

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

12° Resoconto stenografico

SEDUTA DI GIOVEDÌ 17 APRILE 1997

**Presidenza del presidente CARELLA**

**INDICE****Audizione di rappresentanti delle proprietà e dei lavoratori di ospedali psichiatrici privati**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 14, 15 e <i>passim</i>	<i>CAPRIOLI</i> . . . . .	Pag. 4
CAMERINI ( <i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i> ) . . . . .	18	<i>CORIASO</i> . . . . .	13
TOMASSINI ( <i>Forza Italia</i> ) . . . . .	17	<i>COZZA</i> . . . . .	15
		<i>DI BERTO</i> . . . . .	8
		<i>FABELLO</i> . . . . .	10
		<i>MARINATO</i> . . . . .	11
		<i>MERCOLELLA</i> . . . . .	5
		<i>SOLDANI</i> . . . . .	14

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la signora Patrizia Di Berto e il dottor Massimo Cozza in rappresentanza dell'associazione sindacale dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati della Cgil; la signora Doristella De Orsi in rappresentanza della Cisl, il dottor Armando Masucci in rappresentanza della Uil; i signori Michele Losacco e Nicolangelo Cosmai in rappresentanza della Fials; suor Teresina Abruzzese, suor Grazia Santoro, il dottor Giovanni Caprioli, il dottor Antonio Soldani e il dottor Antonio Mercolella in rappresentanza dell'Opera don Giovanni Uva - Casa della Divina Provvidenza; padre Raimondo Fabello, il professor Giorgio Marinato e il dottor Adriano Coriasso in rappresentanza dell'Ordine ospedaliero San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli.*

*I lavori hanno inizio alle ore 15,15.*

**Audizione di rappresentanti delle proprietà e dei lavoratori di ospedali psichiatrici privati**

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.

Voglio innanzitutto ringraziare i partecipanti all'audizione odierna per aver accolto il nostro invito, e quindi i rappresentanti dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati e i rappresentanti delle proprietà presenti in quest'Aula.

Intervengono, in rappresentanza dell'associazione sindacale dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati della Cgil, la signora Patrizia Di Berto e il dottor Massimo Cozza; in rappresentanza della Cisl, la signora Doristella De Orsi; in rappresentanza della Uil, il dottor Armando Masucci; in rappresentanza della Fials, i signori Michele Losacco e Nicolangelo Cosmai; rappresentano poi l'Opera Don Giovanni Uva - Casa della Divina Provvidenza di Bisceglie, suor Teresina Abruzzese, suor Grazia Santoro, il dottor Giovanni Caprioli, il dottor Antonio Soldani e il dottor Antonio Mercolella; infine, in rappresentanza dell'Ordine ospedaliero San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli di Cernusco sul Naviglio, sono presenti padre Raimondo Fabello, il professor Giorgio Marinato e il dottor Adriano Coriasso.

Prima di iniziare i nostri lavori e dare la parola a chi vuole intervenire, in qualità di Presidente della Commissione, oltre che ringraziarvi di nuovo per la partecipazione all'audizione, voglio ripercorrere brevemente le tappe dei nostri lavori.

Abbiamo iniziato questa indagine conoscitiva nel luglio 1996 perchè fortemente preoccupati per i ritardi registrati circa il rispetto della

data del 31 dicembre introdotta dalla legge finanziaria del 1994, data entro la quale era prevista la chiusura e il superamento delle strutture manicomiali. Nel corso della nostra indagine abbiamo avuto modo di ascoltare i rappresentanti delle regioni, delle società scientifiche e i rappresentanti dei familiari e abbiamo svolto una serie di visite in diverse realtà regionali, nelle varie strutture, e alcuni sopralluoghi come, per esempio, a Guidonia e a Bisceglie. Lo scopo di questa audizione è da ricercare nel fatto che in questa Commissione abbiamo ritenuto di dover convocare insieme le parti, cioè i rappresentanti dei lavoratori e quelli delle proprietà. Nel corso della nostra indagine, delle verifiche e dei tanti incontri avuti è emersa, come ragione dominante, la ricollocazione dei lavoratori dei residui manicomiali per poter raggiungere gli obiettivi che si è dato il Parlamento con la finanziaria di quest'anno: il superamento dei residui manicomiali e la prospettiva di avere anche nel nostro paese una rete strutturale di servizi. Il motivo di tale difficoltà è da individuare nella forte presenza riscontrata in Italia di ospedali psichiatrici gestiti da privati, anche se si tratta di un privato particolare in quanto molto spesso la proprietà degli istituti appartiene a congregazioni religiose.

Non possiamo nascondervi che anche noi membri della Commissione riteniamo che tale problema debba essere affrontato in maniera molto chiara, anche attraverso un reciproco confronto, libero da ogni pregiudizio.

Posso dirvi che nel momento in cui abbiamo incontrato le proprietà (sia per quanto riguarda le strutture di Cernusco sul Naviglio che per quelle di Bisceglie) la Commissione ha registrato una forte disponibilità da parte dei privati a confrontarsi non solo con la Commissione ma anche con il Ministero della sanità e con le regioni per trovare una strada comune, indicarne il percorso, i tempi, e le modalità per superare gli eventuali ostacoli chiaramente presenti e che sono rappresentati, ad esempio, dal personale, dalla difficoltà di poter individuare dei processi di riqualificazione e reinserimento di tale personale nell'ambito delle strutture sanitarie ed, inoltre, dal problema di individuare programmi di riconversione delle stesse strutture sanitarie. Occorre domandarsi cioè quale potrà essere il loro destino futuro. Ma certo si tratta di un lavoro complesso che richiede, probabilmente, altre competenze; mi rendo conto che vi sono anche responsabilità delle regioni oltre alle competenze e responsabilità del Ministero della sanità. Ritengo che dovremmo individuare anche strumenti legislativi per indicare questo percorso. Non mi dilungo ulteriormente in quanto credo che questo problema sia ben chiaro ai rappresentanti delle proprietà e delle strutture sanitarie.

Do anzitutto la parola al direttore amministrativo della Casa della Divina Provvidenza di Bisceglie, dottor Giovanni Caprioli.

*CAPRIOLI.* In qualità di direttore amministrativo della Casa della Divina Provvidenza vorrei ringraziare innanzitutto i membri della Commissione da parte di tutta la Congregazione che rappresento per l'opportunità che ci è stata concessa; nella storia della Casa della Divina Provvidenza è la prima volta che ci viene fornita la

possibilità di esporre la nostra posizione per quanto riguarda il programma di riconversione delle strutture manicomiali.

