

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

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

10° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 9 APRILE 1997

Presidenza del presidente CARELLA

INDICE**Audizione di rappresentanti di società scientifiche psichiatriche**

PRESIDENTE	Pag. 3, 12, 24 e <i>passim</i>	ATTENASIO	Pag. 18, 20
BERNASCONI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	24	DEL MARCO	14
CAMERINI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	15, 16	DEL GIUDICE	12, 18
DANIELE GALDI (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	22, 23, 26	GABRIELE	6, 16, 18 e <i>passim</i>
MONTELEONE (AN)	27	LUPO	4, 24, 26
TOMASSINI (<i>Forza Italia</i>)	16, 18	SCAPICCHIO	9, 18, 20 e <i>passim</i>
VALLETTA (<i>Sin. Dem.-l'Ulivo</i>)	21, 22		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Pierluigi Scapicchio e il dottor Ferdinando De Marco, in rappresentanza della Società italiana di psichiatria; la dottoressa Giuseppina Gabriele, il dottor Luigi Attenasio, la dottoressa Giovanna Del Giudice, il dottor Emilio Lupo, il dottor Renato Donisi e il dottor Giuseppe Costabile, in rappresentanza della Società italiana di psichiatria democratica.

I lavori hanno inizio alle ore 15,15.

Audizione di rappresentanti di associazioni scientifiche psichiatriche

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. È in programma oggi l'audizione del professor Pierluigi Scapicchio e del dottor Ferdinando De Marco, in rappresentanza della Società italiana di psichiatria; della dottoressa Giuseppina Gabriele, del dottor Luigi Attenasio, della dottoressa Giovanna Del Giudice, del dottor Emilio Lupo, del dottor Renato Donisi e del dottor Giuseppe Costabile, in rappresentanza della Società italiana di psichiatria democratica.

Prima di dare la parola ai rappresentanti delle società scientifiche citate, che ringrazio per essere intervenuti, e di aprire poi il dibattito con gli interventi dei colleghi della Commissione, desidero fare una breve introduzione per chiarire lo stato della nostra indagine conoscitiva.

Essa è stata avviata nel luglio dello scorso anno, poichè tutte le forze politiche componenti la Commissione igiene e sanità del Senato erano fortemente preoccupate per i gravi ritardi presenti in tutte le regioni italiane circa il rispetto del comma 5 dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, che ha introdotto il termine del 31 dicembre del 1996 per la soppressione di tutte le strutture ex manicomiali.

La nostra è stata fino ad oggi un'indagine molto interessante e ci ha offerto spunti importanti. Abbiamo avuto modo di ascoltare i rappresentanti di tutte le regioni italiane (ciò è avvenuto nel periodo di settembre-ottobre) e nel corso di queste audizioni i nostri sospetti sono stati confermati, nel senso che in quel periodo abbiamo registrato un forte ritardo non solo per quanto riguarda il rispetto del suddetto termine indicato dalla legge di razionalizzazione della finanza pubblica per l'attuazione sul territorio delle strutture alternative agli istituti manicomiali, ma anche per quanto concerne l'organizzazione del Dipartimento di salute mentale in tutte le sue articolazioni:

Abbiamo avuto la possibilità di svolgere una serie di sopralluoghi in gran parte delle regioni italiane per verificare anche di persona la si-

tuazione. Abbiamo visitato le realtà più significative per verificare a che punto erano i processi per il superamento delle residue strutture manicomiali.

Non ho bisogno di ricordarlo a voi, ma ritengo che il Parlamento abbia compiuto ulteriori e decisivi passi con l'attuale legge finanziaria. Abbiamo riesaminato infatti la questione della soppressione delle strutture manicomiali dando alle regioni dei vincoli ancora più pregnanti dal momento in cui abbiamo introdotto l'obbligo della presentazione dei progetti ed anche l'ipotetica penalizzazione economica per le regioni che non dovessero rispettare il termine del 31 gennaio 1997.

Alcune delle nostre visite sono avvenute in epoca post-finanziaria, per così dire: abbiamo visitato in particolare la regione Liguria, la regione Lombardia, siamo stati in Sardegna, in Calabria e nella regione Lazio. Debbo dirvi con estrema onestà che siamo ancora fortemente preoccupati sullo stato di attuazione di questo processo; abbiamo l'impressione che le regioni in realtà non abbiano predisposto piani operativi ben precisi: hanno soltanto mutuato le linee guida nazionali calandole nelle realtà regionali. Non abbiamo la certezza dei tempi, delle risorse finanziarie; vi è il problema del personale e soprattutto esiste, a mio avviso, un altro grosso nodo che affronteremo domani in un'altra audizione, quando incontreremo in quest'aula congiuntamente i rappresentanti degli ospedali psichiatrici privati e le componenti sindacali: quello dell'ipotetico «ricatto»: occupazione che potrebbe frenare il superamento dei presidi psichiatrici privati.

Do ora la parola al dottor Emilio Lupo.

LUPO. Signor Presidente, signori senatori, innanzitutto desidero sottolineare l'impegno che da qualche tempo la Commissione sanità del Senato mostra nei confronti dei problemi relativi all'assistenza psichiatrica (ricordando anche ciò che poco fa ha detto il Presidente della Commissione), che ha portato le massime espressioni della partecipazione popolare a definire un chiaro percorso che tenesse finalmente conto dei diritti di quei cittadini rinchiusi nei manicomi del nostro paese. Questo incontro ci rende giustizia e ci è oltremodo gradito perchè riteniamo che esso vada oltre ogni ritualismo formale.

Debbo però dire che, a fronte delle indicazioni chiare e nette circa il processo di dismissione delle strutture asilari del nostro paese, quali quelle indicate nell'ultima legge finanziaria e nella circolare del 17 dicembre dello scorso anno del ministro della sanità Bindi, dobbiamo anche noi registrare che allo stato in molte regioni del nostro paese non vi sono stati nè quello scatto nè quella tensione che la complessità e la delicatezza del problema meritavano, e questo sia da parte delle aziende sanitarie che delle regioni le quali hanno dato in molti casi interpretazioni tendenti a prolungare a tempo indeterminato la presenza dei pazienti in ospedale psichiatrico o, peggio, a ristrutturare parti intere delle strutture manicomiali sotto forma di residenze sanitarie assistite (Rsa), trasformando quindi il processo di dismissione in una mera operazione di facciata, senza modificare la sostanza e il significato della realtà istituzionale.

Già in passato abbiamo sottolineato come il superamento degli ospedali psichiatrici appaia tragicamente ovvio, seppure sempre caratterizzato da una strumentalizzazione che ci auguriamo possa essere progressivamente superata nei fatti, anche alla luce delle tante e significative esperienze territoriali che si sono sviluppate negli ultimi vent'anni in Italia.

Ai lamenti, come alle generiche denunce che si sono susseguite negli anni, Psichiatria democratica ha sempre contrapposto obiettivi concreti – quelli che definiamo indicatori caldi – che segnassero la qualità dell'intervento, favorendo finalmente la presa in carico globale, che tenessero conto delle reali esigenze che emergono dal territorio e che fossero contro ogni sorta di particolarismo o tecnica miracolistica. Non voglio assolutamente aprire una discussione sul problema dell'*elettroshock*: peraltro, i senatori si sono schierati in prima fila contro questa tecnica che, in modo molto arbitrario, viene chiamata terapeutica ma che – come tutti sanno – è empirica, quindi senza alcuna base scientifica. Riteniamo che, in questi ultimi vent'anni, Psichiatria democratica sia riuscita a fare emergere con forza un nuovo stile di lavoro e anche un soddisfacente valore scientifico e culturale delle pratiche territoriali.

Per quanto fin qui esposto, appare evidente che ci troviamo davanti ad una fase importante e delicata, ma siamo certi che l'autorevolezza di questo consesso non farà mancare il giusto sostegno a quegli operatori ed amministratori concretamente impegnati nel processo di reale dismissione degli ospedali psichiatrici.

Vorrei fosse chiaro che la definitiva chiusura dei manicomi in Italia dovrà significare soprattutto idonea collocazione dei cittadini sul territorio. Solo se si provvederà a soddisfare i bisogni prevalenti di quanti il manicomio ha teso a cronicizzare, ospitandoli oggi in piccole strutture inserite nel tessuto vivo e minuto dei luoghi di origine, potremo dire di avere operato in maniera corretta e rispettosa verso questi cittadini che da troppi anni sono «ospiti» dei residui manicomiali. Ci appaiono perciò importanti e significative quelle iniziative poste in essere in talune regioni, laddove sindaci e consigli circoscrizionali accolgono, o meglio riaccolgono, insieme alle scuole, alle forze del volontariato laico e cattolico, ai commercianti e a tante altre agenzie territoriali, attraverso feste di quartiere, gli stessi cittadini che decenni prima erano stati espulsi da quei luoghi.

Il solo pensare al cambiamento non basta di certo; occorre quindi – questa è una delle richieste che ci permettiamo di avanzare – provvedere a monitorare, da subito, il processo di decostruzione e quello di reale reinserimento nei quartieri.

Ed allora il superamento degli ospedali psichiatrici deve significare il pieno sviluppo delle iniziative territoriali, la riconversione della spesa sanitaria (non si tratta, quindi, di spesa aggiuntiva), l'investimento di tutte le risorse necessarie a ridurre lo scarto tra settore sanitario e settore sociale, ma anche il rifiuto di ogni logica di separazione o di qualsivoglia ipotesi volta a fare prevalere modelli lontani dai bisogni reali e concreti dei territori.

