

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

COMMISSIONI RIUNITE

1^a (Affari della Presidenza del Consiglio e dell'Interno)

e

11^a (Igiene e Sanità)

GIOVEDÌ 16 NOVEMBRE 1967

(5^a seduta, in sede redigente)

Presidenza del Presidente della 1^a Commissione SCHIAVONE

INDICE

DISEGNO DI LEGGE

« Assistenza psichiatrica e sanità mentale »
(2422) (Discussione e rinvio):

PRESIDENTE	Pag. 77, 85, 86
MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	85
PERRINO	85
SELLITTI, <i>relatore</i>	77
TORTORA	83

SULL'ORDINE DEI LAVORI

PRESIDENTE	73, 76, 77
BARTOLOMEI	75
BATTAGLIA	72, 73, 74, 75, 76
BISORI	75, 76
CASSESE	74, 77
D'ERRICO	72, 74, 76
FERRONI	74, 75
GIANQUINTO	76, 77

MARIOTTI, <i>Ministro della sanità</i>	Pag. 73, 74
PALUMBO	73
PERRINO	72, 75, 76
TORTORA	72

La seduta è aperta alle ore 10,30.

Sono presenti:

della 1^a Commissione i senatori Aimoni, Ajroldi, Bartolomei, Battaglia, Bisori, Bonafini, Chabod, De Luca Luca, De Michele, Fabiani, Gianquinto, Giraudo, Jodice, Lepore, Lessona, Nenni Giuliana, Palumbo, Pennacchio, Schiavone, Sibille, Tupini, Zagami e Zampieri;

della 11^a Commissione i senatori Alberti, Caroli, Cassese, Cassini, D'Errico, Di Paolantonio, Ferroni, Lorenzi, Orlandi, Perrino, Pe-

1^a e 11^a COMMISSIONI RIUNITE5^a SEDUTA (16 novembre 1967)

serico, Picardi, Pignatelli, Samek Lodovici, Scotti, Sellitti e Zonca.

Intervengono il Ministro della sanità Mariotti e il Sottosegretario di Stato per l'interno Gaspari.

BARTOLOMEI, Segretario, legge il processo verbale della seduta precedente, che è approvato.

Sull'ordine dei lavori

BATTAGLIA. Vorrei fare una richiesta, richiamandomi ad un preciso accordo esistente tra i Gruppi, secondo il quale quando vi è lavoro in Aula non si può e non si deve tenere seduta di Commissione. Mi pare che questo accordo sia tuttora vigente e che non sia stato denunciato, finora, da nessun Gruppo.

Chiedo perciò che la seduta odierna non venga tenuta, perchè i lavori dell'Assemblea sono molto importanti e non possiamo non parteciparvi. Non credo che i colleghi della maggioranza possiedano il dono dell'ubiquità: noi liberali non l'abbiamo di certo, come credo che non l'abbia l'onorevole ministro della sanità Mariotti. Per queste ragioni insisto perchè oggi non venga tenuta seduta e perchè sia per sempre osservata la norma che, quando è riunita l'Assemblea, non si riuniscano le Commissioni.

TORTORA. Vorrei fare alcune osservazioni di natura pratica. Noi siamo infatti innanzitutto degli uomini pratici che non si richiamano alla procedura in modo platonico senza tener conto della concreta importanza e gravità del problema che in questo momento ci sta di fronte. Ora io non voglio offendere nessuno, ma, se sciogliessimo ora la Commissione per rispettare la prassi, credo che gli oratori che attualmente stanno parlando in Aula, non avrebbero più numerosi ascoltatori: avremmo soltanto la soddisfazione di aver rispettato una certa norma. Ma qui al nostro esame c'è un problema di vitale importanza che non può più

aspettare, quindi lavoriamo e lavoriamo concretamente sul provvedimento che è all'ordine del giorno. Naturalmente non ho nulla in contrario a che la proposta di parte liberale venga messa in votazione.

D'ERRICO. Prendo la parola a favore della proposta fatta dal senatore Battaglia; io credo che, indipendentemente dalle ragioni esposte dall'oratore che mi ha preceduto, noi dobbiamo concordare su una linea di condotta che deve essere sempre seguita, anche in considerazione del fatto che un'Aula deserta non si addice alla dignità del Parlamento. Quindi o noi ammettiamo che la contemporaneità delle convocazioni può sussistere, e questo deve costituire un precedente anche per l'avvenire, o l'accordo preso a suo tempo tra i vari capigruppo deve essere rispettato e allora la richiesta del senatore Battaglia è più che accettabile. Non è accettabile, invece, il principio di spostarsi verso l'una o l'altra Aula, a seconda che il lavoro svolto in questa o in quella sia ritenuto più o meno importante.

PERRINO. Non condivido la proposta del senatore Battaglia di aggiornare la seduta di oggi. Vorrei ricordare che siamo in fine di legislatura e che vi sono ancora da discutere tanti provvedimenti per i quali nel Paese c'è la più viva attesa. Io credo che dovremo lavorare intensamente in questo scorcio di legislatura: tra le riforme in cantiere, l'assistenza psichiatrica è certamente quella di maggiore urgenza, dato che in questo settore siamo ancora fermi ad una situazione che risale al 1904. Non c'è quindi motivo di sospendere la seduta e il collega Tortora ne ha già illustrato ampiamente le ragioni; nel caso particolare della seduta di oggi potremmo eventualmente ascoltare la relazione del senatore Sellitti, per poi aggiornarci affinché ognuno di noi possa riflettere su quanto è stato esposto dal relatore; in una seduta successiva inizieremo e porteremo innanzi la discussione. Io ritengo in ogni caso che il poco tempo che ci resta a disposizione prima della fine della legislatura giustifichi il lavoro contemporaneo dell'Assemblea e delle Commissioni.

1^a e 11^a COMMISSIONI RIUNITE5^a SEDUTA (16 novembre 1967)

BATTAGLIA. Io ho sollevato una questione di principio di fronte alla quale non vale invocare l'opportunità.

PRESIDENTE. A norma di Regolamento possono parlare due oratori a favore e due contro la sospensiva.

PALUMBO. Ma qui non si tratta di una richiesta di sospensiva relativa alla natura del provvedimento da esaminare; si tratta invece di un richiamo ad un principio avvalorato dalla Presidenza del Senato per cui non si devono tenere, contemporaneamente, sedute in Aula e sedute di Commissione. Occorre ricordare che i diritti della minoranza vanno tutelati; la minoranza, in questo caso, deve recarsi in Assemblea e di ciò non si può non tenere conto. C'è comunque una via di uscita e di accomodamento e cioè ascoltare la relazione e poi rinviare la seduta. Forse questa potrebbe essere la soluzione migliore.

BATTAGLIA. Sia ben chiaro però che oggi ascolteremo soltanto la relazione del senatore Sellitti; altrimenti, signor Presidente, noi abbandoneremo l'Aula.