L'ente, che qui è rappresentato da suor Teresina Abruzzese, Madre generale e da suor Grazia Santoro, madre vicaria, proprio in tempi di cambiamento di tutta la normativa relativa alla psichiatria, ha voluto naturalmente essere al passo con i tempi. Quindi, contrariamente a quelle che erano le proprie abitudini fino a qualche tempo fa, ha deciso di cambiare atteggiamento: ciò significa entrare in competizione anche con il territorio.

Un primo aspetto della riconversione degli ospedali psichiatrici di Bisceglie, Foggia, Potenza e Guidonia è relativo al riutilizzo delle strutture e del personale addetto. Quello dei livelli occupazionali è un primo aspetto da affrontare. L'istituto che rappresento tuttavia ha anche un notevole patrimonio immobiliare ed è riuscito a mettere su opere soddisfacenti, come hanno potuto constatare negli anni i rappresentanti del Ministero e delle Commissioni parlamentari che ci hanno visitato. La Casa della Divina Provvidenza è interessata al riutilizzo del suo patrimonio perchè non vuole disperderlo.

Le direttrici su cui la Congregazione si vuole muovere sono due: innanzi tutto, per riconvertire gli ex ospedali psichiatrici, intende attivare una rete di servizi territoriali nel campo della riabilitazione e in quello socio-assistenziale; in secondo luogo, intende riutilizzare le risorse umane riqualificando il personale. A tale riguardo non va sottovalutato che la Congregazione ha fatto e sta facendo uno sforzo enorme per potersi occupare di questi aspetti a cui sono legati anche problemi finanziari. Comunque la Congregazione è pronta a sostenere questi oneri per poter essere al passo con i tempi.

Poichè il problema occupazionale è molto avvertito dalle organizzazioni sindacali, la Congregazione ha deciso di non lasciare per strada il personale, ma soprattutto «gli ultimi», così definiti dal Padre fondatore, e pertanto vuole essere pronta ad assisterli. Una commissione interna ha quindi predisposto dei progetti che possiamo consegnare alla Commissione, dichiarandoci disponibili sin d'ora a rispondere ad eventuali domande.

*MERCOLELLA.* Signor Presidente, come abbiamo avuto modo di dire ai commissari nella visita che è stata fatta a Guidonia, l'Ordine è presente in tre regioni con quattro strutture.

Le linee del programma di riconversione si muovono lungo tre direttrici. L'obiettivo è innanzi tutto quello di entrare in concorrenza sul territorio per quanto riguarda i servizi, garantendo nello stesso tempo sia l'occupazione del personale sia l'assistenza agli ospiti, facendoli transitare da una situazione di certezza a un'altra situazione di certezza: questo è l'assunto che abbiamo scelto per sviluppare i progetti specifici, tenendo conto del fatto che in ogni regione esiste una realtà differenziata. Esistono quadri di riferimento regionali non comparabili e molto diversi tra loro per quanto riguarda la rete ospedaliera e i servizi territoriali nell'ambito dell'area psichiatrica. Tra l'altro, deve essere individuata una serie di misure per l'impiego del personale nella fase transitoria.

Quindi ringraziamo per la possibilità che ci date con questa audizione, che ci consente innanzi tutto di avere un primo confronto per affinare i dati progettuali.

Inoltre non vogliamo che si protragga una situazione di surroga sostanziale rispetto a chi deve intervenire; in altre parole non vogliamo supplire per sempre a questa situazione di carenza. Abbiamo fornito le tabelle sulla presenza degli ospiti all'interno della nostra struttura ed è evidente che, in mancanza di alternative, l'auspicato superamento degli ospedali psichiatrici non potrà essere raggiunto. Non siamo noi l'unico punto di riferimento di tutte le certezze.

Di fatto, poi, i nostri progetti si scontrano con il diritto-dovere di concertazione con gli altri interlocutori, cioè con le regioni e gli enti locali. Oggi, quando si individua una risposta possibile sul territorio per i gruppi appartenenti alle comunità alloggio, si ha come interlocutore l'ente locale, con la necessità di un confronto ulteriore rispetto alla rete dei servizi complessivi. Per avere un momento reale di concertazione abbiamo ipotizzato uno strumento simile a quello dei patti territoriali, alla conferenza dei servizi, in maniera tale da essere parte di un processo di rinnovamento e contribuire a determinare il cambiamento.

Nell'ambito di questo indirizzo i dati che riguardano gli ospiti in parte attengono ad un rapporto di surroga con i dipartimenti di salute mentale delle Asl competenti, che vanno approfonditi per rideterminare la collocazione degli ospiti in aree precise di intervento. A questo va legato un progetto reale di conversione delle strutture che tendono ad utilizzare in parte il patrimonio immobiliare esistente, senza però che venga affidata alla Casa della Divina Provvidenza alcuna funzione sostitutiva di altri soggetti nel settore, anche perchè da soli non ce la faremmo.

L'altro aspetto riguarda il personale che è stato diviso in due categorie: quello che presta servizi direttamente legati all'assistenza e quello impiegato in servizi a supporto dell'assistenza. Se riusciamo a centrare gli obiettivi e i nostri progetti di concorso nei servizi in ambito territoriale troveranno accoglimento, i nostri ex ospedali psichiatrici potranno essere un punto di riferimento per la riorganizzazione della rete ospedaliera sul territorio, deputandoci noi non a sostituire l'intervento pubblico ma ad avere una funzione complementare. Al momento Guidonia e Tivoli, lungo l'asse della Tiburtina, per chi conosce quella parte del territorio, presentano un vuoto di servizi di primo intervento ospedaliero o di complemento alle attività ospedaliere dell'ospedale di Tivoli. In quest'area lo spazio residuo che rimarrà libero da attività potrà essere deputato ad integrare la rete di servizi sul territorio e, in collaborazione stretta con l'ospedale, potrà essere utilizzato per interventi post-acuti (riabilitazione motoria e quant'altro). Questo è l'approccio per l'utilizzo complessivo delle nostre strutture.

Tornando al personale, se i progetti, almeno in via di massima, troveranno quell'ascolto e quell'accettazione già dimostrata dai nostri interlocutori, avremo un incremento occupazionale piuttosto che una perdita. Avremo comunque bisogno di misure di sostegno alla formazione professionale e all'aggiornamento; occorre infatti sollecitare un simile pro-

cesso interno non foss'altro perchè le situazioni di lavoro sono estremamente diverse da quelle in ambito ospedaliero. Riteniamo comunque che, proprio per le esperienze maturate nell'area psichiatrica, il nostro personale possa essere utilmente ricapitalizzato e quindi riconvertito per altri tipi di intervento territoriali.