Il superamento degli ospedali psichiatrici rappresenta un investimento chiaro sul territorio, per tale motivo parliamo di idonea collocazione sul territorio, perchè superare gli ospedali psichiatrici significa guardare avanti, significa formazione permanente degli operatori, integrazione funzionale, connessione costante con le famiglie, sinergia volta ad una partecipazione effettiva di altri settori della società e significa, altresì, tracciare linee di percorso per raggiungere, fra gli altri, l'obiettivo della riabilitazione sociale. Appare evidente quindi che, al di là delle necessità legate alle cosiddette strutture di servizio e alla loro centralità territoriale, la pratica territoriale abbisogna, più che di risorse strumentali o tecnologiche (come credo sia per altri settori della medicina pubblica), di risorse concrete e dell'impegno collettivo degli operatori, della particolare capacità del gruppo di lavoro a rapportarsi con rispetto e disponibilità verso chi si rivolge ai nostri servizi, sviluppando l'attitudine all'ascolto e all'accoglienza dell'altro, della sua diversità, della sua solitudine, del disagio della sua vita. Riteniamo che, insieme a tutte le altre istituzioni pubbliche, voi possiate governare la chiusura degli ospedali psichiatrici, che diventa per tutti un obiettivo irrinunciabile, una tessera fondamentale nella costruzione del mosaico per una nuova salute mentale: la partecipazione degli enti locali nella ricerca delle strutture abitative, la riconversione dei fondi finora persi nei manicomi – perchè nei manicomi si perdono le persone e i soldi – l'apporto del privato sociale, del volontariato laico e religioso, delle associazioni dei familiari, sono elementi qualificanti che possono segnare il cambiamento. Dobbiamo ricordarci che per molti pazienti, soprattutto per quelli ricoverati da molto tempo, chiudere i manicomi significherà, dopo tanti anni, la ricostruzione dei profili personali, anagrafici, amministrativi, patrimoniali e fiscali, ma soprattutto la presa in carico qualitativa nelle strutture di accoglienza, verso le quali andrà posta un'attenzione costante se si vogliono evitare nuove e più raffinate forme di controllo sociale.

In conclusione, la Società italiana di psichiatria democratica rinnova la sua piena disponibilità ad ogni forma di collaborazione che possa essere di qualche ausilio allo sviluppo di un nuovo sapere, disancorato da uno specifico psichiatrico, affinchè si realizzi un reale processo di deistituzionalizzazione, che è presa in carico di bisogni, ma anche partecipazione diffusa, pieno utilizzo delle risorse, lotta ad ogni forma di emarginazione e soprattutto, per quello che riguarda gli operatori, sviluppo della responsabilizzazione oltre gli specifici professionali.

Psichiatria democratica, quindi, rivolge un appello affinchè il superamento di tutti gli ospedali psichiatrici, pubblici e privati, avvenga nelle forme e nei tempi previsti per legge e con il concorso di quanti sono impegnati, a vario titolo, nel garantire dignità e diritto di cittadinanza a tutti i cittadini.

GABRIELE. Credo che a questo punto, proprio perchè abbiamo già lavorato insieme e la Commissione già si è fatta carico di ciò che il presidente Carella diceva, sia il caso – mi si perdoni la maniera un pò rozza – di mettere un pò più i piedi nel piatto.

Anzitutto vorrei esprimere una preoccupazione su un fatto prioritario, sul quale poi, se ci sarà tempo, potremo scendere un pò più nel merito: le linee guida che sono state inviate dal Ministero ai servizi sono le prime linee guida che aveva predisposto l'Osservatorio per la salute mentale e contengono un dato di fondo che poi produce quel trasformismo di cui parlava il dottor Lupo; cioè, siccome in quelle linee guida c'è un dato centrale che permette ai manicomi pubblici e privati di fare residenze sanitarie assistite e comunità in numero indefinito e senza un progetto preciso, noi crediamo che ciò abbia indotto i rischi di cui parlava il dottor Lupo. Quindi credo che sia da chiarire bene (io sono sempre molto esplicita e in questo caso credo sia meglio, perchè qui si tratta di stabilire in maniera trasparente una collaborazione) come il Ministero intende procedere in questa direzione perchè, se nei servizi arrivano dei messaggi troppo contraddittori (per esempio, quella dell'*elettroshock* è stata una questione gravissima che noi abbiamo denunciato in tutti i modi e che continueremo a denunciare), c'è il rischio che operatori, utenti, familiari e cittadini in genere vedano nelle istituzioni un atteggiamento un pò ambiguo, mentre, a nostro avviso, le istituzioni devono avere un atteggiamento coerente.

Allora, noi apprezziamo molto tutte le posizioni che sono state prese da questa Commissione ma anche dalla corrispondente Commissione della Camera, ma vorremmo sapere come questo si traduce in linee operative e che cosa intenda veramente fare il Ministro. Infatti, ha ragione il dottor Lupo a dire che il Ministro ha mandato una circolare molto ben fatta, molto chiara, ma immediatamente dopo, non sappiamo se con piena consapevolezza (perchè sappiamo che c'è una differenza tra il Ministro e il Ministero, qualche volta succede che le posizioni dei due organi non coincidano), sono arrivate le indicazioni sulla questione dell'*elettroshock* e mentre, per quanto riguarda le vecchie linee guida, queste in teoria, siccome erano state criticate, avrebbero dovuto essere emendate, poi in realtà, ciò non è successo e nei servizi sono arrivate le vecchie linee guida.

Vengo quindi alla questione delle linee guida che poneva il presidente Carella, e a tale riguardo entrerà brevemente nel merito della situazione del Lazio, che comunque è esemplificativa della situazione in generale. Le regioni, per timore della penalizzazione, avevano elaborato delle linee guida due giorni prima che questa scattasse, scrivendo tutto quello che riuscivano a scrivere; la regione Lazio aveva scritto delle linee guida che, come Psichiatria democratica, avevamo ritenuto gravissime. Poi vi è stata un'interlocuzione, perchè comunque siamo stati ascoltati anche in quella sede e quindi le linee guida sono state modificate; tuttavia, anche se ora, da un punto di vista formale, risultano corrette, rischiano di non produrre assolutamente alcun risultato essendo una cornice vuota poichè mancano i progetti operativi: contengono soltanto alcune indicazioni e basta. Nonostante siano una cornice vuota, esse potrebbero anche produrre degli effetti minimi, ma rischiano di non produrre neanche quelli. E passo a trattare della questione dei manicomi privati.

Mentre nei manicomi pubblici la questione occupazionale non si pone, è del tutto evidente che per quanto riguarda i manicomi privati rischia di porsi il ricatto occupazionale. Nel Lazio vi è il problema di Guidonia, dove, a fronte di circa 500 pazienti (in realtà sarebbero 570, ma alcuni potrebbero essere stati dimessi), ci sono circa 600 dipendenti: allora bisogna capire, in una realtà così piccola, che cosa si può fare di questi 600 dipendenti. Per questo è importante l'incontro che si svolgerà domani, anche perchè noi chiedemmo a suo tempo che il Ministro stesso aprisse un tavolo di trattative con le proprietà, con le associazioni scientifiche e con tutte le istituzioni deputate per chiarire la questione occupazionale, che indubbiamente esiste; infatti, c'è una questione occupazionale e c'è una questione culturale, però ciò che in questa sede voglio in qualche modo denunciare è che quel poco che si poteva trarre dalle linee guida, nel caso esemplificativo di Guidonia non è stato realizzato. E vi porto due esempi specifici.

Le linee guida prevedono che si costituisca l'ufficio tutele per garantire l'utilizzo del patrimonio dei pazienti (che è una questione serissima, come potete immaginare) e che vengano trasformati i pazienti in ospiti, cioè che vengano garantiti, seppure all'interno della struttura, il diritto alla libertà, il diritto ad andare in giardino, ad uscire dai reparti: dovete immaginare anche cose molto semplici, in quanto un percorso riabilitativo comincia anche, appunto, da cose semplici, dal fatto che pazienti legati da anni vengano sciolti materialmente e portati in giardino a fare una passeggiata; ecco, questo percorso riabilitativo non è cominciato nonostante alcuni operatori, in particolare primari interni all'ospedale di Guidonia, si siano spesi in questa direzione, abbiano cercato di adoperarsi. Siamo arrivati al punto che uno di questi primari, il dottor Izzo, che si è molto speso proprio nel tentativo di fare riabilitazione, che ha creato delle cooperative, insomma ha fatto delle cose che oggettivamente sono riabilitazione psichiatrica, l'altro ieri, portato all'esperazione, ha sporto una denuncia ai carabinieri per questa situazione di Guidonia.

Credo che, rispetto a tali situazioni specifiche, bisogna arrivare a un chiarimento, perchè capisco la preoccupazione occupazionale, capisco che nel privato non si può risolvere così facilmente, come nel pubblico la questione della mobilità, con tutti i problemi che conosciamo e che qui è inutile ripetere; però, occorre ricordare in primo luogo che l'interlocutore dei lavoratori è la proprietà, non è lo Stato, non è la regione. Invece si confondono i ruoli ed è come se, dovendo la Fiat licenziare degli operai, questi decidessero di rivolgersi alle istituzioni per la soluzione del problema: certo, ci dev'essere un tavolo combinato, però l'interlocutore dei lavoratori è la proprietà, mentre l'ente pubblico, lo Stato, la regione, deve fungere da elemento mediatore rispetto a queste due parti; invece i lavoratori hanno confuso la regione con la proprietà, come se da questo punto di vista fossero dei lavoratori dipendenti della regione.

Un altro esempio è che i fondi stanziati dalla regione Lazio per la formazione e riqualificazione, degli operatori non sono stati utilizzati.

Quindi quel poco che si poteva trarre dalle linee guida nella regione Lazio non ha prodotto nulla per quanto riguarda il manicomio di Guidonia.