PRESIDENTE. D'accordo.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Ritengo che la proposta del senatore Battaglia non sia priva di fondamento, poichè si riferisce ad un principio fondamentale che regola l'attività parlamentare e quindi va osservato, anche se, purtroppo, nel quadro dell'imponente lavoro che il Parlamento deve affrontare e terminare, molto spesso certi principi si dimostrano scarsamente funzionali se non del tutto inattuabili. Aggiungo che sono certo che il suddetto principio non è dovuto ad una forma preconcepita di ostruzionismo — che sarebbe quanto di peggio obiettivamente si possa immaginare — perché, mentre capisco che l'ostruzionismo possa essere esercitato su leggi delle quali anche se necessarie può essere tollerata una tardiva approvazione, esso non è concepibile per altre che, per il loro carattere, devono essere affrontate e varate al più presto.

Mi sono accorto, in questa mia esperienza di Governo, che, mentre su problemi assai gravi e che possono determinare delle perdite finanziarie notevoli, tali anche da recare pregiudizio al tessuto economico e sociale del Paese, le polemiche possono protrarsi per alcuni giorni e poi tutto tace, sul piano della salute, allorchè la popolazione si è resa consapevole della necessità di uno strumento legislativo che consente a chi soffre di poter fruire di una più efficace e moderna assistenza, allora veramente si crea una psicosi di massa che è facile strumentalizzare e sulla quale si può speculare politicamente. Ora a me non sembra opportuno inimicarci i malati e i medici e questo vale da ogni punto di vista. Perciò prego vivamente i colleghi di riflettere e considerare la situazione dei manicomi che è regolata ancora da una legge del 1904, vecchia ormai di 60 anni che lascia le cose in condizioni veramente spaventose, tali da non poter essere ulteriormente sopportate da un Paese civile. Il disegno di legge in discussione vuole rimediare a questo stato di cose; vi sono interi padiglioni in cui i malati vivono e soffrono perchè non hanno neppure lo stretto necessario. Quindi ritengo che di fronte ad un quadro del genere, se domani, per ipotesi, vi fosse ostruzionismo, è bene che l'opinione pubblica conosca le ragioni per cui questa riforma non procede, e cioè perchè i malati di mente non trovano una sensibilità adeguata in alcuni uomini cui invece spetta la responsabilità di ovviare a queste brutture. Senatore Battaglia, la esorto a visitare lo ospedale psichiatrico di Palermo e vedrà che cosa vi succede — ma sono sicuro che lei sa benissimo che cosa vi succede —; visiti il manicomio di Catanzaro o altri e potrà constatare cose vergognose che esistono ancora nel nostro Paese e che sono sopravvivenze di un mondo ormai scomparso. Ecco perchè vi esorto a guardarvi dal fare dell'ostruzionismo e dal sollevare delle eccezioni, che potrebbero e possono essere facilmente rimosse, su questa materia su cui non è lecito scherzare! La gente comincia a prendere coscienza dell'obbligo che ha lo Stato di intervenire per rimuovere certe situazioni abnormi che sono una vergogna per un popolo civile.

B A T T A G L I A . È una vergogna per il Governo!

M A R I O T T I , *Ministro della sanità.* Al Governo ci siete stati anche voi molti anni e non avete fatto niente! (*Acceso scontro verbale tra i senatori Battaglia e Ferroni*).

Consiglio la calma al senatore Battaglia, perchè, mentre gli ho dato ragione in via di principio, non potevo non sottolineare l'opportunità che per queste leggi che investono, di fatto, interessi estremamente delicati e gravi, anche i liberali, io credo, dovrebbero trovare la sensibilità sufficiente per superare alcuni principi che, pur avendo la loro ragione d'essere, in determinate circostanze della vita politica del Paese possono essere superati. È vero che la prassi vuole che, quando c'è seduta in Aula, le Commissioni non lavorino, e questo sia al Senato come alla Camera, ma, se tale norma fosse rigorosamente osservata, è innegabile che il Parlamento verrebbe ad essere paralizzato.

D' E R R I C O . L'onorevole ministro Mariotti ha fatto un accenno — sia pur larvato e corretto — alla possibilità di ostruzionismo da parte liberale. Il Ministro ha dato atto che più di una volta — sia alla Camera che al Senato — noi abbiamo fatto una critica costruttiva e non faremo certo ostruzionismo in una materia come è quella al nostro esame, come è accaduto e accadrà invece in altri campi, tenendo fede alle nostre convinzioni politiche. Il ministro Mariotti può quindi tranquillizzarsi. Ma ci sia data la possibilità di essere presenti sia in Aula che in Commissione, perchè, mancando del dono dell'ubiquità, come diceva il collega Battaglia, non potremo dare un contributo a questo disegno di legge col quale concordiamo e della cui bontà siamo convinti.

C A S S E S E . Prendo la parola per avanzare due richieste. La prima è che la Presidenza del Senato ritorni sulla propria decisione e affidi alla sola 11^a Commissione igiene e sanità del Senato l'esame del disegno di legge in discussione, perchè la mate-

ria sanitaria e in particolare l'assistenza psichiatrica rientrano nei compiti ed attribuzioni specifici di tale Commissione; la 1^a Commissione può, ovviamente, con motivato parere, esprimere il suo punto di vista. C'è un motivo validissimo che mi spinge a fare questa richiesta ed è quello che, come tutti sappiamo, la 1^a Commissione dovrà esaminare la legge sulla elezione dei Consigli regionali per poterla trasmettere all'Assemblea.

La seconda richiesta che faccio a nome del mio Gruppo riguarda il disegno di legge da noi presentato sulla riforma dell'ordinamento psichiatrico in Italia e cioè chiediamo che questo provvedimento sia abbinato a quello d'iniziativa governativa. Credo che il Governo non sia contrario a queste richieste, specie all'ultima.

F E R R O N I . Mi rendo perfettamente conto dello spirito contenuto nella proposta avanzata dal senatore Cassese; tesi che in Commissione sanità abbiamo sostenuto ritenendo che un problema che riguarda l'ammalato sia un problema squisitamente sanitario e spetti quindi ad organi qualificati in questo settore. Tuttavia ci si è detto che il problema dell'assistenza psichiatrica interessa anche altri settori, come, ad esempio, gli enti locali e che pertanto esso doveva essere esaminato dalla 1^a Commissione. A nostro avviso, però, sarebbe bastato il parere di quest'ultima Commissione!

Ma credo che non sia questo il motivo vero dell'assegnazione; esso è da ricercarsi altrove, e cioè nel vecchio contrasto, nel campo specifico della psichiatria, tra il diritto alla tutela sanitaria dell'individuo e il diritto alla tutela della società, per cui gli organi della Magistratura, gli organi che per loro natura hanno la tutela della pubblica incolumità, debbono interessarsi di questi problemi; soprattutto nei confronti dei diritti della persona umana, per cui il ricovero in un ospedale psichiatrico, il prolungamento di quel ricovero, deve essere controllato dal giudice. Da questo conflitto tra l'esigenza del sanitario di essere solo a decidere sul ricovero comunque prolungato nel tempo e l'intervento del magistrato, na-

sce, a mio parere, la richiesta della 1^a Commissione di avere in sede di competenza primaria l'esame del provvedimento al fine di porre l'accento piuttosto sui poteri del magistrato. Ritengo che ciò sia un errore, perchè il problema in esame è un problema di squisita natura sanitaria e sarei quindi d'accordo col collega Cassese. Ma al punto in cui siamo, onorevoli colleghi, la sola cosa che potremmo auspicare e che la 1^a Commissione spontaneamente riconoscesse questa competenza esclusiva dell'11^a Commissione. Ma, ove ciò non si verificasse, ritengo valga la pena di procedere con ritmo piuttosto accelerato, a Commissioni riunite, senza creare un dissidio pregiudizievole all'*iter* del provvedimento. Senza fare proposta formale di un ritorno del provvedimento alla 11^a Commissione, vorrei conoscere il parere della 1^a.