Vi è poi il problema legato ai servizi generali. In questo ambito siamo attenti a verificare, insieme a tutti coloro che hanno un ruolo all'interno dell'organizzazione, la possibilità di non effettuare una semplice dimissione degli attuali ospiti. Infatti, in particolare per alcuni di loro che hanno capacità e seguono un percorso terapeutico preciso, si ipotizza l'immissione in circuiti di lavoro protetti.

Per quanto riguarda poi il problema finanziario, al fine di razionalizzare i costi e utilizzando come volano i nostri servizi di supporto all'attività sanitaria, riteniamo sia utile un nuovo approccio al problema attraverso la costituzione di un consorzio che potrebbe far riferimento a cooperative sia di tipo A, per quanto riguarda l'assistenza medica, che di tipo B, per quanto riguarda i servizi di supporto. Ciò significherebbe avere uno strumento, un modello organizzativo diverso all'interno della struttura e, per alcuni aspetti la certezza di un inserimento, almeno per quello che ci compete. Certo, si tratterebbe di una piccola cosa: non vogliamo dare la sensazione di aver risolto tutto, perchè riteniamo di rappresentare nient'altro che una parte del problema. Non possiamo risolvere tutto se manca questo tipo di concertazione.

Quanto alla fattibilità dei nostri progetti sul piano finanziario, dobbiamo in primo luogo partire dalla considerazione che le rette determinate in base all'attuale convenzione sono ferme dal 1992 e che, in secondo luogo, tali rette sono corrisposte annualmente solo nella misura dell'80 per cento, il che determina gli attuali squilibri. Infatti, un problema non indifferente è che i contratti di lavoro determinano anche condizioni economiche diverse per i lavoratori e questa dinamica salariale non è seguita dalla dinamica di aggiornamento delle rette. Tutto ciò comporta, per quanto riguarda le rette, uno squilibrio enorme nei conti tra oneri diretti e indiretti del personale e l'attuale numero di ospiti.

Abbiamo quindi un contenzioso di tipo finanziario dell'ordine di svariati miliardi collegialmente con tutte le regioni in cui siamo presenti. Tale contenzioso ammonta all'incirca a 200 miliardi (senza tenere conto di interessi, moratorie e quant'altro) rispetto ai quali avanziamo, proprio perchè enti *non-profit*, la proposta di realizzare, in sede nazionale e di Governo, uno strumento che in qualche modo faccia recuperare, anche parzialmente attraverso sgravi o dispositivi a compensazione, crediti di imposta o crediti verso enti in modo tale da alleggerirci e darci la possibilità di realizzare investimenti sia sulle strutture sanitarie, per adeguarle alla normativa concernente gli *standard* edilizi, sia sui servizi territoriali.

Vi proponiamo in sostanza una riconversione a costo zero per lo Stato, riuscendo a riutilizzare noi quello che è un credito vantato e certo nei confronti dello Stato collegialmente anche se nelle sue diverse articolazioni regionali. Questo è il nocciolo del ragionamento che evidentemente dovrà avere degli approfondimenti specifici.

Termino con l'ultima questione – non in ordine di importanza – cui ho già accennato prima in relazione al personale: avremmo bisogno di verificare, progetto per progetto e con le parti sociali, il possibile percorso per il passaggio all'assistenza sul territorio e le dinamiche conseguenti agli aggiornamenti, alle professionalizzazioni. Ci troviamo di fronte a linee di tendenza rispetto alle quali non riteniamo di avere una ricetta unica ma siamo pronti a confrontarci e a iniziare un percorso che sappiamo irto e difficile; un percorso pieno di difficoltà perchè gli interessi e le caratterizzazioni sono tante. Abbiamo bisogno di chiedere strumenti di concertazione fra la pluralità di soggetti che intervengono in questo processo di cambiamento, magari strumenti più cogenti di quelli attuali, meno volontaristici, come è stato ad esempio, il provvedimento sulla chiusura al 31 dicembre 1996 delle strutture manicomiali, che in qualche modo ha previsto misure specifiche per gli inadempienti, rappresentando in questo senso un sollecito a provvedere. Su tutto ciò siamo ampiamente disponibili.

*DI BERTO.* Ringrazio innanzi tutto la Commissione per averci chiamato in questa occasione. Il problema che stiamo trattando è grande e investe sicuramente in maniera prioritaria le due parti qui convocate. In realtà il problema è anche più diffuso perchè i soggetti intervenuti non rappresentano gli unici istituti riconosciuti e identificati come ex ospedali psichiatrici dal Ministero della sanità; lo sono per importanza, dimensione delle strutture e complessità della riconversione, ma sicuramente il problema è maggiore, investendo anche istituti di dimensioni inferiori.

Devo ringraziarvi per diverse ragioni: oltre ad averci dato la possibilità di intervenire per rappresentare le nostre esigenze, abbiamo finalmente scoperto che esistono dei progetti precisi di riconversione delle strutture psichiatriche. Ne siamo ben contenti perchè la nostra preoccupazione era grande. Del resto non abbiamo mai visto tali progetti e siamo contenti di sapere che esistono. Comunque, anche se le singole regioni ne erano informate, il problema presenta aspetti diversi. Alcuni progetti infatti non sono stati riconosciuti idonei dalle singole regioni e la sussistenza del riconoscimento di idoneità da parte delle regioni non è influente. È necessario infatti che i progetti rispondano sotto il profilo dei criteri sia al piano sanitario e alle linee di indirizzo della regione sia all'offerta di servizi che la regione reputa coerente all'interno del suo piano sanitario per accedere ad un accordo di gestione. Pertanto è opportuno considerare questo aspetto.

In relazione al problema del personale vorrei anzitutto ricordare che esso è una variabile legata al processo di riconversione. Credo sia da sottolineare in particolare la necessità di trovare uno strumento o per lo meno un indirizzo che solleciti i vari attori a interagire tra di loro. Infatti anche il Fatebenefratelli di Milano – correggetemi se sbaglio – che aveva manifestato la volontà di ristrutturare anche in termini murari la sua proprietà cercando soluzioni diverse, ha incontrato problemi relativi alle autorizzazioni. Quindi, dal momento che si tratta di un processo che ha al suo interno vari elementi, ivi compresi anche investimenti di ri-

conversione delle strutture edilizie, è chiaro che tutti i vari soggetti (esattamente come i sindaci per quanto attiene alle proprie necessità) debbano essere interessati.

Credo che una sollecitazione in questo senso sia necessaria. Come appare necessario del resto integrare meglio il livello di rapporto con le regioni alle quali questo compito compete per legge, anche se in questo caso si devono prendere in considerazione anche altri aspetti.