Sono venuti dei senatori, sono venuti dei deputati, quindi non c'è, sotto questo profilo, un'inadempienza da parte vostra, onorevoli parlamentari, questo è chiarissimo, siete stati fin troppo attenti; però sicuramente ci dovete aiutare a capire, in primo luogo, come si possa difendere quella parte di operatori che la riabilitazione la vuole fare e che sta dentro gli ospedali psichiatrici, pubblici e privati – non so quali possano essere le forme, però bisogna prendere posizione – e, in secondo luogo, come si possano introdurre da subito dei cambiamenti nella qualità della vita interna. Non bisogna essere faziosi e dire che domani mattina è possibile fare nei manicomi privati come nel pubblico, però almeno si dovrebbe costringere le proprietà a garantire uno *standard* di vita interno accettabile: questo a Guidonia non c'è (a me risulta che non ci sia neanche a Bisceglie, però parlo di Guidonia perchè ci vado quasi settimanalmente; preferisco non dire cose delle quali non sono testimone diretta), ma sicuramente a Guidonia nel giro di pochi giorni si potrebbe cambiare la qualità della vita interna.

SCAPICCHIO. Signor Presidente, onorevoli senatori, in realtà noi avevamo immaginato di costituire una terna di esperienze che, oltre alla mia partecipazione come presidente della Società italiana di psichiatria, fosse rappresentazione di due realtà che ci sembrano emblematiche del procedere attuale: l'esperienza della direzione del manicomio di Napoli, che tra l'altro voi ben conoscete e che sicuramente rappresenta il pro e il contro, le luci e le ombre più concrete e più «sane», da un punto di vista concettuale, dell'evoluzione del problema, ma il dottor Rossano purtroppo ha avuto un impedimento per cui non è presente l'altra esperienza che è quella del dottor De Marco e riguarda la provincia di Frosinone, una provincia che non ha avuto territorialmente manicomi pubblici in passato ma si serviva del manicomio privato e che adesso riesce a mettere in opera, come sentirete, una serie di misure che sul piano dell'effettiva resa del territorio ai pazienti io definisco di primissimo ordine rispetto alla gravità del problema e alla concretezza nell'affrontarlo.

Devo esordire ringraziando, non per rituale retorica, la Commissione Igiene e Sanità del Senato: sono convinto (e credo che questa sia una convinzione generale) che, senza l'opera di questa Commissione, di chiusura dei manicomi in Italia non se ne sarebbe mai parlato. Sarò forse eccessivo in questa mia riflessione ma ormai, conoscendo da moltissimi anni certi balletti e certi rituali (per esempio, io ero in questa stessa sede quando terminammo, pochi giorni prima di Natale, con tre senatori e tre esperti, il «travaso» della legge n. 180 nella legge n. 833), quindi avendo una lunga militanza in questo genere di problemi, so benissimo che certe situazioni non hanno la possibilità di essere denunciate e risolte senza un intervento istituzionale forte.

E noi vi dobbiamo dare atto, come Commissione Igiene e Sanità del Senato, che questo intervento istituzionale forte è stato e continua ad

essere fatto. Siete diventati lo spauracchio per le situazioni inadempienti come nei film western quando Geronimo, dopo il primo attacco, torna all'assalto del nemico. La situazione è questa e dà la misura di quanto la vostra funzione sia determinante.

Lei, signor Presidente, ha parlato di ritardo: il ritardo c'è perchè si è iniziato a parlare di questo problema a ridosso della scadenza temporale della finanziaria. È un ritardo che a nostro avviso ha due matrici diverse: una che riguarda il settore pubblico e una che riguarda il settore privato. Tuttavia, al di là dell'analisi – che poi a questo punto diventa inutile – delle ragioni per cui questo ritardo si è accumulato nelle due dimensioni assistenziali, quello che mi ha colpito del suo discorso è la negazione dell'intervento e della predisposizione di piani da parte delle regioni. Il paradosso, signor Presidente è questo: ogni regione e addirittura ogni singola unità sanitaria locale ha predisposto dei piani operativi. Come dirò alla fine abbiamo un collettore ben ramificato in periferia che ci ha permesso l'acquisizione di documenti, che ho letto con sorpresa e piacere e che ho trovato interessanti e straordinari. Quindi piani ce ne sono in moltissime parti d'Italia ma sono tutt'affatto teorici. Quindi la paura di essere incalzati dalle istituzioni centrali ha prodotto una conseguenza che sul piano teorico è inappuntabile ma sul piano pratico non dà luogo a realizzazioni.

Vorrei ora toccare l'aspetto del ricatto occupazionale. Non so fino a che punto si configuri un vero e proprio ricatto. Non sono un giurista ma il ricatto dovrebbe presupporre un disegno, un dolo, un'intenzione precisa di mettere in difficoltà l'altra parte a fini criminosi. Nel caso specifico il ricatto occupazionale nasce fino ad un certo punto dalle grandi proprietà private, che poi si concentrano in due grandi enti religiosi e in un paio di grossi enti privati residenti in Abruzzo. In realtà sono gli stessi dipendenti che si sentono assediati e precedono di gran lunga le intenzioni degli stessi datori di lavoro addirittura scavalcandoli: ormai sono loro che in preda al panico agiscono e si corporativizzano in un'azione un pò di ostruzionismo e un pò di incongruenza operativa.

In realtà il vero nodo di questa situazione occupazionale è che nel caso dei manicomi privati, che ancora ospitano più di 5.000 pazienti tra Lombardia, Puglia e Abruzzo, per tirare fuori queste persone si deve attivare la parte pubblica. È vero che questo processo deve essere predisposto dall'interno ma concretamente, fisicamente perchè questa gente esca non si può far conto sulle risorse private, altrimenti vengono fuori i «pateracchi» che, come diremo fra poco, si sono verificati per la situazione abruzzese. Il settore privato non ha la possibilità di tirare fuori migliaia di persone: l'ostruzionismo più o meno involontario – io credo più involontario – e il panico cui sono soggetti gli operatori interni, fa sì che la situazione si possa oggi definire di stallo.

Potremmo eccepire che è finita la funzione storica specialmente degli enti religiosi; l'imprenditore privato che esercita il profitto può riciclarsi, gli istituti religiosi che svolgevano tale ruolo come accessorio, possono vederlo esaurito in questo momento e dire *in extremis* che non si occuperanno più di questi problemi. Lei, signor Presidente, del resto conosce molto bene la situazione della regione Puglia data

la sua provenienza elettorale e quindi non debbo spiegarle molte cose.

Se oggi ci troviamo di fronte a questa situazione così complessa dal punto di vista occupazionale e soprattutto gestionale, come ricordava la dottoressa Gabriele, per venirne fuori dobbiamo effettivamente accettare, come è corretto e logico che sia, che si attivi un processo che permetta questa deistituzionalizzazione, oppure dobbiamo procedere purchè si proceda, purchè si esca fuori dai manicomi, dimettendo le persone come è avvenuto ad esempio nella provincia di Chieti e un pò meno in quella di Pescara.

Ritengo che, se prescindiamo da un processo interno volto a preparare queste persone alla dimissione ci troviamo di fronte a problemi fondamentali sui quali credo la Commissione debba discutere e confrontarsi. Il primo è il rischio che io definirei «abruzzese», cioè tutti fuori nel giro di una settimana, 230 persone messe in luoghi dal punto di vista strutturale certamente più accettabili delle mura manicomiali ma che in sostanza sono un manicomio trasferito da una parte all'altra. Infatti, mancando un processo culturale, mancando un modo di gestire queste situazioni, si ricade negli stessi errori.

Il secondo rischio è quello della stasi da pleora: situazioni come quella di Bisceglie, con 2.000 persone ricoverate, necessitano di un processo da avviarsi negli anni. In 19 anni non è stato fatto niente ma non è che di fronte alla nostra grande assunzione di responsabilità possiamo pensare che 2.000 persone vengano fuori con la semplice buona volontà delle regioni.

Il terzo problema, forse più grave dei primi due messi insieme, è che la malattia mentale come tale, è oggi numericamente rappresentata in un modo percentualmente esiguo rispetto ad una patologia di altro tipo, che si conosce da sempre e che i manicomi hanno accolto come collettori delle disgrazie sociali e che è finita per diventare prevalente per un dato meramente anagrafico. Infatti le persone che per gravi patologie connatali entravano nei manicomi erano giovani: oggi nel procedere del decesso per cause biologiche finisce con il restare in queste istituzioni quella massa di persone che non è propriamente costituita da malati mentali ma che comunque rappresenta per la società e per i suoi organi di governo un problema gravissimo, che non si può pensare di gestire o di dimettere con la stessa logica con cui si gestiscono assistenzialmente o si dimettono i malati di mente strettamente definiti.

Per concludere potrei scegliere due strade: quella di fare una bellissima mozione degli affetti, di segnare auspici, auguri e complimenti a questa vostra splendida opera politica, ma in questo momento dire che con lo sforzo di tutti si arriverà presto ad una buona definizione del problema sarebbe una sciocchezza e non mi sento di affermarlo.

È dunque corretto oggi affermare che in base alla fotografia, che ho dell'Italia e che voi avete ben riprodotto nelle vostre ispezioni, è ragionevole immaginare che questo processo, grazie al vostro pungolo (perchè se non ci fosse saremmo nel mare aperto), non possa durare meno di un paio di anni, per avere risultati eticamente apprezzabili e per non fare operazioni non corrette e non utili per i pazienti.

Cosa si deve fare? Di fronte al fatto che mantenere in maniera ferrea una legge che può essere poi vanificata dall'inadempienza è culturalmente inammissibile, credo che ciò che possiamo chiedere alla Commissione Igiene e Sanità del Senato è che continui in questa opera di vigilanza, di pungolo ed anche di intervento pratico sulle cose. Al di là del pungolo rappresentato dalla presenza fisica, credo che possiate fare molto nel tentativo di stabilire un tavolo comune con le regioni (probabilmente potreste anche arrivare ad una proposta nel quale le proprietà dei manicomi privati riescano a definire tempi e modi per procedere in maniera vincolante, contraddetti i quali poi si può agire in tutte le maniere possibili ed immaginabili per sanzionare le inadempienze.