B I S O R I . Allora bisogna sospendere la seduta delle Commissioni riunite, riconvocare la 1^a Commissione e, una volta che questa si è riunita, decidere.

P E R R I N O . La Presidenza del Senato ha già espresso i motivi per cui ha ritenuto opportuno affidare l'esame del provvedimento alle due Commissioni riunite, quindi è inutile ritornare sull'argomento. D'altronde quello che a noi importa è di procedere speditamente, per cui torno a pregare, dopo che avremo ascoltato la relazione del collega Sellitti, di esaminare la possibilità di formare un comitato ristretto che approfondisca la materia e riferisca in una prossima seduta plenaria delle Commissioni; ritengo che procedere in questa maniera servirà a snellire l'*iter* del provvedimento.

B A T T A G L I A . Se ho ben capito la proposta, la 1^a Commissione dovrebbe essere convocata per dare una risposta alla proposta stessa, perchè l'opinione di singoli senatori su questo punto non è rilevante, mentre interessa quella dell'intera Commissione. Ciò comporta ovviamente la sospensione dei lavori delle Commissioni riunite. La risposta che il senatore Perrino sollecita può venire

soltanto seguendo questa procedura. Ma forse non è il caso di seguire questa strada, poiché l'esame del provvedimento è già stato devoluto alle Commissioni riunite, e pertanto conviene proseguire in questo senso; d'altronde sappiamo che il disegno di legge coinvolge grossi interessi e importanti questioni di carattere amministrativo. Ma se pensiamo agli impegni delle province — e mi riferisco anche a quelli di ordine economico — è evidente come e in che misura sia coinvolta la responsabilità del Ministero dell'interno e quindi di questa nostra 1^a Commissione che non può soltanto esprimere un parere, ma deve collaborare alla formazione della legge. Sono passati troppi anni da quel 1904 a cui accennava prima il Ministro, quindi è per noi un obbligo di schiudere nuovi orizzonti.

B A R T O L O M E I . Brevemente prendo la parola per dire che il provvedimento al nostro esame è di competenza della 1^a Commissione e non soltanto per i motivi addotti dal senatore Battaglia, che condivido, ma anche per altri. Prima di tutto, qui si tratta di un ridimensionamento delle incombenze degli enti locali, ma, a parte questo, nel caso specifico, l'approvazione di questo disegno di legge interessa le province e determinati organi con determinati impegni di spesa e scelte politiche su cui la 1^a Commissione deve esprimere la propria opinione non soltanto attraverso un parere — che poi spesso non viene tenuto in nessun conto — ma collaborando concretamente alla stesura del disegno di legge stesso.

F E R R O N I . Il mio intervento è stato interpretato dal collega Battaglia come una proposta formale di rinvio perchè la 1^a Commissione possa decidere in merito. Non ho assolutamente inteso dire questo: io ho affermato che, al punto in cui siamo, si deve procedere all'esame a Commissioni riunite, tranne nel caso che, spontaneamente, i membri della Commissione interni non ritengano di limitarsi ad esprimere un semplice parere sul provvedimento di cui noi dell'11^a Commissione terremo il debito conto. Ma a questo punto non ci resta che ascoltare la relazione del collega Sellitti.

B A T T A G L I A . Dopo che il relatore ha svolto la sua relazione, decade la questione sollevata dai colleghi comunisti e socialisti.

G I A N Q U I N T O . Condivido pienamente le ragioni addotte dal senatore Casse, indipendentemente dal fatto che la 1ª Commissione ha assunto l'impegno di terminare entro il mese la discussione sul disegno di legge per l'elezione dei Consigli regionali, poichè il presente provvedimento riguarda una materia prevalentemente sanitaria e quindi è di esclusiva competenza dell'11ª Commissione. Il disegno di legge, senza dubbio, contiene anche norme che interessano la 1ª Commissione, ma sono norme sussidiarie rispetto al contenuto essenziale e fondamentale del provvedimento stesso. Inoltre — proprio per essere chiari — esiste anche un motivo di carattere politico per cui desideriamo che questa materia sia esaminata dall'11ª Commissione: noi comunisti vogliamo sottrarre sotto ogni aspetto la riforma psichiatrica al Ministero dell'interno e affidarla esclusivamente al Ministero della sanità.

Anche per questi motivi ritengo che sia stato un errore della Presidenza del Senato oppure un nostro errore iniziale, che si può correggere, ritenere che questo disegno di legge coinvolga la nostra competenza. La 1ª Commissione deve esprimere solo un parere motivato su questa materia, parere che i colleghi dell'11ª Commissione sanità non potrebbero che tenere in una considerazione tutta particolare.

Osservo, inoltre, che siamo in sede redigente e quindi la votazione finale avverrà in Assemblea; d'accordo che in quella sede si potranno fare solo dichiarazioni di voto, ma proprio perchè il provvedimento dovrà comunque essere portato al vaglio definitivo dell'Assemblea, i colleghi dell'11ª Commissione non mancheranno di tener conto del nostro parere.

Per i motivi esposti, signor Presidente, la prego di consentire che si riveda la situazione, nel senso — ripeto — di riconoscere la competenza primaria all'11ª Commissione sul provvedimento e alla 1ª Commissione di intervenire soltanto in sede consultiva.

D ' E R R I C O . La Commissione igiene e sanità ha sostenuto questa tesi ed espresso un voto in questo senso che non è stato accolto dalla Presidenza del Senato. Perchè, quindi, perdere ancora del tempo?

B I S O R I . Per le ragioni addotte dal Ministro della sanità, chiedo al Presidente di mettere in votazione la proposta di procedere nei nostri lavori senza avanzare alcuna richiesta alla Presidenza del Senato perchè ritorni sulle decisioni già prese. Non è possibile, per ragioni tecniche, che la 1ª Commissione esprima il proprio parere senza che venga sospesa questa riunione congiunta, per essere ripresa, chissà quando, dopo che la 1ª Commissione, adunatasi separatamente, si sia pronunciata. È inutile, pertanto, insistere nel chiedere che la 1ª Commissione si pronunci, anzi ciò è dilatorio: le Commissioni sono state chiamate a pronunciarsi in sede redigente e non è quindi il caso di perder tempo in questioni procedurali, ma occorre andare avanti entrando nel merito. Del resto è inutile chiedersi se la materia rientri più nella competenza della Sanità che in quella dell'Interno, perchè, per redigere il disegno di legge su cui dovrà votare l'Assemblea, è utile tanto l'apporto dei medici che degli esperti in materia amministrativa.

P R E S I D E N T E . Desidero far osservare al senatore Gianquinto che fummo tutti d'accordo nel chiedere l'assegnazione del provvedimento alla 1ª Commissione o alle Commissioni congiunte...