Quanto al merito della riconversione è sicuramente più interessante partire dalla tipologia di ospiti per capire qual è il processo di riconversione da attuare anche perchè all'interno di questi istituti troviamo ospiti con patologie diversificate che per una serie di motivazioni storiche, nel privato come nel pubblico, sono stati indirizzati verso gli ex ospedali psichiatrici. Quindi sembra opportuno partire da una classificazione per patologie degli ospiti e della tipologia di servizi complessivamente necessari. Infatti se parliamo di riabilitazione dell'*handicap* e delle problematiche degli anziani, le stesse possono riguardare non solo gli ospiti presenti oggi ma anche una potenziale offerta dei servizi futuri, laddove il settore pubblico non ne decida la gestione diretta e immediata. Siamo all'interno della programmazione. Questo ci permette anche un ragionamento un pò più attento con riferimento sia al personale che all'utilizzazione delle strutture. La riutilizzazione di queste ultime e il problema del patrimonio immobiliare costituiscono infatti un grande problema e credo che anche in questo caso occorra prestare molta attenzione per evitare che, a prescindere dalla volontà delle proprietà (quindi senza ipotizzare fini diversi), nel riutilizzo delle strutture si ricreino quelle condizioni che ripropongano nel tempo una struttura di isolamento, al di là di come la vogliamo definire. Si tratta peraltro di una preoccupazione sottolineata anche dal Ministero della sanità laddove si parla di riconversione di ospedali psichiatrici in generale.

Bisogna quindi prestare attenzione a quale debba essere l'indirizzo nel riutilizzo delle strutture, quale la tipologia di investimento, ed infine al personale. Lascio questo per ultimo proprio perchè, in qualità di rappresentante dell'associazione sindacale dei lavoratori degli ospedali psichiatrici privati, considero il personale comunque una risorsa per l'azienda e per l'intero settore sanitario e in quanto tale deve essere utilizzata ampliandone le potenzialità.

Allora, tra i problemi che ci appaiono sostanzialmente più rilevanti il primo consiste nell'esaminare come il personale – una volta quantificato quello necessario per gestire i servizi riconvertiti – venga sottoposto alla formazione professionale e all'aggiornamento. Su questo tema crediamo necessaria un'indicazione in merito all'utilizzazione dei piani di formazione e di riqualificazione professionale che, peraltro, sono presenti nei recenti provvedimenti adottati dal Ministro del lavoro Treu in favore dell'occupazione e nell'accordo con le parti sociali. Quindi, più in generale, ritengo sia opportuno un apporto in termini di riqualificazione e di formazione professionale con la partecipazione dei fondi regionali per le aziende così come per gli ex ospedali psichiatrici in riconversione, avendo queste pari dignità.

L'altra questione riguarda invece quelle figure professionali, o fasce di personale, che risultassero in esubero o le cui mansioni siano di fatto superate rispetto al progetto.

Ebbene, mi auguro che ciò non avvenga e che si verifichi esattamente quanto la proprietà ha previsto.

Detto questo, ho la preoccupazione di gestire un processo di riconversione che poi rappresenta la preoccupazione costante in tutti i processi di riconversione.

Ritengo che, subordinando e vincolando strettamente il personale a tutto il processo di riconversione dell'azienda e ai processi di formazione, le regioni possono ancora utilizzare, alla fine di questo processo e per eventuali difficoltà che si verificassero (uso molti condizionali perchè deve essere un processo molto limitato anche nella volontà sindacale) l'articolo 64 della legge n. 833 del 1978. Tale articolo prevede la mobilità dalle strutture ex psichiatriche legate strettamente alla realizzazione di quanto disposto dalla legge n. 180 del 13 maggio 1978 (poi il fatto che, ad oggi, tutte le disposizioni previste nella citata legge non siano state realizzate non può rappresentare una penalizzazione per il personale dipendente) all'interno di strutture a livello provinciale o regionale; in sostanza si tratta di fare in modo che questo processo non sia nè forzato per mantenere comunque il personale all'interno delle strutture, a prescindere dalle qualifiche, nè diventi la valvola di sicurezza per cui «tutti fuori» perchè il processo non ha importanza.

Credo che quanto detto possa consentire alle proprietà di gestire e supportare questo processo. Personalmente – e concludo – non ho udito alcuna proposta relativa alle strutture cooperative integrate. Credo non sia questa la sede opportuna, ma ritengo si debbano analizzare bene i passaggi: dal momento che stiamo parlando di personale dipendente, se questo dovesse essere interessato ad un passaggio da dipendente a socio di cooperativa, qualche problema si creerebbe, soprattutto sotto il profilo pensionistico. Infatti le cooperative, ad oggi, per legge dello Stato hanno il contributo sul salario convenzionale e con il nuovo sistema delle pensioni a questi lavoratori sarebbero automaticamente abbattute le pensioni. Si tratta di un'altra variabile che io come rappresentante di un sindacato ho il dovere di sottolineare e della quale dobbiamo tenere conto.

*FABELLO.* Vorrei precisare, dal momento che il Presidente ha sempre nominato solo la struttura di Cernusco, che siamo presenti in tre realtà in regione Lombardia e in una nella regione Piemonte con situazioni diverse sia per quanto riguarda il passato sia per quanto riguarda il futuro di tali strutture.

Come già detto, siamo presenti solo in due regioni e quindi per questo motivo siamo alquanto facilitati. Fino ad ora abbiamo collaborato molto bene con queste regioni, sia in Lombardia che in Piemonte, e problemi di ritardi nei pagamenti tutto sommato non ne abbiamo avuti. Non voglio toccare il discorso delle diarie che, in questi ultimi tempi, non sono state sufficientemente adeguate.

Devo comunque ribadire che la riforma della psichiatria, sulla cui necessità siamo sempre stati d'accordo (credo che siamo in riforma da almeno 40 anni!), non deve andare a discapito degli ospiti e dei loro parenti, nè tantomeno degli operatori. A volte è necessaria anche una predica.

Per quanto riguarda la parte tecnica, vorrei aggiungere qualcosa a quanto detto in precedenza, cioè che in realtà non ambiremmo a metterci in concorrenza, ma piuttosto a cercare una collaborazione con le altre strutture territoriali; dal punto di vista teorico, forse, sono anche tutti d'accordo, regioni, Usl e così via, ma dal punto di vista pratico e di applicazione le difficoltà sono immense e si possono riscontrare ogni giorno. Credo quindi di potermi associare nel chiedere che venga trovata una soluzione per superare la situazione di disagio che viviamo in maniera molto forte e questo tipo di ostacoli con i quali, proprio in questi giorni, ci stiamo scontrando.

