dottor Barro.

Per quanto riguarda il Friuli-Venezia Giulia, sempre secondo il Ministero, c'è un ospedale psichiatrico, 249 posti-letto e 249 ospiti.

LAMIERI. Sì, per la Sardegna il dato è abbastanza esatto. A me risultano 530 ospiti ma forse alcuni sono deceduti.

BARRO. Mi risulta che ad una settimana fa c'erano 97 ospiti nella struttura di Perugia.

RIGHETTI. Sì, è esatto. io però ho compreso nei dati anche quelli relativi alle succursali di Sottoselva e Sacile che ostinatamente non vengono inclusi, nonché gli ospiti del Piccolo Cottolengo che è una struttura privata dove si paga una retta. Ho incluso tutti perchè il fenomeno di nascondimento è piuttosto consistente (a Milano il Fetebenefratelli ha circa 700 persone che pagano una retta ed è in convenzione con la regione).

BARRO. Gli ospiti sono 97 nel solo ospedale psichiatrico di Perugia. Infatti è previsto che 22 rimangono nell'area psichiatrica e 75 in trattamento socio-assistenziale (Rsa).

Vorrei riprendere un problema sollevato da collega Righetti per affrontare alcune nostre esigenze relativamente all'attuazione della logica della legge n. 180 del 1978. Sono convinto che sia assolutamente necessario da parte del Governo e del Parlamento capire le problematiche locali, le differenze e le difficoltà che ci sono nel riportare ad unità le soluzioni. Infatti per curare un'appendicite è facile stabilire delle linee-guida; per il trattamento di persone con disturbi mentali, soprattutto se con storie personali di ricovero e così via, la mia impressione è che sia molto difficile giudicare con un metro omogeneo. In questo senso condivido una tendenza volta ad una accentuazione di autonomia e di federalismo che imponga alle regioni di azionare i progetti e tutti i provvedimenti aggiuntivi da predisporre da parte delle varie istanze istituzionali (USL e ospedali), mettendo di fronte singolarmente alle loro responsabilità per quanto riguarda le inadempienze, o (perchè no?) ai loro meriti.

RIGHETTI. Vorrei aggiungere un'ultima osservazione: i dati sugli ospedali psichiatrici forniti dal Ministero, non rispondono al vero.

MARTELLI. Tutti i dati forniti dal Ministero non sono veri.

RIGHETTI. Sono stati commissionati per ben tre volte dei rilevamenti pagando le relative ricerche, e per ben tre volte ci troviamo di fronte a dati che non sono attendibili.

Chiedo che su questa vicenda si faccia chiarezza, tenendo presente anche quanto ha detto il senatore Lauria, e cioè il problema dei manicomi privati. Infatti non ci sono dati sulle strutture private sia della filiera caritatevole sia di quella cooperativa.

Invece sono manicomi esattamente come quelli che oggi ci accingiamo, o vorremmo accingerci, a chiudere definitivamente.

PRESIDENTE. Quanto lei ha detto rientra già negli obiettivi della Commissione: dobbiamo anzitutto capire quanti sono e dove sono.

*RIGHETTI.* Posso fornire un elenco di quelli che conosco.

PRESIDENTE. Le saremo grati se ci potesse inviare la documentazione in suo possesso.

Ringrazio i nostri ospiti per la loro cortese collaborazione e dichiaro chiusa l'audizione.

*I lavori terminano alle ore 16,45.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

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

DOTT.SSA GLORIA ABAGNALE