G I A N Q U I N T O . Se ero presente a quella seduta, dichiaro di aver sbagliato e desidero correggere l'errore commesso.

P E R R I N O . È troppo comodo!

P R E S I D E N T E . Ho voluto mettere in chiaro la situazione, perchè era necessario.

Poichè è stata sollevata una pregiudiziale, se vi è una maggioranza che insiste perchè venga messa in votazione la proposta di rivolgere istanza alla Presidenza del Senato perchè il provvedimento venga di nuovo assegnato all'11ª Commissione, prima di dare

inizio allo svolgimento della relazione, dobbiamo procedere alla votazione di tale proposta.

C A S S E S E . Chiedo che la proposta sia messa ai voti.

G I A N Q U I N T O . Insisto per la votazione. È chiaro che si tratta di una questione di carattere politico.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, metto ai voti la proposta formulata dal senatore Cassese, di avanzare cioè richiesta alla Presidenza del Senato perchè il disegno di legge venga di nuovo assegnato all'11^a Commissione.

(Non è approvata).

**Discussione e rinvio del disegno di legge:
« Assistenza psichiatrica e sanità mentale » (2422)**

P R E S I D E N T E . L'ordine del giorno reca la discussione in sede redigente del disegno di legge: « Assistenza psichiatrica e sanità mentale ».

Dichiaro aperta la discussione generale.

S E L L I T T I , relatore. Onorevoli senatori, prima di iniziare l'esame dei singoli capitoli che compongono il disegno di legge n. 2422, d'iniziativa governativa presentato dal Ministro della sanità, onorevole Mariotti, « Assistenza psichiatrica e sanità mentale » credo opportuno ricordare i vari e molteplici tentativi fatti negli anni addietro dal Parlamento per dare una legge al Paese che disciplinasse l'arduo compito dell'assistenza ai malati di mente. Ricordiamo, nell'arco di tempo che va dal 1887 al 1891, i tentativi di Nicotera, Crispi, De Pretis, Di Rudinì, Pelloux, tutti inutili per le difformi interpretazioni amministrative e sanitarie che si contrapponevano in una miriade di orientamenti diversi.

Bisogna arrivare così al 1904 per assistere al varo del disegno di legge n. 36, che suona così: « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati ». Fu il Ministro di allora, Giolitti, che con la sua volontà e capacità riuscì a concludere il faticoso *iter* della legge con la quale, anche con i suoi difetti, diceva Augusto Tamburini, finalmente manicomi ed alienati hanno fra noi norme legislative regolatrici. Tale legge, entrata in vigore nel 1909 in seguito all'approvazione del regolamento del 16 agosto 1909, fu in definitiva una buona legge.

Ma gli studi e le ricerche appassionate degli studiosi di psichiatria nei primi lustri del secolo resero palese fin da allora l'enorme contraddizione fra i dettami della legge e l'avanzato progresso della ricerca scientifica. Diceva Leonardo Bianchi nel 1925: « tutto incute la convinzione che la legge debba essere modificata nel senso della libera ammissione dei malati di mente negli ospedali psichiatrici », cioè il Bianchi metteva in luce la necessità di ricovero, non soltanto dei malati di mente pericolosi o per motivo di pubblico scandalo, bensì di ricovero preventivo e curativo dei malati stessi; il tentativo di recupero, attraverso un ricovero volontario e non coatto, di quelle forme patologiche neuropsichiatriche che, con opportuna e specifica terapia, consentono di restituire l'ammalato alla società.

Vediamo, infatti, che, nel terzo decennio, in Inghilterra, Germania e Svizzera si aprono ospedali psichiatrici nei quali venivano accolti ammalati non più segnalati all'Autorità giudiziaria o di polizia, e che trovavano in essi la possibilità di recupero alla vita sociale.

Nel nostro Paese, tale legge che risale al 1904 non trovò, come d'altronde era da aspettarsi nel ventennio fascista, alcuna possibilità di essere modificata. Bisogna arrivare al 1951 per vedere un disegno di legge d'iniziativa del parlamentare Ceravolo che nuovamente portava davanti al Parlamento e al Paese la necessità inderogabile di un esame e di un riassetto ed ammodernamento delle disposizioni legislative in materia. Tale disegno di legge suonava così: « Sugli ospe-

dali psichiatrici e per la cura e profilassi delle malattie mentali». Appare subito al legislatore evidente la differenza tra i due disegni di legge, quello del 1904 e la proposta dell'onorevole Ceravolo; cioè per la prima volta venivano indicati i compiti e gli orientamenti della proposta di legge quando in essa si evincono le caratteristiche qualificanti cioè: « cura e profilassi delle malattie mentali ».

Nella prima legislatura repubblicana tale tentativo cadeva ed il collega Ceravolo nel dicembre 1953 ripresentava nuovamente al Parlamento tale disegno di legge. Ma anche la seconda legislatura non dava esito a tale meritorio tentativo. Pertanto, esso ebbe il merito di sensibilizzare la pubblica opinione dando luogo a numerosi convegni e studi nei quali il problema venne lungamente dibattuto.

Nella terza legislatura, il senatore Banfi presentava un suo disegno di legge al Parlamento il 4 dicembre 1963, dal titolo: « Sugli ospedali psichiatrici e per la cura delle malattie mentali », ma anche questo tentativo subiva la stessa sorte dei precedenti.

Il Ministro della sanità, senatore Mariotti, il 23 luglio 1965, presentava al Presidente del Consiglio, onorevole Moro, lo schema del disegno di legge su cui io ho l'onore di riferire, il quale è il compendio di un lungo e ponderoso lavoro, la risultanza di approfondite riunioni e discussioni di Commissioni e Sottocommissioni che hanno tenuto presente le indicazioni di massima che sono emerse dai convegni regionali nei quali il problema è stato dibattuto ad alto livello da uomini di scienza e da amministratori altamente qualificati.

Tralascio, onorevoli colleghi, le dichiarazioni fatte dal Ministro della sanità il 20 settembre 1965 in un convegno dell'AVIS a Milano nelle quali paragonava certi ospedali psichiatrici a « *lager* o bolgie dantesche ». Tralascio altresì le varie interpretazioni, non sempre disinteressate, che sono state date a queste dichiarazioni, ma bisogna dare atto all'onorevole Ministro d'aver saputo, colla sua chiarezza e volontà, portare dinnanzi al Paese e alla pubblica opinione

la situazione veramente miserevole nella quale versano alcuni ospedali psichiatrici.

Il Ministro critica il sistema ancora vigente nella nostra legislazione, sistema che risale al 1904, epoca molto lontana per poter appagare le innumerevoli esigenze sociali e sanitarie dell'assistenza psichiatrica in un Paese civile.

La situazione degli ospedali psichiatrici nel nostro Paese, secondo i dati forniti dall'ISTAT nel 1965 e riferibili al 1963, è la seguente:

	Istituti	Posti letto
ospedali neuropsichiatrici pubblici	95	98.544
case di cura private	85	16.673

Il quoziente per 1.000 abitanti è di 1,78 per mille contro i 3,66 per mille degli Stati Uniti, il 3,94 per mille del Canada, il 3,45 per mille dell'Inghilterra, il 3,34 per mille della Svizzera, il 4,85 per mille della Svezia.