Risolto il bubbone del settore privato credo che il settore pubblico sia più facilmente affrontabile. In questo ambito non vi sono trasformismi, non vi sono necessità di sopravvivenza, c'è anzi una decisa tendenza a far sì che il manicomio come tale scompaia fisicamente dal riscontro operativo.

Però, se in qualche modo avessimo già affrontato e definito la questione dei manicomi privati, avremmo risolto il problema ad onta della disparità numerica (anche se – ripeto – non c'è la stessa percentuale).

In conclusione, come società scientifica che rappresenta 5.000 psichiatri (tutti assolutamente convinti che quanto si sta affermando oggi sia reale), abbiamo attivato una ricerca con le nostre segreterie regionali per l'acquisizione di una serie di rilievi e di riscontri, forse un pò più agile e rapida rispetto al Ministero stesso. Se può farvi piacere e se non ritenete che si tratti solo di scartoffie inutili, potremo redigervi un rapporto trimestrale, stilato dal punto di vista degli operatori, cioè degli psichiatri, sull'evoluzione della situazione regionale e potremo fornirvi i piani *antitrust* predisposti. Abbiamo preparato una sorta di quadro sinottico sulla convergenza tra il piano teorico e le possibilità concrete di attuazione e ne è scaturito un lavoro interessante: entro l'estate potremo fornirvi la prima *tranche* di questo spaccato, considerato dall'interno e non dall'esterno. Se lo riterrete opportuno, dopo l'estate, potremo incontrarci nuovamente per effettuare un concreto *check* della situazione.

PRESIDENTE. Credo di poter anticipare che la Commissione sarà felice di collaborare e di acquisire questi dati.

DEL GIUDICE. Signor Presidente, come rappresentante della Società italiana psichiatria democratica – vengo dall'esperienza di Trieste – vorrei porre, proprio a partire dalle linee guida, alcune questioni molto più pratiche, considerato che finora non è stato fornito un ampio quadro della situazione. Affronterò, quindi, alcune questioni particolari che mi preoccupano, sulle quali vorrei rivolgere alcune domande al Presidente della Commissione.

Come lei, signor Presidente, nutro grandi preoccupazioni circa i piani operativi delle regioni che hanno adottato soltanto le linee operative, sono stati richiesti (non so se da tutte le regioni d'Italia) indicatori su cui basare tali piani operativi e credo sia molto importante che la Commissione stessa del Senato o il Ministero della sanità definiscano

tali indicatori in base ai quali, oggi, verificare i piani operativi e, domani, lo svolgimento del processo di reale superamento degli ex ospedali psichiatrici.

Vorrei sapere se la commissione che ha effettuato l'indagine in tutta Italia – come lei, signor Presidente, ci ha riferito e come già sapevamo – ritenga di doverla ripetere anche nel corso del 1997, verificando direttamente l'evoluzione del processo di superamento degli ex ospedali psichiatrici o se invece (riprendo la questione posta dal professor Scapicchio) intenda nominare tecnici che svolgano tale compito. È estremamente importante il lavoro che la Società italiana di psichiatria sta svolgendo, però mi chiedo se i tecnici non debbano essere indicati da voi, cioè da codesta Commissione del Senato.

Inoltre, rispetto alla questione del privato che il professor Scapicchio ha posto con molta autorevolezza (se non sbaglio, egli è il coordinatore scientifico del Don Uva), le linee-guida dovrebbero essere più incisive nel vincolarlo ad un superamento reale delle istituzioni come il manicomio. Evidentemente, non si può «gettare via» la gente ed operare dimissioni selvagge, però mi pare che ciò emerga chiaramente anche dalle lettere del Ministro e di questa stessa Commissione; d'altra parte, dalle cosiddette dimissioni selvagge del 1978 ad oggi sono trascorsi quasi vent'anni e la legge 13 maggio 1978, n. 180, ha già introdotto una nuova cultura in merito.

Non sono molto d'accordo, invece, sul fatto che oggi ci troviamo improvvisamente ad affrontare un cambiamento. Da trent'anni, in Italia, si sta lavorando per una trasformazione culturale attorno alla sofferenza psichica e all'assistenza delle persone con problemi di salute mentale e credo che tutti abbiamo avuto il tempo di formarci a questa nuova cultura.

Vorrei esprimere, inoltre, una preoccupazione in merito alle linee-guida dei sottoprogetti. Ad esempio, il sottoprogetto relativo alla riabilitazione, rivolto alle persone che hanno bisogno di un periodo più lungo dei 12 mesi prima di essere reintegrate nel territorio e diventare autonome, prevede un lavoro in comunità. Tali comunità possono essere poste sia all'interno che all'esterno dei comprensori degli ex ospedali psichiatrici: tuttavia, la situazione italiana è così preoccupante che a me sembra che esse siano molte di più all'interno. Se ben ricordo, nelle linee guida non viene assolutamente indicato un limite di persone che possono rimanere all'interno di tali comunità (se vengono poste all'interno dei comprensori degli ex ospedali psichiatrici). Ciò si aggiunge al fatto che le residenze sanitarie assistite (le cosiddette Rsa) per geriatrici e disabili, non gestite dai dipartimenti di salute mentale (Dsm), possono accogliere un numero rilevante di persone, questo mi fa temere fortemente che il numero dei lungodegenti all'interno dei comprensori ospedalieri possa essere molto alto, anche in relazione al cosiddetto percorso di superamento e pertanto sia difficile che la situazione possa modificarsi.

Peraltro, mi preoccupa fortemente che le Rsa non gestite dai Dsm affluiscano ad altre unità operative. Quindi, la domanda che le rivolgo è la seguente: come si concilia tutto questo con il fatto che nelle Rsa stesse, all'interno degli ex ospedali psichiatrici (che non vengono gestite dal

dipartimento di salute mentale), si possano fare azioni, che genericamente si definiscono psichiatriche, con operatori del dipartimento, per i nuovi utenti, in centri diurni?

A mio avviso, il rientro della nuova utenza all'interno dei comprensori determina una situazione estremamente pericolosa.

Infine, vorrei sottolineare un ultimo aspetto, che tutti conoscono e che forse appare un pò banale: voi, che avete maggiore autorevolezza di noi, dovrete vincolare il superamento degli ospedali psichiatrici alla costruzione di alternative reali e non solo residenziali, le comunità e le Rsa non distruggono il manicomio – come abbiamo verificato – ma sono necessarie soltanto se sono inserite all'interno di una forte rete di servizi psichiatrici, che sia veramente alternativa al circuito manicomiale e si faccia carico della sofferenza nel territorio.

DE MARCO. Signor Presidente, voglio fornire un contributo relativo alla nostra esperienza nella provincia di Frosinone in merito al superamento delle istituzioni manicomiali; si tratta di un'esperienza che stiamo maturando nel corso dei mesi perchè c'è stata fornita effettivamente l'opportunità di utilizzare nel tessuto manicomiale strutture, come quella di Guidonia, che fino a poco tempo fa potevano essere ritenute tabù e quindi assolutamente non «interpretabili» o valutabili. Abbiamo censito tutti i nostri concittadini presenti nelle varie strutture, ad esempio, in quelle di Aversa e Guidonia, o nel residuo manicomiale di Ceccano (che è il Santa Maria della Pietà, vecchia succursale del Santa Maria della Pietà di Roma). Inoltre, abbiamo una situazione atipica, rappresentata dalla presenza nel territorio della provincia di Frosinone di tre istituti psichiatrici (ad Alatri, a Castrocielo e a Sant'Elia Fiumerapido), per un totale di 385 concittadini in condizioni molto gravi.

In questi tre istituti psichiatrici andavano a confluire non soltanto delle persone con disturbi psichiatrici, ma anche quelle che, a mio avviso, costituiscono veramente lo zoccolo duro della psichiatria, che probabilmente non si affronta in maniera decisiva, cioè tutte quelle persone affette da patologie psichiatriche, tipo cerebropatie, oligofrenie gravi, implicazioni di psicosi organiche o psicosi che non guariscono, psicosi che non si cronicizzano, psicosi che in qualche modo rimangono sempre acute, e che erano, appunto, a totale carico di questi istituti psichiatrici. Per la prima volta siamo entrati in questi istituti e abbiamo cercato di elaborare anche lì un programma di dimissibilità: ci siamo trovati di fronte a delle situazioni gravissime, ma anche a delle situazioni che potevamo affrontare; per queste ultime ci siamo attivati soprattutto con l'ausilio degli enti locali, con l'istituzione di multiappartamenti, case alloggio e anche con il reperimento di strutture comunali, ex conventi, eccetera, per la sistemazione adeguata e dignitosa di questi nostri concittadini.

Resta il grave problema di questa – chiamiamola così – cronicità psichiatrica-non psichiatrica, che è al confine con tante altre patologie e che, secondo me, bisogna in qualche modo affrontare e non chiudersi gli occhi, decidendo definitivamente se è un problema psichiatrico o di altri, perchè questo è lo zoccolo duro da tenere presente per

il superamento effettivo delle strutture manicomiali, sia private che pubbliche.

Come Società italiana di psichiatria, abbiamo dato il grande contributo del professor Scapicchio, che credo sia in linea con le posizioni di Psichiatria democratica che forse è una delle primissime volte che i colleghi e i compagni di Psichiatria democratica si trovano sulla stessa lunghezza d'onda della Società italiana di psichiatria il che vuol dire che il problema è sentito, vuol dire che effettivamente si è colto nel segno; quindi, ripeto, delle associazioni scientifiche, culturali e anche politiche si trovano sulla stessa lunghezza d'onda. Un ulteriore contributo penso possiamo darlo sottolineando tre aspetti.

È essenziale, a mio avviso, che si diano delle disposizioni molto categoriche per codificare uno stretto rapporto tra sistema sanitario nazionale ed enti locali per superare definitivamente il problema manicomiale.