Per quanto riguarda la regione Lombardia eravamo abbastanza sicuri che le leggi regionali fossero adeguate. In realtà da studi recenti effettuati negli istituti di riabilitazione è emerso che in particolare la regione Lombardia si era spinta un po' oltre per cui anche la riabilitazione psichiatrica, potremmo dire oggi, è stata un po' forzata.

In realtà in questo momento si è tornati indietro nel non riconoscere l'idea di questa possibilità. Sempre per quanto riguarda la Lombardia, abbiamo offerto alla commissione istituita per il superamento delle strutture cosiddette manicomiali la nostra disponibilità ad essere giudicati dalla regione Lombardia. Ma forse al riguardo un intervento tecnico sarebbe più utile.

*MARINATO.* Signor Presidente, credo che all'inizio vada fatta un po' di chiarezza. Innanzi tutto i tre istituti Fatebenefratelli della Lombardia (per il Piemonte la ragione istituzionale è diversa), vale a dire quelli di Brescia, di Cernusco sul Naviglio e di San Colombano al Lambro, sono stati qualificati con delibera regionale come istituti di riabilitazione, ai sensi dell'articolo 26 della legge n. 83 del 1978, legge che, come sappiamo, recepisce al suo interno la n. 180. Questo è un aspetto piuttosto importante da sottolineare.

Ognuno dei tre istituti effettua al suo interno sia la riabilitazione psichiatrica sia la riabilitazione per i disabili. Nonostante l'articolo 26 faccia riferimento alle disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, l'Ordine dei Fatebenefratelli, visto l'indirizzo della politica psichiatrica di rinnovare a fondo la sua realtà e nella consapevolezza di dover operare per la completa realizzazione del superamento degli istituti manicomiali, ha riconosciuto che gli istituti di riabilitazione psichiatrica hanno operato di fatto come strutture di degenza e quindi come tali, sono da inserire nel programma di dismissione. Naturalmente la loro chiusura non può dipendere solo dalla volontà di chi gestisce gli istituti perchè non si può certo pensare che gli ammalati possano essere accompagnati alla porta, bisogna trovare una collocazione adeguata e quindi occorre un programma per le dismissioni.

Metà dei pazienti degli istituti di riabilitazione psichiatrica è costituita dai cosiddetti pazienti «storici», cioè da quelle persone che sono negli istituti da decenni e che non hanno più alcun legame familiare; questi malati non si riescono a collocare fuori da questa realtà e devono andare ad esaurimento.

È stato quindi elaborato un progetto per la dimissione rapida di circa metà dei ricoverati del settore psichiatrico, sulla base del fatto che questi istituti hanno sempre operato in stretto contatto con le unità operative psichiatriche del territorio. Infatti il dispositivo regionale prevede che negli istituti di riabilitazione possano entrare solo persone inviate dalle unità operative psichiatriche. Non si tratta quindi di pazienti arrivati lungo canali personali, ma di persone inviate direttamente sulla base di una richiesta dell'unità operativa psichiatrica e di una impegnativa della Usl competente. Va sottolineato inoltre che il progetto regionale prevedeva che tutti i pazienti inviati da una certa data in poi negli istituti di riabilitazione psichiatrica dovessero rimanere comunque a carico delle unità operative del territorio, che si assumevano il compito di formulare un progetto di riabilitazione congiuntamente con gli operatori degli istituti, di seguirlo nel suo sviluppo e di riprendere successivamente in carico i pazienti. Sottolineo tale aspetto perchè c'è un rapporto stretto, nonostante le difficoltà più amministrative che tecniche, degli operatori dei Fatebenefratelli con il territorio.

Per gli altri si è prevista una progressiva dismissione in piccole comunità, secondo quanto previsto del resto dalle linee guida, nel pieno rispetto di quegli indirizzi, sempre in cooperazione e sotto il controllo delle unità operative territoriali. Del resto la collaborazione tra il privato e il pubblico è ribadita dal progetto obiettivo nazionale, da quello regionale e dalle stesse linee guida che prevedono, appunto, che alcune strutture, quali le comunità terapeutiche e le comunità alloggio, si possano realizzare in collaborazione tra privato e pubblico.

Che questa realtà fosse sostanzialmente diversa da quella degli ex ospedali psichiatrici è rilevabile dallo stesso documento dell'Osservatorio nazionale sulla psichiatria che, alla tabella 2, nel 1992, quindi successivamente alle delibere regionali istitutive del 1991, assegna alla Lombardia tre istituti. Nel 1994, mentre continuano ad essere presenti quelli attribuiti alle altre regioni, per la Lombardia è indicato «zero», il che vuol dire che è stato riconosciuto che quegli istituti non esistevano più in quanto rientravano nell'ambito dell'articolo 26 della legge n. 833 e quindi non erano ospedali psichiatrici. Questa sembra però più che altro una questione di carattere formale.

Comunque va chiusa una buona metà degli istituti e l'altra parte va riconvertita in strutture che, però, hanno uno spazio solo se collegate a realtà territoriali e quindi gestite nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale pubblica, secondo le indicazioni delle linee guida.

Altro discorso, che credo non dovrebbe neppure interessare questa audizione, è quello che riguarda gli istituti per disabili ex articolo 26, i quali dovrebbero seguire il loro destino secondo una logica e voluzione. Nei confronti di questi l'Ordine dei Fatebenefratelli è intenzionato ad applicare di fatto gli stessi criteri adottati per la parte psichiatrica: quin-

di frammentazione dei reparti, modificazioni del clima interno, che deve passare dal clima tradizionale delle degenze a quello delle comunità, e così via. Va tenuto presente che in queste strutture protette occorre rispondere ai bisogni, ad esempio, dei pazienti psicogeriatrici con gravi disturbi comportamentali, pazienti che in genere fanno nascere negli istituti geriatrici molte difficoltà di gestione. La stessa considerazione vale per il ritardo mentale, il morbo di Alzheimer e altre forme di patologie psicorganiche. Queste nuove strutture potrebbero dare delle risposte aggiornate e quindi coerenti con la attuale logica tecnica, prima ancora che politica.

Abbiamo con noi un documento che raccoglie i criteri generali e che è stato redatto sulla base di una sofisticata distinzione della tipologia clinica delle persone attualmente ospitate. Abbiamo uno schema di proposta relativo all'evoluzione degli istituti e una tabella che riporta tutti i pazienti divisi sulla base di questa tipologia e attualmente presenti, oltre ai ricoveri avvenuti nell'ultimo anno solare e alle liste di attesa. Non si possono perciò trascurare i criteri generali.

Tutta questa documentazione dovrebbe andare alla regione Lombardia, alla commissione ex ospedali psichiatrici, che ha terminato le sue valutazioni sugli ospedali psichiatrici pubblici e si avvia a fare quelle degli ospedali psichiatrici privati e convenzionati. La documentazione dovrebbe poi essere accompagnata dai singoli progetti organizzativi predisposti dai diversi istituti.