Nel nostro Paese, per raggiungere il quoziente del 3 per mille ritenuto soddisfacente dall'OMS, occorrerebbe costruire ed attrezzare da 40 mila a 50 mila posti letto con una spesa globale di oltre 200 miliardi.

Secondo le previsioni programmatiche del Piano nei tre quinquenni 1965-1979 il fabbisogno del nostro Paese sarà:

Posti letto per categorie ospedali neuropsichiatrici:

Italia Nord Occidentale	20.300
Italia Nord Orientale	18.000
Italia Mezzogiorno	28.000
<hr/>	
per un totale di posti letto	66.900

Nel quinquennio 1965-1969 si provvederà in linea di massima a realizzare 30.000 posti letto.

Ritengo utile, per una esatta visione del grave problema che coinvolge il nostro Paese per la deficiente capacità ricettiva degli

1^a e 11^a COMMISSIONI RIUNITE5^a SEDUTA (16 novembre 1967)

ospedali psichiatrici pubblici, riportare la seguente tabella:

REGIONI	N. compless. posti letto	Quoziente per 1.000 abitanti	Rapporto medici pazienti
Piemonte	8.859	2,35	1:106
Liguria	3.222	1,62	1:140
Lombardia	13.646	1,87	1:101
Veneto	9.347	2,39	1:131
Trentino Alto-Adige .	1.054	1,36	1:118
Friuli Venezia Giulia	4.092	3,28	1:163
Emilia	8.395	2,30	1:116
Toscana	9.410	2,87	1:160
Marche	2.752	1,99	1:98
Umbria	1.200	1,46	1:54
Lazio	3.871	1,03	1:87
Abruzzi	2.010	1,18	1:167
Campania	6.854	1,44	1:102
Puglie	4.096	1,18	1:74
Basilicata	800	1,20	1:89
Calabria	1.337	0,61	1:55
Sicilia	6.412	1,37	1:86
Sardegna	2.134	1,50	1:101
Totale	89.491	1,78	1:107

Possiamo dare ancora un altro dato certamente non rassicurante: un terzo delle provincie d'Italia, 29 più 2 regioni (Basilicata e Val d'Aosta) sono completamente sprovviste di Ospedali psichiatrici.

È comprensibile il grave disagio familiare, sociale ed economico che comportano queste deficienze per le grandi distanze che dividono i ricoverati dai centri di residenza abituale all'ospedale psichiatrico più vicino e di maggiore capacità ricettiva.

Ritengo opportuno, per avere una visione panoramica particolareggiata dell'attuale situazione degli ospedali psichiatrici pubblici, di riportare altre due tabelle nella quale sono precisati i dati forniti dall'ISTAT a tutto il 1963.

La prima di esse riguarda il numero dei ricoveri per anno e la relativa spesa sostenuta dalle provincie, la seconda invece dà un quadro delle malattie neuropsichiatriche

che maggiormente sono presenti negli ospedali:

Anno	Ricoverati	Spese in migliaia di lire
1957	142.605	41.003.178
1958	146.350	42.680.500
1959	150.905	46.677.539
1960	154.794	50.332.576
1961	159.076	55.572.705
1962	163.527	62.947.799
1963	169.543	79.037.000

Noi osserviamo da questi dati il progressivo aumento di ricoveri con il relativo aumento della spesa senza alcun aumento dei posti letto.

La spesa rappresenta circa il 25 per cento di tutte le entrate complessive delle provincie.

Come si provvede a tale carenza? Restrungendo i posti disponibili, ammassando gli ammalati, intasando non solo dormitori ma anche i corridoi, sacrificando i servizi igienici e sanitari di importanza vitale per gli istituti. Alcuni di essi non possono più chiamarsi nè manicomi e neppure semplici ricoveri, ma come scriveva un direttore di un nosocomio « veri campi di concentramento e di eliminazione di cui ricordano il tanfo e l'orrore, gli ammalati sono addensati per tutte le 24 ore del giorno per mesi ed anni in locali semibui, umidi, insufficientemente ventilati dove essi urlano come belve in gabbia la loro rivolta contro l'umanità ».

Il relatore ritiene per una esatta visione del problema che ci assilla altresì necessario dare un quadro approssimativo delle varie forme morbose che si ritrovano negli ospedali psichiatrici del nostro Paese secondo i dati forniti dall'ISTAT nel 1964:

Neuropsicosi luetiche	313
Postumi dell'encefalite infettiva acuta	36
Mixedema	5
Schizofrenia	10.932
Psicosi maniaco-depressiva	11.955
Malinconia involutiva	945
Paranoia e psicosi paranoide	2.135
Psicosi senile	2.916
Psicosi pre-senile	168
Psicosi con arteriosclerosi cerebrale	1.411

1^a e 11^a COMMISSIONI RIUNITE5^a SEDUTA (16 novembre 1967)

Psicosi alcoolica	3.120
Altre psicosi	5.387
Neuropsicosi	5.797
Personalità patologica ed infantili- simo psichico	1.053
Alcoolismo	4.635
Altre tossicomanie	82
<i>Oligofrenia</i>	7.012
Paralisi agitante	111
Epilessia	968
Psicosi puerperale	18
Altri stati morbosi	12.795
<hr/>	
TOTALE	71.842

Dall'esame comparativo di tale tabella le malattie che maggiormente incidono sono le oligo-schizofrenie che con la forma di psicosi maniaco-depressiva rappresentano circa il 40 per cento di tutti i ricoveri in ospedali neuropsichiatrici; mentre le neuropsicosi metaluetiche sono ridotte a percentuale minima. Questa incidenza minima delle forme luetiche è dovuta sia alla profilassi ed azione preventiva di massa sia all'era antibiotica che ha quasi completamente debellata tale affezione allo stadio di prima infezione cioè quello di maggiore pericolosità e contagiosità.

A completamento di questi dati statistici, onorevoli colleghi, ne riferisco alcuni ricavati dal « Bollettino di statistica sanitaria » a cura del professor L'Eltore, titolare della cattedra di statistica sanitaria dell'Università di Roma: al settore V « turbe mentali, psiconevrosi e turbe della personalità » i dati statistici attribuiscono ad essi circa 1.800 decessi con un quoziente dello 0,04 per mille abitanti. Da un'analisi più accurata si evince che le suddette malattie sono più frequenti nel Nord Italia, sia perchè gli accertamenti su questa patologia sono svolti più accuratamente e tenuti presenti nei certificati di morte, sia perchè l'urbanesimo accentuato e l'alta industrializzazione unitamente al ritmo intenso della vita moderna contribuiscono a determinare una maggiore incidenza di questi quadri morbosi.

Onorevoli colleghi, dalla più che dimostrata carenza della situazione esistente nel settore dell'assistenza psichiatrica, dalle ne-

cessità di ridare al cittadino ricoverato dignità e rispetto, quadri sanitari ed infermieristici preparati ed in numero sufficiente all'organizzazione ospedaliera, dalla inderogabile necessità di cancellare una legge vecchia di 60 anni che è già superata per la visione poliziesca e razzistica alla quale si ispirava fin dal suo nascere, è scaturito il presente disegno di legge — sulla riforma delle disposizioni sulla sanità mentale —, la cui approvazione da parte degli organi legislativi non può ulteriormente essere procrastinata.