Un altro aspetto che io credo indispensabile è dare delle nuove direttive, delle nuove regole per la scelta dei direttori generali, per esempio, delle aziende sanitarie locali. Nel Lazio ci sono sette aziende che da un anno e mezzo non hanno direttore generale; in particolare, la mia azienda un anno e mezzo non ha direttore generale, non si sa se prenderà servizio oppure no e non si riesca capire bene con quali criteri e con quali criteri esso venga scelto.

Inoltre, parliamoci chiaro: le innovazioni in psichiatria si fanno se i direttori dei dipartimenti seguono degli indirizzi particolari; non è possibile che i direttori dei dipartimenti siano delle persone anziane, colluse con il vecchio sistema; sono stati loro a non superare i vecchi manicomi e adesso li ritroviamo a far i direttori dei dipartimenti. Probabilmente, andremo incontro ad un nuovo fallimento.

Allora credo sia opportuno a questo punto, che il legislatore dia nuove regole e nuovi indirizzi per la nomina dei direttori generali, in senso generale e, in particolare, dei direttori di dipartimento.

Un altro punto che, per quanto riguarda il Lazio è nelle linee guida ma che deve trovare attuazione, è l'attivazione delle consulte locali, che non debbono rappresentare soltanto dei centri di consulenza, ma debbono anche entrare a pieno titolo, a mio avviso, nella gestione effettiva di un dipartimento di salute mentale.

CAMERINI. Ho ascoltato con molto interesse quello che hanno detto i nostri ospiti e sono personalmente convinto della grande importanza della chiusura degli ospedali psichiatrici; però non vorrei dimenticare che molti di noi, forse tutti, siamo rimasti colpiti anche dalla testimonianza di alcune associazioni dei familiari, le quali ci hanno detto che in molti luoghi la sofferenza di questi pazienti, di queste persone è stata trasferita, insieme alla relativa responsabilità, a livello delle famiglie; esse hanno soprattutto lamentato alcuni aspetti che interessano specialmente i malati giovani più gravi, per i quali alcune volte si è avuta la rottura, ad esempio, del rapporto terapeutico, il mancato intervento dei servizi a domicilio, mentre la responsabilità,

ci è stato detto, in alcuni casi, è stata trasferita a livello delle famiglie per la scarsa efficienza dei servizi stessi.

Naturalmente questo non è un fenomeno generalizzato, per fortuna, però è un qualcosa che è presente nel nostro paese, per cui io credo che il nostro sforzo debba essere quello di trasferire i principi in realtà operative, che purtroppo in più parti del nostro paese sono ancora carenti.

Ecco, vorrei dai nostri ospiti un giudizio su questo problema e cosa si può fare perchè tutto questo non si verifichi.

La seconda domanda che vorrei fare è la seguente: È stato citato l'impegno organizzativo e l'impegno delle persone; per esempio, si è citato prima il fatto che, se un direttore di dipartimento non ha delle idee chiare e aggiornate in questo campo, pochi saranno i passi in avanti; non sono però state citate le risorse. Ecco, la domanda che faccio è: quel 5 per cento della spesa sanitaria globale che il progetto dell'assistenza per malattie mentali prende in considerazione, voi lo considerate sufficiente?

GABRIELE. Se venisse dato, sì, senatore, il problema è che non viene dato.

CAMERINI. Passo subito ad un'altra domanda. Mi pare che quello che molti di noi già pensavano sia stato confortato dai suggerimenti che sono venuti oggi: cioè, se il Ministero della sanità ha compiti generali di indirizzo e di verifica, emerge la grande importanza di un sistema di monitoraggio e di verifica dell'attuazione della riforma nelle varie parti del paese. Credo che questo sia uno degli aspetti fondamentali e vorrei sapere da voi se questo è uno dei messaggi forti che ci date.

Ultimo punto. Io sono rimasto colpito da alcune considerazioni, che sono affiorate durante le nostre visite o che sono state fatte dagli ospiti che abbiamo avuto qui, circa il non sempre sufficiente impegno dell'università nell'affrontare il problema del disturbo mentale (mi rivolgo specialmente ai nostri ospiti rappresentanti della Società italiana di psichiatria).

Io mi rendo conto che praticamente la psichiatria si è trasferita in gran parte sul territorio mentre la tradizione universitaria è più legata all'istituzione ospedaliera. Credo però che non dobbiamo dimenticarci della grande importanza che ha la formazione professionale sia medica che non medica nell'attuazione delle riforme. Vorrei sapere se voi condividete queste critiche che sono state rivolte e quali possono essere gli impegni per quanto riguarda il futuro.

TOMASSINI. Signor Presidente, mi scuso perchè porrò una serie di interrogativi per i quali non potrò attendere le risposte a causa di un altro impegno che mi costringe ad allontanarmi, comunque il senatore Lauria del mio Gruppo prenderà debitamente nota delle eventuali risposte.

Mi sembra di capire, ascoltando gli operatori, che le preoccupazioni espresse dal Presidente e condivise dalla Commissione nella sua col-

legialità siano generalizzate. Certo queste preoccupazioni non riguardano il modello culturale che ha portato al superamento dei manicomi, al quale siamo tutti grati e del quale siamo tutti consci, ma piuttosto riguardano i saccheggi che sono intervenuti nello spazio tra quel modello culturale di cambiamento e la sua reale applicazione e i mezzi che sono stati offerti per il superamento di quella situazione. Affiora quindi da parte nostra il dubbio che la legge n. 180 sia comunque da rinnovare alla luce delle esperienze più recenti, anche per il fatto che dopo tanti anni non è stata ancora completamente applicata. Mi sembra di aver colto qualche critica in questo senso in alcuni degli interventi, ad esempio quando ho sentito la dottoressa Del Giudice dire che le residenze sanitarie assistite ed altri strumenti analoghi non si pongono sufficientemente come proposte alternative alla chiusura; quando da parte del professor Scapicchio abbiamo sentito parlare di elementi di pianificazione che, pur validissimi, sono assolutamente non applicati ed infine quando si è parlato del problema di una nuova cronicità «inevadibile» che comunque è presente.

Vengo quindi alle domande ricordando, come ha già fatto il collega Camerini, che abbiamo sentito forti critiche dalle associazioni dei parenti. Verrebbe facile dire che i parenti molto spesso sono i primi latitanti di fronte a questo problema ma non mi è sembrato che quelli che sono qui intervenuti rappresentassero questo aspetto quanto piuttosto quello di chi si vuole realmente far carico del problema. Essi hanno denunciato, per come sono stati strutturati, l'insufficienza dei centri diurni, hanno sottolineato come il trattamento sanitario obbligatorio non è un trattamento medico ma piuttosto è al massimo un pronto soccorso e quindi è insufficiente a rispondere al problema dell'emergenza. Tutti gli assessori regionali intervenuti e le famiglie degli ammalati hanno detto che in ogni regione i letti affidati ai Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) sono insufficienti, vuoi per quello che è il trattamento di pronto soccorso, vuoi per quella che dovrebbe essere una fase di cura sufficientemente adeguata, e hanno sottolineato l'inadeguatezza nei confronti della nuova cronicità.

Non contesto il giudizio che il dottor Lupo esprime sulla terapia elettroconvulsivante, anche se per la verità mi è sembrato che il mondo della scienza si sia espresso in maniera contraddittoria in Italia e all'estero e sinceramente ancora non ho sentito portare neanche qui una casistica di studio attendibile nel senso scientifico. Quando si parla della negatività di questa terapia bisognerebbe porla a confronto con la negatività di altre terapie, come ad esempio la terapia con il litio, con la sua lunghezza e la sua pericolosità. Comunque le nuove terapie in questo campo sono escluse dal prontuario del Servizio sanitario nazionale, rimanendo invece in prontuario terapie antiquate, pericolose e sicuramente meno efficaci.

Il senatore Camerini ha ricordato il problema della formazione che d'altronde anche il dottor Lupo aveva così bene espresso. Io voglio sottolineare inoltre il problema dell'inserimento di figure professionali che al momento non sono previste e che invece sicuramente nella nuova psichiatria devono trovare piena dignità e collocazione.

A mio avviso quindi sarebbe senz'altro opportuno quanto prima istituire una Commissione parlamentare di inchiesta con compiti di indirizzo e di ispezione e direi anche con poteri sostitutivi a livello regionale su questo problema. La strada potrebbe essere anche quella di utilizzare la Commissione di inchiesta sul sistema sanitario che il Senato ha recentemente deliberato.

SCAPICCHIO. Perchè tanta segretezza su questa Commissione? A me sembra una cosa di grandissimo rilievo: perchè gli organi di stampa vi hanno appena accennato?

TOMASSINI. Non vi è segretezza; credo che il problema sia solo che manca l'insediamento. A mio avviso, lo strumento strettamente ministeriale, costituito dai decreti, dai documenti o dalle circolari del Ministero, non è sufficiente; mi sembra racchiuda in sé tutti gli errori che negli ultimi venti anni quel tipo di gestione ministeriale ha portato e dei problemi che non ha risolto.

DEL GIUDICE. Quali sono queste figure professionali non previste?

TOMASSINI. Vi sono ad esempio i riabilitatori, come ho constatato in Svizzera, vi è tutta una serie di persone preparate in maniera diversa e di figure che non voglio elencare dettagliatamente. Posso solo dire per completezza che io ho fatto per dieci anni il direttore sanitario ed ho avuto all'inizio della mia professione un'esperienza in psichiatria, e poiché abito ad undici chilometri dalla Confederazione elvetica, ho visto lì realizzata quella completezza che l'Italia, ingessata, in certi regolamenti e in certi sistemi, non è riuscita ancora a realizzare.

Ricordo quando è stata varata la legge Basaglia (tra l'altro il professor Basaglia è stato un mio docente quando ero studente universitario).

GABRIELE. Lei non era molto d'accordo con le sue tesi.