Un'ultimissima considerazione. Questo progetto è suffragato dai dati di una ricerca (dati pervenuti recentemente come definitivi, ma che ora dovranno essere rielaborati tecnicamente sotto il profilo psichiatrico) condotta dall'istituto di scienze sanitarie applicate dell'Università di Pavia perchè dall'esterno si effettuasse una valutazione della tipologia dei pazienti mettendoli a confronto anche le diverse variabili, sia cliniche che anagrafiche, relative a detti soggetti.

Ciò dovrebbe rappresentare un ulteriore incentivo per motivare la puntualità del progetto organizzativo.

*CORIASO.* Quanto detto finora dal professor Marinato vale anche per la nostra struttura in quanto anch'essa è di provenienza regionale piemontese e ha pertanto un riconoscimento giuridico diverso da quello delle strutture lombarde.

La legge regionale piemontese ha qualificato la nostra struttura come presidio in base all'articolo 43, secondo comma, della legge n.833 del 1978. Tale legge intendeva fornire una programmazione sanitaria regionale e potenziare alcune attività specialistiche e di carattere organizzativo. Il motivo per cui sono qui è proprio per ricordarlo.

Debbo, dire che stiamo agendo di concerto con la regione Piemonte e con gli assessorati interessati a questa fase di dismissione, rispettando le linee guida che la regione stessa ha indicato in ordine al superamento delle strutture manicomiali. Il nostro istituto non è un ex ospedale psichiatrico, è una casa di cura neo psichiatrica diventata presidio e al cui interno si trovano però alcuni pazienti ricoverati ante legge n. 180. stiamo pertanto operando di concerto con la regione Piemonte in applica-

zione delle linee guida indicate dal Ministero della sanità. Quindi, come già accennava il professor Marinato, per analogia, stiamo applicando le stesse disposizioni che la regione ha emanato per i suoi ex ospedali psichiatrici. Evidentemente questo piano di dismissione ha necessità di essere elaborato gradualmente per poter essere realizzato, diciamo così, per fasi successive. Pertanto in questa prima fase abbiamo iniziato ad operare una classificazione clinica dei singoli pazienti sulla base dei dati relativi alle giunte regionali allo scopo di realizzare, in collaborazione con gli operatori del dipartimento subdipartimentale territorialmente competente e i servizi sociali dei comuni di provenienza di questi ospiti, progetti di dismissione personalizzati.

Credo che sotto il profilo strettamente tecnico queste siano le uniche differenze rispetto alle strutture lombarde, proprio perchè facciamo riferimento e agiamo di concerto con gli assessorati regionali.

*SOLDANI.* Desidero precisare innanzi tutto che abbiamo predisposto un documento articolato in quattro sotto documenti, nel quale vengono illustrati i progetti e le linee guida della riconversione degli ex ospedali psichiatrici da noi gestiti, così come realizzata a livello nazionale e regionale. Nel documento sono indicate anche delle cifre relative al nostro personale. Il fatto però di operare in diverse regioni, ovviamente, ha comportato problemi di interpretazione e di valutazione delle singole realtà regionali.

In questo documento sono indicati i progetti di riconversione e i relativi problemi occupazionali, come affermava poco fa il dottor Mercollella il quale ha anche presentato un documento sull'iniziativa sociale relativa alla nascita di un consorzio avanzando quindi la richiesta, più o meno ufficiale, di attivare un tavolo di confronto.

Noi operiamo prevalentemente nel Mezzogiorno (circa 3.300 dipendenti e 3.200 ospiti si trovano nel Mezzogiorno), ad eccezione di Guidonia. Voglio sottolineare che esistono strumenti particolari, tipo gli accordi di programma e i patti territoriali, attraverso i quali possono agire tutte le parti sociali, dagli enti locali ai sindacati, alle associazioni dei familiari, agli enti *no profit*, allo scopo di realizzare insieme progetti capaci di velocizzare i tempi di attuazione delle riconversioni.

Abbiamo previsto, in linea con quella che è la normativa nazionale, di realizzare residenze sanitarie assistite all'interno delle strutture per un massimo di 120 ospiti per ogni presidio. Tuttavia il grande numero degli ospedali psichiatrici comporta seri problemi se la rete territoriale e le strutture dei servizi territoriali non sono in grado di far fronte alla situazione. Noi quindi ci richiamiamo a questo documento che consegneremo oggi stesso. Speriamo inoltre di approfondire ulteriormente la questione ad un tavolo delle trattative che auspichiamo venga attivato al più presto.

*PRESIDENTE.* Solo una puntualizzazione. Un'interlocuzione con regioni meridionali come Puglia e Basilicata è iniziata o no?

*SOLDANI.* Sì, certamente. Per quanto riguarda la Puglia, poichè il piano sanitario non è stato ancora approvato e poichè solo per la struttu-

ra di Bisceglie il problema investe circa 2.000 dipendenti, le operazioni di riconversione comportano risvolti significativi sul riposizionamento strategico dell'attività. Abbiamo indicato in proposito alcuni progetti, come il mondo della salute dell'anziano e il mondo dell'*handicap* e della riabilitazione. Questo tipo di coinvolgimento comporta però un intervento diretto sul piano sanitario regionale pugliese che è ancora in fase di valutazione. Il problema è la mancanza di indicazioni da parte della regione.

Il discorso è diverso per la regione Basilicata dove la struttura non è più un ospedale psichiatrico già dal 1985 e quindi, chiaramente, è possibile operare con maggiore celerità rispetto alla realtà pugliese. Il problema resta infatti quello di stabilire la sede idonea ad un confronto di tutte le parti interessate al processo di riconversione al fine di velocizzare i tempi del processo stesso.

PRESIDENTE. Dottor Soldani, lei sa meglio di me che per porre in essere un piano sanitario regionale in alcune regioni sono trascorsi quasi 20 anni. La prospettiva non è certo rosea.

COZZA. Signor Presidente, onorevoli colleghi, noi tutti abbiamo come obiettivo la chiusura dei manicomi; ritengo tale fine comune alle proprietà, al sindacato e, più in generale, a tutte le forze politiche del Parlamento. Tutte le forze parlamentari, sia del Polo che dell'Ulivo, hanno presentato progetti in tal senso, per cui non mi sembra vi siano problemi di natura ideologica. Del resto anche a livello internazionale, conformemente agli indirizzi adottati dall'Organizzazione mondiale della sanità, tutte le nazioni, a cominciare dagli Stati Uniti, dalla Francia e dalla Germania, stanno chiudendo i manicomi (in questi ultimi paesi più che altro per ragioni di tipo economico in quanto tali strutture sono ovviamente le più costose).