Sono ormai più di dieci, se non abbiamo errato, i progetti e gli schemi presentati in questo dopoguerra, da Enti, Commissioni parlamentari, eccetera, il che significa che in altrettanti casi sono state frustrate le fatiche, le aspettative e le speranze di coloro che li avevano elaborati. Ciò peraltro non dovrebbe indurre ad uno sterile pessimismo, al generico scetticismo che fatalmente si associa all'abitudine di vedere di tanto in tanto i nuovi progetti aggiungersi ai precedenti senza alcun esito positivo.

Questa volta infatti è lo stesso Ministro della sanità che si è fatto promotore della riforma; l'impegno dimostrato nel sensibilizzare preventivamente l'opinione pubblica attraverso la stampa quotidiana e la pubblicazione del ben noto « libro bianco » conferma che è veramente intenzione del Governo di centro-sinistra raggiungere risultati concreti.

Lo schema ministeriale dunque delinea alcuni obiettivi di ordine medico-giuridico e sociale sui quali è impossibile non concordare. Nessuno può disconoscere la necessità di revisionare la legislazione nel senso che le malattie mentali siano poste a livello morale di tutte le altre malattie e come tali debbono essere curate nel modo più appropriato, abbandonando definitivamente ogni residuo delle vecchie concezioni che facevano della malattia mentale una specie di pericolosa maledizione da cui la società doveva anzitutto difendersi. Lo stesso dicasi del dovere di assicurare a tutti i membri della collettività una adeguata cura dei disturbi psichici indipendentemente dalla loro pericolosità sia o non sia ne-

cessario il ricovero in istituto ospedaliero. Altrettanto ancora per ciò che riguarda una maggiore libertà di ammissione alle cure e la soppressione, nei limiti del possibile, dell'intervento coattivo dell'autorità. L'assistenza psichiatrica, oltre a non essere più l'equivalente del ricovero ospedaliero, viene anche espletandosi, e deve sempre più espletarsi anche all'esterno dell'ospedale. Il malato di mente deve cioè essere considerato come un qualunque altro ammalato sotto il profilo della prevenzione, della diagnosi e della terapia, siano esse fatte in ambiente esterno od in ambiente ospedaliero. In altri termini, il malato di mente non deve più entrare nell'ospedale psichiatrico a malattia conclamata e forzatamente, ma attraverso una valutazione attuabile all'esterno ed il più precocemente possibile. In questo modo l'ospedale specializzato per malattie mentali non è più un semplice asilo chiuso per soggetti inesorabilmente compromessi, ma diviene sempre più un sanatorio adatto a costituire per il paziente una sede temporanea, una semplice tappa sulla via di un trattamento che deve incominciare fuori dell'ospedale, in particolari organismi di prevenzione, di cura e post-cura a carattere esterno, domiciliare, ambulatoriale e dispensoriale. Solo sfruttando infatti tutte queste possibilità i moderni mezzi terapeutici possono rendere buoni servizi. Onorevoli senatori, dopo questa introduzione che il relatore ha ritenuto doverosa e necessaria, si ritiene opportuno passare, anche se non in forma di analisi approfondita, all'esame dei singoli titoli e relativi capitoli.

Otto titoli comprensivi di ben 59 articoli inquadrano il disegno di legge nella sua organicità. La relazione che precede il testo del disegno di legge chiarisce ed analizza sia i singoli titoli, sia i singoli articoli. Poichè gli onorevoli colleghi hanno avuto modo e tempo di leggere e meditare su tale relazione, il relatore si limiterà ad una panoramica a grandi linee del disegno di legge in esame.

Esso riconosce innanzitutto il diritto all'assistenza per disturbi psichici di qualsiasi natura, ai cittadini italiani e stranieri che risiedono in Italia. Il titolo terzo (artt. 22-

31) è quello che maggiormente qualifica in senso innovatore il disegno di legge. In questi articoli (« ammissione, dimissione e trasferimento ») è data facoltà agli infermi del ricovero volontario che è auspicabile specie nel periodo iniziale della malattia. Salvaguardano la libertà dell'ammalato rendendo non possibile il ricovero coatto in ambiente chiuso per cittadini non colpiti dal male inesorabile; facilitandone la riabilitazione ed il reinserimento nella società. Si consente altresì all'ammalato ed ai familiari il ricorso e la tutela presso il Tribunale contro provvedimenti di ricovero obbligatorio o contro la negata dimissione o trasferimento, con una procedura elastica e rapida. Si lascia infine ai familiari la discrezionalità di disporre delle dimissioni e la responsabilità di tutela del familiare colpito. I servizi di profilassi e cura sono assegnati alle provincie che, sotto le direttive del Ministero della sanità, provvedono all'attuazione dei principi di igiene mentale, assistenza ambulatoriale, al ricovero e reinserimento sociale dei cittadini. Nell'ambito delle provincie è prevista l'istituzione di appositi centri di igiene mentale e la loro organizzazione. I centri sono alla base del nuovo tipo di assistenza avendo compiti profilattici, terapeutici, medico-sociali ed assistenziali; essi rappresentano il vero legame fra il malato di mente e la società; provvedono alla cura di quelle forme che restano nell'ambito extra-ospedaliero ed attuano il controllo dei soggetti potenzialmente candidati alla vera malattia mentale. Tale centro di igiene mentale viene articolato su una serie di servizi e di *equipes* plurispecialistiche in grado di svolgere un'azione capillare od almeno locale, sviluppando effettivamente i dettami della prevenzione e dell'assistenza extra ospedaliera dirette:

1) ad evitare il ricovero fin quando è possibile;

2) a prestare assistenza e cura ad ammalati dimessi dall'ospedale;

3) ad agire in sede preventiva nei riguardi dei soggetti in età evolutiva che manifestano carenze ed anomalie di ordine psichico di vario genere.

La parte successiva della legge presenta, con l'istituzione di ospedali diurni e notturni, una innovazione già sperimentata all'estero. Tali ospedali esistono da tempo in Inghilterra, Olanda, Stati Uniti d'America e da poco in Francia. Quelli diurni sono organismi in cui la persona è ospitata durante il giorno, per rientrare in famiglia la sera, con la possibilità di praticare la maggior parte delle terapie non richiedenti una spedalizzazione completa. Lo scopo è duplice: permettere la continuazione dei rapporti familiari evitando così il disadattamento sociale del soggetto; ridurre i costi limitandoli molto dal lato puramente alberghiero e del personale.