TOMASSINI. Io ho detto che quel tipo di superamento era necessario. Sarebbe come chiedermi se sono d'accordo con Leboyer sul metodo di assistenza al parto. Io ritengo che Leboyer abbia portato ad un fondamentale cambiamento di cultura ma, se ci attenissimo soltanto a quello che egli ha indicato, saremmo molto indietro nell'assistenza al parto. Pertanto, io ritengo che questo tipo di figure funzioni in maniera diversa e più complessa.

ATTENASIO. Signor Presidente, mi dispiace che il senatore Tomassini debba allontanarsi; quanto da lui dichiarato avrebbe meritato una risposta immediata, tuttavia il resoconto stenografico farà fede.

Attualmente lavoro a Mantova, ma tra un mese e mezzo verrò a lavorare a Roma: spero di non comportarmi come uno di quei

vecchi direttori di dipartimento manicomiale, che il dottor De Marco ha ricordato, ma di essere un innovatore.

Mi piace molto che vengano dichiarate e ribadite la solidarietà e la comunione di intenti con la Società italiana di psichiatria (società scientifica a cui io non sono iscritto, nonostante sia psichiatra da ventitrè anni) perchè avrò bisogno dell'aiuto di tutti, anche di quello della Società italiana di psichiatria, per mettere mano ad una situazione che, da quanto mi è stato riferito, risulta abbastanza precaria (soprattutto per una serie di grandi lagnanze delle associazioni dei familiari): andrò a dirigere, infatti, la Asl C. Non so se vi è comunione di intenti con Psichiatria democratica, la quale non rifiuta mai alleanze su obiettivi chiari «antistituzionali» ma, se tale comunione esiste, ben venga!

Nutro alcuni dubbi perchè provengo dalla Lombardia, dove la Società italiana di psichiatria si è espressa (nonostante il professor Giannelli sia una carissima persona con cui si hanno rapporti personali molto simpatici e cordiali) a favore dell'entrata della psichiatria all'interno delle aziende ospedaliere: sappiamo perfettamente, però, che si tratta di una assoluta follia!

Conoscete tutti la vicenda del riordino lombardo; siano di fronte ad una situazione poco chiara, che forse solo ieri ha avuto un momento di chiarezza, poichè è stato approvato qualcosa su cui moltissimi enti, istituzioni, sindacati ed utenti non sono d'accordo. Comunque, la regione Lombardia ha voluto dare un segnale di forza, che probabilmente verrà bloccato dal Governo e dalla stessa Commissione igiene e sanità (credo, peraltro, che si tratti anche di questioni anticostituzionali). Ebbene, in Lombardia, la Società italiana di psichiatria ha sposato la causa dell'ingresso della psichiatria all'interno della azienda ospedaliera, rivendicando il ruolo scientifico dell'ospedale, rispetto a tutto quello che è accaduto in psichiatria, e non solo (mi sembra che il presidente Carella sia un medico e quindi può comprendere quanto sto affermando), e rispetto a tutto quanto è emerso in questi anni in relazione alla prevenzione. L'ospedale offre senz'altro delle garanzie – per carità, si tratta di ospedali serissimi, nei quali la gente entra malata e viene dimessa in migliori condizioni di salute – però concettualmente il problema della prevenzione rimane enorme; aver separato e superato l'integrazione tra l'assistenza psichiatrica all'interno dell'ospedale e il problema della prevenzione è forse uno dei più grandi errori scientifici di questi ultimi decenni che credo pagheremo sia come operatori, sia come utenti.

Voglio riagganciarci al discorso svolto dal senatore Camerini, secondo cui l'università ha rappresentato un corpo molto poco penetrabile; lo confermano la stessa vicenda di Franco Basaglia, relegato ad un ruolo universitario molto periferico, o il fatto che tra gli esponenti di Psichiatria democratica, cioè di un'associazione che in questi anni ha veramente rivoluzionato o almeno ha concorso a rivoluzionare il concetto di assistenza psichiatrica, si contino sulle dita delle mani i colleghi che svolgono un ruolo universitario.

Per quanto riguarda il problema del rapporto con la Società italiana di psichiatria, vorrei sottolineare un ulteriore aspetto: apprezzo – ripeto – il discorso della comunione di intenti, ma non posso

dimenticare che alla detta Società si possono iscrivere solo gli psichiatri.

SCAPICCHIO. Infatti, è una società medica.

ATTENASIO. Esatto. Credo, però, che la Società italiana di psichiatria dovrebbe svolgere una discussione sul suo statuto scientifico; ad esempio, sono emerse alcune figure professionali (tra l'altro, mi sembra che il senatore Tomassini abbia fatto riferimento proprio ad alcune di queste) che hanno una importanza decisiva per il problema della cosiddetta presa in carico, che non è sicuramente quello riduttivo e restrittivo della terapia. Pertanto, lo psichiatra da solo, al massimo, potrà lavorare in una corsia di ospedale con il camice, ma quando andrà sul territorio, all'esterno, non saprà veramente che pesci prendere.

Infine, in risposta a quanto affermato dal senatore Camerini, il discorso di Guidonia – di cui non sono a conoscenza direttamente – mi ricorda alcune questioni con cui mi sono dovuto scontrare all'inizio della mia attività a Mantova; lì, ad esempio, vi era il problema della gestione, non tanto del manicomio, quanto del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, in cui era stato trasferito il modo di lavorare contenitivo e repressivo delle istituzioni manicomiali. Ho qui un documento abbastanza interessante (perchè non vogliamo parlare solo di linee guida in senso astratto, ma anche di quanto abbiamo effettivamente realizzato): si tratta del registro delle contenzioni del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura di Mantova, che arriva fino al 1980.

Sono arrivato a Mantova alla fine del 1988 e mi sono subito posto il problema di slegare i malati: c'era, infatti, un'organizzazione dei servizi territoriali e del Diagnosi e cura (che era una parte del territorio, anche se all'interno dell'ospedale), per cui i malati venivano legati. Provenivo dall'esperienza di Arezzo dove, come a Trieste, è centrale il problema dei diritti della persona. È inutile raccontarci bugie: in psichiatria non siamo andati avanti solo perchè ci sono dei farmaci migliori (che sono degli strumenti), ma anche perchè si è posto al centro il problema dei diritti civili e umani delle persone: questo ormai è scontato.

Sono state effettuate ricerche in proposito e, se non ricordo male, anche l'Istituto Mario Negri ha presentato delle ipotesi (in parte anche verificate), in base alle quali, rispetto agli esiti, si può affermare che non è tanto importante l'intervento terapeutico effettuato, quanto la presa in carico di un servizio dove la citata legge n. 180 viene abbastanza rispettata, vi è l'integrazione tra sociale e sanitario, con una serie di elementi che non hanno nulla a che vedere con l'intervento terapeutico nel senso strettamente clinico-medico, ma con l'intervento più generale della presa in carico.

A Mantova ho trovato questa situazione e ho posto subito il problema: ci è voluto un anno perchè, anche se mi avevano detto che con un ordine di servizio avrei potuto abolire le contenzioni, ho ritenuto necessario modificare anzitutto il modo di lavorare di tutti gli operatori (che, infatti, ogni tanto legavano i pazienti, soprattutto nei primi anni); in realtà, gli operatori, proprio per una certa visione dei problemi psichia-

trici, avrebbero dovuto tentare di introdurre delle innovazioni nell'assistenza all'interno del reparto.

Tornando al problema della contenzione – e mi avvio alla conclusione – se si chiedono delle piccole proroghe dei termini relativi alla chiusura dei manicomi, io non mi scandalizzo, perchè la questione dei termini è quella che è. Il problema è un altro: che cosa si fa nel frattempo nei manicomi, ma anche nei reparti di diagnosi e cura, perchè la si smetta con la maniera barbara di risolvere i problemi delle persone, che magari possono anche non essere d'accordo con quello che decidono medici ed infermieri, legandole in un letto oppure abbandonandole? Questo, ripeto, è il problema.

Il professor Scapicchio parlava di due anni: benissimo, ma in questi due anni, nei manicomi italiani dove ancora esistono certe pratiche, cosa si farà? Non so se corrisponda a verità ma, per esempio, da un documento ufficiale risulterebbe esserci a Guidonia un caso di contenzione permanente, cioè una persona sarebbe sempre tenuta legata: ebbene su questo caso dovrebbe esserci a mio avviso una specie di assemblea permanente per verificare la possibilità di non tenere più legata in via permanente quella persona (che poi diventa il capro espiatorio di tutta un'istituzione, e lo sappiamo perfettamente). A me sembra un caso terrificante; sento una grandissima angoscia per il fatto che ci sia una persona su cui si prende un provvedimento di contenzione permanente.

VALLETTA. Farò delle domande brevissime, visto che negli altri incontri ci siamo già spesi su questi problemi. Siccome si tratta di incontri con autorità scientifiche, vorrei fare delle domande un po' più specifiche e un po' più attinenti ai problemi medici inerenti alla psichiatria.

Come diceva il dottor Scapicchio, i malati che sono oggi negli ospedali psichiatrici non sono tutti malati mentali, pertanto io credo che un problema importante sia quello di capire, nella dismissione, come vengono indirizzati questi pazienti; secondo me sarebbe necessario (non so se voi lo condividiate) creare una specie di *équipe*, regionale o meno, a seconda anche delle presenze di queste patologie, che faccia un esame di discernimento affinché i pazienti possano avere delle destinazioni non errate quando escono dagli ospedali psichiatrici e quindi vadano indirizzati ad ospedali che si interessano di malattie interne, di malattie cardiovascolari, e così via, affinché non si commetta un ulteriore errore, perchè poi bisognerebbe tornare un'altra volta sul discorso, appunto, della destinazione nel recupero di questi pazienti.