In Italia sappiamo che la spesa manicomiale rappresenta ancora oggi circa un terzo della spesa per l'assistenza psichiatrica totale e che in precedenza ne assorbiva quasi il 95 per cento.

Ho fatto questa premessa perchè l'obiettivo è proprio la chiusura delle strutture manicomiali; non scordiamoci che la norma che imponeva la chiusura dei manicomi pubblici e privati al 31 dicembre 1996, contenuta in leggi collegate alla legge finanziaria del 1994, risalente quindi al Governo Berlusconi, è stata ribadita e confermata da un altro Governo retto da una diversa maggioranza parlamentare e che si è posto il medesimo obiettivo.

Apprezzo la disponibilità dimostrata dalla proprietà privata circa la possibilità di cominciare a intravedere percorsi in tal senso. Vorrei però che fossimo chiari su alcuni punti. Intanto occorre ribadire che il problema è sostanziale, come ha affermato il dottor Marinato, e non formale, e non sono il solo a dire tutto ciò ma anche il Ministro della sanità, il quale, sia in sede di osservatorio che pubblicamente, ha ribadito che, al di là delle dizioni formali, avrebbe verificato la sostanza delle cose. Quindi, se un manicomio si definisce in altro modo ma in realtà è pur sempre un manicomio, ciò che vale, almeno per il Ministero della sanità

e per il Governo, è questa realtà. Guardiamo quindi alla sostanza e non alla forma.

Vorrei inoltre chiarire un equivoco di fondo che vale per il settore privato ma anche per le strutture pubbliche, e cioè che negli ospedali psichiatrici non vi deve essere ingresso di nuovi pazienti. Ciò rappresenta un punto chiave perchè il grosso pericolo che stiamo correndo è che in realtà si produca paradossalmente un effetto inverso rispetto all'obiettivo che il Parlamento si era prefissato. Esiste infatti il pericolo che si dichiarino formalmente chiusa una struttura (ripeto, mi riferisco a tutti i settori e non solo a quello privato) e la si trasformi in comunità terapeutica (tracciando magari delle linee ipotetiche), dopodichè, il giorno seguente, trattandosi di comunità con più di venti posti, si ammette l'ingresso di nuovi pazienti, alcuni dei quali magari inviati dai servizi territoriali. In questo modo avremmo aperto gli ospedali psichiatrici a nuovi pazienti.

Non è una cosa che dico tanto per dire ma si tratta di un pericolo grosso che esiste sia nel settore privato che in quello pubblico, infatti mi risulta che anche alcune strutture pubbliche stanno adottando processi di ristrutturazione dividendosi in diverse comunità; formalmente la Usl ne dichiara la chiusura, e la regione la conferma, ma successivamente vi si immettono nuovi pazienti. Vi sono anche strutture, come ad esempio l'ospedale psichiatrico pubblico di Padova, in cui sono stati investiti decine e decine di miliardi per ristrutturarlo e trasformarlo in comunità. Attualmente vi sono ospedali psichiatrici con 200 posti letto, ad esempio, che vengono ristrutturati investendovi soldi dello Stato per farne 20 comunità terapeutiche; magari la regione dichiarerà che sono state create 20 comunità terapeutiche ma, in realtà, non abbiamo cambiato nulla. Questo perchè (e in questo momento parlo più da psichiatra) il superamento di tutto ciò, anche dal punto di vista scientifico, si ottiene con comunità distribuite sul territorio; pertanto installare in uno stesso posto 20 comunità insieme non è possibile e rappresenterebbe una presa in giro non solo rispetto alla legislazione regionale ma anche rispetto al progetto terapeutico riabilitativo dei pazienti.

Ho voluto chiarire tale aspetto in quanto è proprio da questo punto fermo che dobbiamo partire con le nostre riflessioni.

Vi è inoltre un altro problema: il reale impegno alla chiusura degli ospedali privati e, anche in parte, di quelli pubblici. La mia sensazione, confermata anche a livello nazionale dal momento che faccio parte dell'osservatorio del Ministero della sanità, è che in realtà vi sia anche in questo campo – mi dispiace usare queste parole – una sorta di presa in giro del Parlamento e di quanto è stato legiferato in materia. Infatti, se vi ricordate, la legge finanziaria 1997 stabiliva che vi sarebbe stata una penalizzazione economica per le regioni che non avessero presentato piani di riconversione entro il 31 gennaio 1997 o che non avessero chiuso i manicomi. La cosa strana (strana per essere in Italia!) è che improvvisamente a gennaio diverse regioni si sono messe a legiferare e sono pervenute una serie di proposte di legge da quasi tutte le regioni; ognuna diceva di aver fatto la legge, alcune erano datate 18, altre 27 gennaio e si può comprendere come la maggior parte di queste leggi

fossero state redatte. Il Parlamento stabiliva solo che bisognava presentare dei piani. Vi è anche una regione, ad esempio, che ha compiuto un miracolo: i pazienti sono tutti guariti, e al 31 dicembre sono passati dalla qualifica di pazienti a quella di ospiti. In pratica sarebbero ospiti e non più pazienti. Tale è il livello di alcune legislazioni regionali.

Vi è a tal proposito una questione in ordine alla quale chiedo chiarimenti ai rappresentanti del Senato e al Parlamento più in generale. Il Ministero della sanità aveva emanato una circolare firmata dallo stesso Ministro, datata 17 dicembre, nella quale si affermava che il Ministero in questione non solo non avrebbe ammesso false o formali chiusure ma avrebbe anche verificato l'attuazione dei piani presentati entro il 31 gennaio 1997, e dava tempo alle regioni (entro la fine dell'anno) per portare a compimento la chiusura dei manicomi.

Ora, mi domando se sia possibile che una circolare sia cogente rispetto alle regioni. La famosa penalizzazione economica d'incanto ha attivato regioni che per decenni non hanno legiferato e che improvvisamente, di fronte a tale pericolo, hanno redatto leggi. Non so se una circolare possa superare una legge finanziaria. Secondo la legge finanziaria infatti una regione, una volta presentato il progetto, non dovrebbe essere più penalizzata. La legge stessa non stabilisce che il progetto debba essere attuato entro l'anno ma semplicemente che il progetto debba essere presentato. Non so fino a che punto una circolare ministeriale, essendo di grado subordinato rispetto alla legge, sia idonea ad impedire una dismissione meramente formale delle strutture private. Per il settore pubblico infatti basterebbe poco impegno ed il vero problema è proprio la mancanza d'impegno. Ricordo che negli ospedali pubblici la media dei ricoverati è sotto i 200 per ospedale psichiatrico; se calcoliamo che circa un terzo, se non la metà, in realtà non sono pazienti psichiatrici, e qualcuno ha ricordato la possibilità di fare anche una Rsa (residenza sanitaria assistita) fino a 120 posti letto, basterebbe attuare alcune strutture sul territorio. Non è così complicato; in effetti diversi ospedali pubblici hanno chiuso ed altri stanno chiudendo. Il vero grande problema è rappresentato dalle grosse strutture private che hanno un numero elevato di pazienti. Però l'impressione è che manchi un impegno anche rispetto a quelle private dove il problema è ancora più complesso.