Negli ospedali notturni invece la persona viene ospitata di notte per cure che richiedono un riposo assicurato. Durante il giorno l'ammalato può attendere alla propria attività con evidente sollievo per la sua economia familiare e per il suo adattamento sociale. Naturalmente, oltre questi due tipi di ospedale, esiste anche quello che potrebbe essere raffrontato agli istituti per cronici e lungodegenti. Altre due importanti innovazioni sono:

a) « il lavoro protetto ». Anche i veri malati di mente devono godere, così come è sancito dalla Costituzione, del diritto al lavoro. Ancora oggi non esiste in Italia il lavoro protetto se non per un certo numero di invalidi per minorazioni fisiche. Con il disegno di legge in esame si prevede anche la possibilità per i malati di mente di lavorare fuori dell'ospedale in officine organizzate adeguatamente in rapporto al tipo di disturbo o di malattia;

b) il casellario giudiziario degli infermi di mente è abolito e viene sostituito dalla anagrafe psichiatrica che è depositata non più presso il Tribunale, ma presso il Medico provinciale sotto il diretto controllo del Ministero della sanità. L'anagrafe registra solo i nomi dei pazienti affetti da particolari malattie ritenute pregiudizievoli per la società. La legge affida l'assistenza psichiatrica ospedaliera, oltre che alle provincie, ad organi amministrativi democraticamente eletti, come gli enti ospedalieri, i quali sono espres-

sione rappresentativa della collettività cui prestano l'assistenza con tutte le norme che regolano la vita di tali amministrazioni; con l'istituzione di un organo collegiale (collegio dei revisori), modalità di elezione del Presidente e sue prerogative e compiti del Consiglio di amministrazione. Gli articoli 19, 20 e 21 della legge trasferiscono la vigilanza e la tutela degli Enti psichiatrici dall'autorità prefettizia (Ministero dell'interno) alla autorità sanitaria sia essa provinciale o regionale. È data infatti la facoltà al Presidente della Regione, su delibera della Giunta regionale, di sospendere o sciogliere i Consigli di amministrazione qualora essi derogino ai doveri ed obblighi di una sana e giusta amministrazione. Nella legge è previsto con una visione moderna il piano nazionale ospedaliero, il Comitato regionale per la programmazione nonché l'erogazione agli Enti degli stanziamenti previsti nello stato di previsione del Ministero della sanità (art. 55) con cui lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle provincie ed agli Enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica, per assunzione del personale medico, infermieristico, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali — per lire 8.000.000.000 per il 1968 — 12 miliardi per il 1969; 16 miliardi per il 1970; 23 miliardi per il 1971 e successivi. Tale assunzione del personale dovrà avvenire con una certa gradualità in relazione appunto alla gradualità delle somme che dovranno essere erogate dallo Stato. Secondo le previsioni relative ai primi quattro anni, l'aumento del personale verrebbe così distribuito:

MEDICI

1° anno	402 nuove unità
2° »	285 » »
3° »	285 » »
4° »	528 » »

ASSISTENTI SOCIALI E SANITARI

1° anno	170 nuove unità
2° »	115 » »
3° »	120 » »
4° »	195 » »

1^a e 11^a COMMISSIONI RIUNITE5^a SEDUTA (16 novembre 1967)

INFERMIERI

1° anno	2.250	nuove	unità
2° »	1.600	»	»
3° »	1.575	»	»
4° »	2.975	»	»

PER I SERVIZI E CENTRI DI IGIENE MENTALE

	Medici	Assistenti	Infermieri
1° anno	95	193	163
2° »	69	112	11
3° »	70	115	113
4° »	126	210	213

Nella legge, a fianco del Consiglio di amministrazione, è previsto quello dei sanitari che, a somiglianza di quanto avviene negli ospedali ordinari, darà il suo contributo di competenza tecnico-scientifica. È lasciata al direttore sanitario l'assoluta discrezionalità nel disporre le dimissioni dell'ammalato ed è prevista la tutela giurisdizionale del paziente per cui è permesso a lui ed ai familiari oltre che alle Autorità il diritto di ricorso al Tribunale contro il provvedimento di ricovero obbligatorio e contro il provvedimento di negata dimissione o di trasferimento, mediante un procedimento rapido e senza spese. Le case di cura private (art. 43) dovranno attenersi al regolamento ed alle disposizioni emanate in questo disegno di legge: dovranno avere un direttore sanitario responsabile; le convenzioni con Enti mutualistici dovranno essere approvate dal Medico provinciale dopo che quest'ultimo abbia accertato che la Casa di cura richiedente abbia i requisiti igienico-sanitari previsti dalla legge. Così pure i progetti relativi all'ammodernamento ed ampliamento e a nuova costruzione di case di cura private dovranno essere approvati dalle autorità provinciali, cioè dal Medico provinciale.

Onorevoli colleghi, il relatore dà il suo incondizionato giudizio favorevole a tale disegno di legge, perchè esso investe e risolve un problema secolare che ha come attore sofferente il malato di mente, il cittadino che per una calamità psico-fisica è avulso

dalla vita sociale e che chiede alla umana comprensione ed alla società di essere reinserito nel ciclo familiare ed economico-sociale. A questo fondamentale diritto del cittadino corrisponde da parte della società un sacrosanto dovere, se essa intende veramente assurgere ad un livello altamente civile. Al Governo di centro-sinistra, ai partiti della maggioranza, alle forze democratiche rappresentate in Parlamento e innanzitutto al Ministro della sanità, senatore Mariotti, va la riconoscenza del Paese, per avere voluto, con la sua tenacia, volontà, oserei dire caparbietà, in una con la riforma degli Enti ospedalieri, e con questa dell'assistenza psichiatrica, dare l'avvio al sistema di sicurezza sociale, mèta indispensabile ed agognata da un Paese progredito ed altamente civile.

T O R T O R A . Desidero illustrare un ordine del giorno che ho in animo di presentare.

Vorrei richiamare l'attenzione su un problema che, a prima vista, potrebbe sembrare marginale rispetto a quello fondamentale della riforma dell'assistenza psichiatrica, ma in realtà si inserisce in essa con un ruolo di primaria importanza.

La riforma psichiatrica è sentita come una necessità inderogabile per cancellare una situazione che costituisce una piaga, forse tra le più gravi, del nostro Paese. Il ministro Mariotti ha messo il dito su questa piaga con coraggio e larghezza di vedute. La riforma si farà, gli ospedali psichiatrici cambieranno il loro tetro volto, sorgeranno nuovi ospedali in quelle provincie che ne sono prive, saranno istituiti i dispensari di igiene mentale.

Ma, a mio parere, c'è un aspetto che merita di essere esaminato e risolto senza indugio, perchè la situazione attuale è giunta ad un punto di rottura oltre il quale non si può andare. Mi riferisco al problema della formazione degli psichiatri.

È facile accertare come il numero degli psichiatri che oggi operano negli ospedali psichiatrici sia assolutamente sproporzionato al numero dei pazienti loro affidati. A questo riguardo il « libro bianco » del Ministro

della sanità è assai eloquente. Nelle provincie che hanno già provveduto ad istituire i dispensari di igiene mentale, gli stessi medici che lavorano negli ospedali psichiatrici sono addetti anche ai dispensari.

Il disegno di legge presentato dall'onorevole Ministro per la sanità rimedia a questa carenza e provvede (Titolo VI, ordinamento dei servizi e del personale) a che ogni ospedale tipo di 500 posti abbia: un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo, quattro primari, quattro aiuti, quattro assistenti (o più), cinque assistenti sociali, 167 infermieri.

Queste cifre sono ben lontane dalla realtà attuale, tanto è vero che nella relazione che accompagna il disegno di legge è previsto un concreto intervento finanziario dello Stato scaglionato nel tempo allo scopo di fare fronte all'assunzione di nuovi medici nelle seguenti misure:

- 1° anno, 402 nuove unità;
- 2° anno, 285 nuove unità;
- 3° anno, 285 nuove unità;
- 4° anno, 528 nuove unità.