Un'altra domanda è la seguente. Il professor Scapicchio mi pare accennasse ad un periodo di due anni per la chiusura definitiva dei manicomi. Faccio questa domanda perchè sono stato un po' in dissenso anche con il Ministro e le *équipe* interessate a questo problema quando si è detto che entro dicembre 1996 bisognava chiudere i manicomi, perchè, sostenevo, questa era un'altra trovata che non poteva essere in alcun modo applicata e poteva significare far passare altri 18-20 anni per la chiusura dei manicomi. Avevo proposto un anno di tempo per affrontare questa problematica e chiudere i manicomi, però facendo sì che si det-

tassero anche delle regole in quanto non si può dire: «Chiudiamo i manicomio», quando, cosa fare domani, non lo sa nessuno. Quindi soprattutto, secondo me, bisognava, e bisogna ancora, non solo predisporre i progetti obiettivi, perchè i progetti si fanno ma gli obiettivi non si raggiungono mai, ma anche stabilire delle sanzioni per chi è responsabile nel trascurare le indicazioni, le norme di legge.

Questo soprattutto credo va detto alle regioni e agli enti locali; io sono convinto che bisogna coinvolgere in modo decisivo gli enti locali (l'ho detto già nell'incontro con i rappresentanti dei familiari dei malati mentali), perchè quando si fa un lavoro sul territorio si può poi veramente recuperare questi pazienti.

Soprattutto bisogna creare una cultura nuova in tema di psichiatria, un nuova cultura che faccia considerare il malato mentale un malato come tutti gli altri, perchè spesso si trova resistenza anche nella società che li deve accogliere. Porto ad esempio una situazione che ho vissuto personalmente. Quando, da sindaco, ho aperto una casa famiglia nel mio comune vicino Isernia, nel Molise, ci sono stati cittadini che hanno raccolto le firme per far sì che questa casa famiglia venisse chiusa, perchè si diceva che veniva aperto un manicomio. Quando questi pazienti sono venuti a prendersi un caffè a casa mia, che abitavo a cento metri da questa casa famiglia, e si è visto che non ammazzavano nessuno e si comportavano come altre persone cosiddette normali, le cose sono cambiate e oggi questi pazienti si sono reinseriti nel contesto sociale in cui si trovano.

SCAPICCHIO. Il Molise ha scritto una bella pagina di storia in questo senso.

VALLETTA. Dicevo anche l'altra volta che noi siamo fortunati perchè in Molise non abbiamo ospedali psichiatrici; però i problemi della psichiatria purtroppo li abbiamo.

SCAPICCHIO. Ci avete saputo fare.

VALLETTA. Abbiamo lavorato in questo senso. Io sono stato il primo sindaco che ha costruito una casa famiglia nel 1980, che funziona tuttora e funziona bene: sono venute anche ispezioni da fuori, ci sono stati incontri scientifici con il mondo della psichiatria e tutti sono rimasti veramente soddisfatti del lavoro che abbiamo svolto.

Un'altra questione che vorrei evidenziare è che, come accennavo, gli enti locali devono essere protagonisti nell'affrontare questi problemi, perchè sono i comuni e le regioni che possono veramente risolverli; bisogna che ci sia una volontà politica, politica nel senso di agire in modo concreto, altrimenti noi continueremo a fare chiacchiere e questi pazienti saranno lasciati in balia di sè stessi, com'è successo fino adesso.

DANIELE GALDI. Sono perfettamente d'accordo con la relazione introduttiva del Presidente, e ritengo anch'io che siamo di fronte ad un periodo ancora molto difficile; voglio però sottolineare il fatto nuovo:

(forse sarà perchè sono una persona al positivo, come tutti dicono), in questo quadro di difficoltà che abbiamo oggettivamente davanti, vedo degli spazi nuovi rispetto al passato; in questo periodo una scrollata è stata data.

Io, il Presidente ed altri senatori siamo stati in nove regioni, non è da poco; altrettante regioni le avrà visitate, forse, la Commissione Affari sociali della Camera; alcune visite le abbiamo svolte congiuntamente, poi ci siamo divisi per visitarne di più; in ogni regione abbiamo visitato due o tre strutture, quindi abbiamo acquisito un bagaglio di conoscenze regionali anche abbastanza ampio: ebbene, in tutte le situazioni noi abbiamo trovato degli aspetti positivi. Prima di tutto, abbiamo trovato gli operatori rimotivati, e questo è un fatto nuovo perchè nell'arco di questi vent'anni anche chi era motivato non lo è più stato in quanto ha toccato con mano una latitanza del paese dai suoi vertici, a tutti i vari settori.

SCAPICCHIO. Brava.

DANIELE GALDI. Oggi si è intravisto un cambiamento e allora a me piace capire, a partire da questo passo nuovo, che cosa si può fare in più perchè non si riproponga il passato.

Dal punto di vista delle possibilità finanziarie: costruire e mettere in rete le varie strutture alternative, perchè di per sè, senza la messa in rete diventano emarginanti quanto gli ospedali, anche se più piccole; fino ad oggi c'era l'alibi che non vi erano risorse, questo oggi non si può più dire, quindi le regioni che vogliono progettare sul serio le strutture alternative lo possono fare, si è velocizzato il sistema per poter erogare finanziamenti, perchè c'è questa volontà; tra l'altro il Cipe, nella ripartizione effettuata a febbraio, ha dato una grossa parte proprio all'edilizia sanitaria. Questi finanziamenti utilizzano il nuovo sistema a tasso di sconto per gli enti locali, le USL e le regioni. Allora, a questo riguardo, non c'è più la scusa che non vi sono le risorse: le risorse una volta tanto lo Stato le ha messe a disposizione, ha facilitato l'accesso ai finanziamenti, ha riconosciuto dei tassi di sconto agli enti locali e pertanto le strutture alternative si devono fare; ripeto, non c'è più quest'alibi.

L'altra necessità che abbiamo è di dare spazio al personale che, appunto, ha ripreso vigore, si sente rimotivato; ma occorre anche seguire un percorso di aggiornamento. Gli infermieri che da sempre hanno fatto un certo tipo di lavoro oggi devono essere riconvertiti, devono seguire, diciamo così, il progetto personalizzato dei vari utenti, e questo non è facile. Questa, secondo me, è una partita ancora tutta da vincere ed è l'altra grossa necessità che abbiamo, insieme a quella delle strutture.

Il terzo punto è la sensibilizzazione delle città, e dei comuni, per portare avanti una nuova psichiatria.

Le cose non sono semplici, tuttavia sono possibili. Mi chiedo quindi cosa possiamo fare. Intanto a breve scadenza sentiremo il Ministro sui problemi della psichiatria e sul progetto obiettivo dei prossimi tre anni. Noi abbiamo letto il progetto sulle riviste, lo avete letto sicuramente anche voi: che giudizio ne date? È rispondente? I nostri colleghi

della Commissione appartenenti ai Gruppi Alleanza Nazionale e Forza Italia hanno presentato un disegno di legge per modificare la legge n. 180. Io chiedo pertanto: il piano triennale ci dà la possibilità di cogliere gli obiettivi che vogliamo prefiggerci? Quale strumento attiviamo? Può essere la proposta di un *forum* da tenersi ogni due o tre anni a scadenza, dove operatori, forze politiche, parlamentari, tutti gli aventi diritto alla parola in questo campo si mettono a confronto e verificano se questo processo va avanti, quali sono le tappe intermedie, quali sono le remore e i dubbi e cosa mettiamo in campo per venirne fuori? A mio avviso dobbiamo trovare uno strumento che ci consenta di seguire da vicino tutto il percorso, perchè se questo non avviene i rischi sono davvero molti dal momento che le difficoltà, nonostante la buona volontà, ci sono.

Quindi sono d'accordo sull'avviare una fase nuova però vorrei capire quali sono gli strumenti perchè non avvenga più ciò che è avvenuto in questi venti anni.

BERNASCONI. Signor Presidente, voglio fare un intervento in senso positivo. Mi risulta che Mantova rappresenti un'esperienza positiva nel paese per quanto riguarda la psichiatria, nella quale si è definito che alla chiusura dei manicomi vi deve essere una struttura alternativa, anche molto avanzata come modello.

Vorrei aggiungere rispetto a quanto diceva la senatrice Daniele Galdi che ogni tanto dimentichiamo che le leggi vanno applicate: se non fosse così probabilmente la legge Basaglia non sarebbe giunta alla scadenza così inapplicata. Abbiamo anche altri obblighi di legge, come la riconversione di piccole strutture; abbiamo ospedali che possono essere usati come strutture alternative. Evidentemente ci sono battaglie locali e battaglie nazionali: se si possono intersecare ed essere utili per far sì che gli obblighi di legge possano essere applicati, è nostro interesse darvi una mano.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Lupo per replicare alle domande rivolte.

LUPO. Signor Presidente, cercherò di essere sintetico anche se le cose da dire sarebbero molte. Per quanto riguarda la chiusura dei manicomi, essa ha senso se vi è la volontà di far diventare centrale il territorio, cioè di stabilire ciò che si definisce rete. Questo ha un senso se viene interpretato secondo i reali bisogni dei cittadini nel territorio, altrimenti non si fa.

Per quanto riguarda invece l'altro problema posto, relativo alla formazione universitaria, debbo fare un'affermazione molto netta: noi come Società italiana di psichiatria democratica abbiamo sempre tentato di fare sì che l'università si cimentasse con il territorio. Purtroppo solo l'esperienza del professor Tansella a Verona è completa, nel senso che nella gran parte del paese l'università quando c'è fa o solo diagnosi e cura o vorrebbe fare solo assistenza psichiatrica sul territorio. Ricordo che qualche anno fa al Sud una università voleva fare assistenza sul ter-

ritorio almeno due volte alla settimana. Non tutti sanno, ad esempio, che rispetto alla qualità di lavoro nella città di Verona il Servizio di salute mentale diretto dal professor Tansella è risultato secondo per la qualità del servizio. Il servizio diretto dal professor Tansella è un servizio territoriale, fa quello che si fa su tutti i territori, quindi o l'università si apre al territorio o rischia di piegarsi su sè stessa.

Per quanto riguarda il problema della formazione, noi ribadiamo che o c'è una formazione permanente o non c'è formazione.