Pertanto invito il Parlamento a riprendere in mano la situazione per quanto concerne la chiusura altrimenti temo che, passato per le regioni il pericolo della mannaia dello 0,5 per cento (che dovrebbe essere del 2 per cento nel prossimo anno), tutto rimanga come prima, se non peggio, per il paradossale meccanismo di formali chiusure che sono in realtà aperture.

TOMASSINI. Signor Presidente, vorrei innanzi tutto ringraziare gli oratori intervenuti.

Avevo qualche perplessità su un'audizione che univa sindacati e rappresentanti delle strutture private perchè lo scopo non era certo quello di una *cross competition*, e ho proprio l'impressione che essa abbia assunto questo aspetto. Avevamo invitato oggi i rappresentanti di queste categorie perchè rispondessero ognuno per la sua parte e mi sarei aspet-

tato che, più che un'analisi di quanto stanno facendo, come se dovesse portare una prova, giudicassero i problemi della psichiatria, lo stato di attuazione della legge n. 180, del progetto obiettivo, di quanto realizzato e di quanto posto in essere. Nel modo in cui si è proceduto non si risolvono i problemi e nella stessa maniera hanno già riferito in tutte le audizioni i rappresentanti degli enti locali, delle associazioni dei malati e di quelle degli psichiatri, soprattutto per quanto riguarda le urgenze, i trattamenti per la cronicità e la distribuzione dei farmaci. Mi sarei aspettato soprattutto una valutazione tecnica da parte delle categorie oggi rappresentate e non tanto un giudizio politico. Un giudizio politico, perchè tutti i membri della Commissione e tutti coloro che hanno come primo dovere istituzionale quello di esprimere un parere politico hanno detto a chiare lettere che bisogna superare gli ospedali psichiatrici, nonostante abbiamo sentito in tutte le audizioni sollevare il problema di una nuova cronicità e lamentare l'impossibilità di sistemare le cose in tempi brevi.

Così pure è altrettanto chiaro che una chiusura che lo stesso Ministro ha giudicato per alcuni versi un pò affrettata possa aver portato a meccanismi di mimetizzazione, ai quali purtroppo in Italia siamo stati abituati per l'inadeguatezza delle leggi. Pertanto, a mio parere, il pericolo non è tanto l'attuazione completa della legge quanto l'abbandono o l'ignoranza di uno stato di cose che rappresentano invece la realtà quotidiana.

CAMERINI. Signor Presidente, mi scuso se non ho potuto ascoltare tutti coloro che sono intervenuti.

A mio parere un problema irrisolto e oscuro, intrinsecamente difficile soluzione, è come in questo cammino per la chiusura e la disattivazione delle strutture manicomiali si possa passare a strutture territoriali quando gli ex ospedali psichiatrici ospitano tuttora centinaia di degenti. Per l'assistenza alla malattia mentale si parla in futuro di strutture di *day hospital*, caratterizzate dalla possibilità di assistere persone anche tramite scambi sociali. Inoltre, a fronte di centinaia di pazienti, le strutture residenziali che vengono prese in considerazione per il prossimo futuro non dovrebbero avere più di venti persone assistite per unità. Desidererei sapere dai nostri ospiti quale soluzione intravedono per questo problema. Le residenze sanitarie assistite potrebbero essere strutture destinate a malati che non sono elettivamente psichiatrici, vale a dire che hanno problemi psichiatrici ma sono solo parzialmente malati psichiatrici.

In secondo luogo, tenuto conto del fatto che fatalmente in tutti noi ci sono sempre delle resistenze al cambiamento, vorrei sapere come si pensa di poter riqualificare il personale assistente secondo nuovi modelli di assistenza che prevedono lo svolgimento della loro attività in strutture molto piccole distribuite sul territorio e nell'ambito cittadino.

PRESIDENTE. Al termine dell'audizione non posso che ringraziare i nostri ospiti che hanno fornito alla Commissione ulteriori spunti di riflessione.

Credo che questa audizione sia da ritenere positiva se non altro perchè, come ha detto la signora Di Berto, i sindacati e i rappresentanti degli operatori sanitari che operano all'interno degli ospedali psichiatrici di proprietà privata hanno appreso che sono stati predisposti dei progetti che riguardano il personale. Credo che già questo sia un punto di partenza importante, che va valutato positivamente dalla Commissione.

Abbiamo piena consapevolezza che per andare avanti questo processo richiede interlocutori nelle sedi regionali. Per tale motivo chiedevo al rappresentante dell'ospedale di Bisceglie se era stato attivato un tavolo di confronto tra la proprietà e i rappresentanti degli operatori con la regione Puglia. È chiaro che qualsiasi disponibilità da parte della proprietà a trovare soluzioni e un'integrazione con i progetti di attivazione delle strutture territoriali, non può che avere come punto di riferimento certo la programmazione regionale.

La Commissione igiene e sanità, nel corso delle visite alle strutture, ha raccolto una serie di preoccupazioni perchè – e qui sono d'accordo con quello che diceva il dottor Cozza – molte regioni hanno emanato direttive recuperando le linee guida nazionali, ma non si tratta di progetti bensì solo dell'enunciazione di principi che erano già noti al Parlamento. Questo rende difficile il processo di superamento degli ospedali psichiatrici; lo rende difficile per il pubblico ma – penso di interpretare il pensiero del sindacato e della proprietà – anche per la proprietà privata perchè non sono chiari i punti di riferimento per compiere scelte formalizzate alla riconversione e alla riqualificazione del personale.

La Commissione ritiene di avere oggi concluso la prima fase dell'indagine conoscitiva, ma continuerà ad occuparsi del settore psichiatrico. È un processo che va monitorato nel tempo. Ci auguriamo pertanto di poter contare anche in futuro sulla collaborazione della proprietà privata e del sindacato, per trovare insieme i percorsi e gli strumenti necessari a raggiungere un obiettivo comune della Commissione, del Parlamento, della proprietà e anche dei sindacati. Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 16,30.*

---

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

*Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici*

DOTT. LUIGI CIAURRO