In ultimo, la senatrice Daniele Galdi chiedeva una valutazione del progetto obiettivo per la salute mentale. Noi diamo un giudizio sostanzialmente positivo ma richiamando l'attenzione sul fatto che il nuovo progetto obiettivo deve essere obbligatoriamente rispettato, perchè il vecchio progetto obiettivo che tutti dicevano essere valido non è stato applicato dalle regioni. Bisognerebbe quindi studiare nella legge finanziaria delle penalizzazioni per fare sì che esso non resti una bella cosa e basta.

L'altra osservazione che vorrei fare è che nelle grandi metropoli c'è maggior possibilità di applicare il progetto obiettivo (e questo vale per tutti i programmi che si fanno in questo paese per la tutela della salute mentale). Anche il vecchio progetto obiettivo, se pensiamo ad un operatore ogni 1.500 abitanti, per un centro diurno o per una struttura intermedia diurna, è ovviamente di più facile applicazione in una metropoli. Infatti, ad esempio, nelle zone interne del salernitano, con 90 chilometri di estensione (che non sono pochi) e solo 30.000 abitanti, con 30 operatori fare diagnosi e cura o case famiglia diventa un'impresa. In questa dimensione bisognerebbe trovare dei correttivi altrimenti si penalizzeranno sempre le zone interne.

GABRIELE. Signor Presidente, vorrei fare un breve intervento a correzione, se mi permette l'espressione, di quanto detto dal senatore Tomassini, perchè resti agli atti. In primo luogo non è vero che le associazioni dei familiari chiedono la modifica della legge n. 180. Esistono tre grandi associazioni di familiari rispetto alle quali sono in grado di portare la documentazione.

PRESIDENTE. Una associazione di familiari lo ha chiesto proprio qui ed ha presentato un progetto di legge.

GABRIELE. Preciso allora meglio il concetto: non è vero che la maggioranza delle associazioni di familiari chiede la modifica della citata legge n. 180.

La seconda cosa che vorrei rilevare riguarda l'*elettroshock*, per il quale l'onere della prova tocca a chi lo vuole utilizzare. Chi vuole utilizzare un metodo, un farmaco, ha l'onere della prova scientifica, non ce lo abbiamo noi che diciamo che non è un metodo scientifico. Deve essere quindi chiaro che, se si vuole utilizzare questo strumento, coloro che propongono tale terapia devono dimostrarne le effettive utilità e scientificità.

LUPO. In relazione al problema del *forum*, proponiamo di convocare a Napoli per il gennaio 1998, una Conferenza nazionale sulla salute mentale, che faccia il punto della situazione.

DANIELE GALDI. Si potrebbe trattare di qualcosa simile a quanto abbiamo fatto ad Empoli in materia di lotta alla tossicodipendenza.

PRESIDENTE. La Commissione sta esaminando tale possibilità.

SCAPICCHIO. Vorrei precisare che i due anni preconizzati sono in funzione del mantenimento di questo splendido impegno della Commissione igiene e sanità del Senato al fine di realizzare un'opera di pungolo sulla questione.

Tra l'altro, tengo a sottolineare alla senatrice Daniele Galdi che la simpatia raccolta dai senatori in occasione dei sopralluoghi è stata di gran lunga superiore a quella conquistata dai deputati: anche questo in psichiatria ha un valore.

Tornando alla questione in esame, ritengo dobbiate coinvolgere fortemente le regioni in questo tipo di confronto; sul piano tecnico, siete riusciti ad intimorire gli operatori in maniera simpatica e concreta: dovrete cercare di fare altrettanto con gli assessori regionali. Loro, infatti, a causa di impegni inderogabili, invieranno i soliti funzionari demotivati e stanchi, ma voi dovrete martellarli su questo piano perchè, se le regioni lo vorranno, si potranno cogliere numerosi aspetti positivi. Spero che possiate adottare, almeno per una parte dei manicomi privati, un piccolo espediente (che sembra banale, ma che funziona sempre, considerato che ormai viene utilizzato da diciannove anni nelle sedi che hanno mostrato un avanzamento culturale): cercate di dimostrare ai responsabili delle regioni la necessità di entrare – laddove è possibile – nei manicomi privati progettando opere che riescano a scardinare il manicomio nella sua funzione di cittadella arroccata. O si sancisce la fine dell'esperienza cattolica (tanto le istituzioni religiose non censiranno mai nessuno) oppure si deve fare in modo che i progetti coinvolgano territorialmente la caduta delle mura e l'ingresso di altre cose all'interno della cittadella manicomiale. A Trieste il 5 per cento della spesa sanitaria globale è risultato ampiamente sufficiente a realizzare quanto previsto; magari, con la stessa sagacia, le altre aziende sanitarie locali riuscissero a fare altrettanto!

Infine, il Parlamento deve risolvere un altro nodo di grandissimo spessore politico; il Ministro della sanità – che mi risulta sarà qui presente la prossima settimana – ha affermato pubblicamente che ormai esiste una lacerante divaricazione tra il Ministro stesso e gli organi del Ministero. La dottoressa Gabriele ha portato alcune esemplificazioni in merito: il documento relativo all'*elettroshock* sarebbe stato idoneo se fossimo negli anni '50 (immaginate che un tecnico laico possa essere contrario, per principio, a qualcosa in medicina: per carità!). La ripresentazione delle stesse linee guida, già portate alla Conferenza Stato-regioni, in questa sede comporta una serie

di difficoltà sul piano gestionale. Si tratta, comunque, di nodi politici sui quali non siamo tenuti a fare neanche un commento.

In merito all'università – mi rivolgo al senatore Camerini – credo che abbiamo compiuto molti sforzi e che «siamo andati a mille per ottenere dieci» insistendo, speriamo che le nuove generazioni possano rivelarsi diverse e più motivate ad entrare in psichiatria.

Infine, anche se sembra un dettaglio personale, vorrei ricordare che nell'Osservatorio il Ministro della sanità e il dottor Petrovich, psichiatra, dirigente dell'ufficio programmazione generale della regione Lombardia, sono entrati in dissenso sulla questione della dipendenza amministrativa dei Dsm, sono un territorialista e un «uslista» convinto ma, anche se all'inizio del dibattito ho pensato avesse ragione il Ministro alla fine avevo il dubbio che potesse aver ragione la regione Lombardia. Se il Parlamento dovesse veramente venire investito di questi problemi, tengo a sottolineare il fatto che, qualora la chiusura degli ospedali psichiatrici dovesse dipendere dall'azienda ospedaliera piuttosto che dalla azienda sanitaria locale, ciò potrebbe recare vantaggi alla psichiatria: potremmo acquisire più forza, dal punto di vista del mercato, e potremmo essere inseriti in una struttura che ci potrebbe proteggere di più; non dobbiamo farne una questione di cultura, nè di spartiacque ideologico.

È interessante, comunque, seguire l'esperimento lombardo – positivo o negativo che si dovesse rivelare – per vedere come si risolverà.

MONTELEONE. Poichè è stato chiesto che alcune precisazioni rimanessero a verbale, vorrei che risultasse a verbale anche la mia perchè, per quanti sforzi abbia fatto (anche io sono medico), avrei bisogno di molto tempo per capire l'introduzione dell'intervento del dottor Attanasio, non comprendo, infatti, quale necessità egli abbia avvertito per affermare qui in Commissione che si spera che il ministro Bindi prenda le dovute distanze da ciò che è stato fatto in una regione. Se lei pone questi problemi alla Commissione affinché si impedisca il perpetrarsi di certe situazioni, è bene che li motivi, altrimenti si pongono riserve, questioni che rimangono in sospeso, senza il necessario confronto, e si fanno affermazioni di parte. Non ho ben compreso perchè abbia iniziato il suo intervento con la dichiarazione che lascerà l'attività di Mantova per venire a lavorare a Roma, ma abbia poi inserito l'affermazione che sulla questione della Lombardia deve intervenire il Ministro. Mi consenta di dire che ognuno fa le giuste riflessioni prima di affrontare determinate questioni; per il resto, è solo ed unicamente un problema di tempo.

PRESIDENTE. Voglio concludere questa audizione esprimendo, innanzi tutto una grande soddisfazione per aver appreso che ci sono 5.000 psichiatri in Italia tutti fortemente convinti che si debbano superare i residui manicomiali. Ciò costituisce una garanzia per il nostro lavoro.

Sono d'accordo poi sulle indicazioni che avete fornito alla Commissione e per le quali vi ringrazio.

In merito al problema dei tempi, forse si potrà trattare di due anni, ma l'importante è avere la certezza dei progetti. La Commissione, infatti, non si pone un problema «ideologico-fiscalista», ma vuole essere cer-

ta che il percorso abbia tempi e risorse vincolanti per tutti coloro che sottoscrivono questi patti. Credo che anche la grande necessità di un rapporto tra servizio sanitario nazionale ed enti locali rappresenti uno dei punti fondamentali e ritengo che l'esperienza di Napoli sia significativa in tal senso.

Prossimamente affronteremo il nodo del rapporto tra lavoratori dipendenti e proprietà privata. Quel tavolo, con il coinvolgimento dei vari Ministri responsabili, forse auspicato in sede nazionale, rappresenta un primo tentativo e mi auguro possa costituire una buona occasione per aprire un dibattito su tale questione. Visitando gli ospedali privati (ad esempio, il Fatebenefratelli e quello di Guidonia), ho registrato una grande disponibilità a collaborare nel processo di superamento del residuo manicomiale e ad attivare spazi nuovi nel progetto: si tratta di un'apertura culturale molto interessante che dobbiamo valorizzare.

Vi ringrazio ancora una volta per la collaborazione, e sono convinto che ci incontreremo nuovamente, perchè la Commissione conclude solo una fase dell'indagine.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 17.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI

Il Consigliere parlamentare dell'Ufficio centrale e dei resoconti stenografici

DOTT. LUIGI CIAURRO