La disposizione è quanto mai opportuna e saggia. Ma vien fatto di chiedersi se in Italia esista una adeguata disponibilità di psichiatri, o se almeno siano state create le premesse perchè si possano formare in qualche anno degli specialisti.

I cultori della materia sono riuniti nella Società italiana di psichiatria della quale, però, fanno parte anche giovani assistenti non ancora provvisti del titolo di specialista. Ebbene, risulta che gli iscritti alla Società di psichiatria sono 955!

Come rimediare a questa carenza, lamentata anche dagli studiosi ed illustrata ampiamente dalla stampa? Evidentemente il problema investe anche il settore della pubblica istruzione che non può rimanere indifferente di fronte ad una situazione che rischia di compromettere la validità dell'assistenza per parecchi anni. È giusto che ci si preoccupi dell'insegnamento di discipline teoricamente importanti, ma faccio notare che le malattie mentali figurano nelle statistiche al terzo posto subito dopo le ma-

lattie cardio-vascolari ed i tumori e che il numero dei ricoverati negli ospedali psichiatrici è in continuo aumento ed ammonta ad oltre centomila ogni anno (si veda la relazione al titolo quinto del disegno di legge Mariotti). Le malattie mentali rappresentano, quindi, purtroppo una delle più gravi calamità di cui non possiamo non preoccuparci.

Scarseggiano gli ospedali, ma scarseggiano ancora di più gli psichiatri. La formazione di essi è affidata ancora alla vecchia « Clinica delle malattie nervose e mentali » la quale dovrebbe impartire insegnamenti sia di neurologia che di psichiatria. Secondo la legge, il corso dovrebbe essere semestrale e dovrebbe essere contenuto in 25 lezioni con le quali il docente dovrebbe insegnare tutto lo scibile di entrambe le materie. In realtà molti professori aumentano di loro iniziativa il numero delle lezioni, ma questo non è sufficiente a preparare adeguatamente il futuro medico. Le cose peggiorano nelle scuole di specializzazione.

Ormai negli altri Paesi si è provveduto a tenere distinto l'insegnamento della neurologia da quello della psichiatria. In Italia sono sorte le prime cattedre autonome di psichiatria per iniziativa delle Amministrazioni provinciali che hanno stipulato apposite convenzioni per finanziare le cattedre stesse. Ne abbiamo sette: Roma, Milano, Torino, Ferrara, Bologna, Pisa e Cagliari. Si sono anche espletati due concorsi universitari per cattedre di psichiatria, ma le due terne di vincitori usciti da questi concorsi non sono state completamente utilizzate, in quanto due di essi non sono stati chiamati a ricoprire posti di ruolo per ragioni che è preferibile non approfondire. Cito il caso della cattedra di Ferrara, sorta per mia iniziativa nel 1963 e tuttora tenuta vacante ed inoperante quando esiste un vincitore di regolare concorso universitario tenuto fuori servizio.

Il problema della formazione degli psichiatri è apparso in tutta la sua gravità anche in convegni qualificati di studiosi. Dobbiamo invocare interventi immediati nel settore della pubblica istruzione se vogliamo combat-

tere malattie di così alto interesse sociale come le malattie mentali.

Per giungere rapidamente alla formazione di psichiatri occorre che anzitutto venga reso obbligatorio e fondamentale l'insegnamento della psichiatria modificando la Tabella XVIII annessa al regio decreto 30 settembre 1938, n. 1652, cioè tenendo distinti gli insegnamenti della neurologia e della psichiatria. Bisognerà, poi, allargare il numero delle scuole di specializzazione in psichiatria tenendo conto che il corso ha la durata di almeno tre anni.

Potrebbe sembrare superfluo raccomandare che frattanto venissero utilizzati i vincitori di concorsi a cattedre universitarie di psichiatria, giacchè questo provvedimento dovrebbe scaturire spontaneamente nell'interesse degli studi e nel rispetto del diritto del cittadino.

Se teniamo conto degli anni occorrenti perchè si formi uno specialista e se teniamo conto della scarsa preparazione che ha oggi il medico generico chiamato spesso a curare malattie fisiche ma di origine nervosa, possiamo concludere che i provvedimenti per l'insegnamento della psichiatria in Italia e per la lotta contro le malattie mentali non possono subire alcun ritardo.

PERRINO. Faccio notare che più che di un ordine del giorno, questo del collega Tortora potrebbe essere definito una controrelazione alla relazione del senatore Sellitti. Non è che non si possa essere d'accordo con quanto egli ha detto, o almeno su molte cose esposte, però ritengo che questo suo intervento contenga molti elementi positivi che saranno oggetto di esame durante la discussione generale del provvedimento e non materia di un ordine del giorno. Ho detto che contiene elementi positivi: ha messo il dito su alcune carenze del settore, soprattutto nei quadri dei medici psichiatri e questo è problema che si ricollega soprattutto, e non solo, alla mancanza di cattedre universitarie, ma anche al trattamento economico che le amministrazioni ospedaliere fanno ai medici psichiatri, per i quali si è creata una sperequazione troppo evidente, specialmente in seguito alle nuove provvidenze. Quindi conven-

go su questi elementi positivi, ma ritengo che debbano venir esaminati nella discussione generale, a proposito della quale torno ad avanzare la richiesta — e ne faccio formale proposta — di nominare una Commissione ristretta che possa successivamente riferire alle due Commissioni riunite in sede plenaria e questo al fine di accelerare l'iter del provvedimento e non certo per ritardarlo.

PRESIDENTE. Avverto gli onorevoli senatori che, non appena pronta, sarà distribuita in bozze la relazione del senatore Sellitti.

Per quanto riguarda la proposta di una commissione ristretta, avanzata dal collega Perrino, ritengo che essa debba essere esaminata alla fine della discussione generale e prima di passare all'esame e alla votazione degli articoli.

Se non si fanno osservazioni, così rimane stabilito.

MARIOTTI, *Ministro della sanità*. Signor Presidente, onorevoli colleghi; ritengo che la proposta or ora fatta dal senatore Perrino sia opportuna, ma intempestiva, perchè penso che, una volta iniziata e anche conclusa la discussione, difficilmente ci si potrà sottrarre alla necessità di costituire un comitato ristretto e competente, nel quale siano rappresentati tutti i Gruppi politici, per esaminare il disegno di legge e gli emendamenti che ad esso verranno eventualmente proposti in modo da ottenere un testo possibilmente concordato all'unanimità su cui peraltro le Commissioni riunite decideranno. Non c'è dubbio, infatti, che se i 53 articoli che compongono il provvedimento dovessero essere discussi interamente e completamente dalle Commissioni plenarie si andrebbe avanti all'infinito; tutti vorranno prendere la parola, tutti vorranno dire la propria opinione in materia che è interessante e che presenta problemi enormi.

Non si dimentichi che bisogna trovare un *modus vivendi* tra le Amministrazioni provinciali e il Ministero della sanità; ciò significa che si dovrà toccare una materia deli-

catissima, per cui, se questi argomenti dovessero essere affrontati a Commissioni riunite, sono certo che il provvedimento non passerà mai, e dovrà essere nuovamente riproposto nella prossima legislatura. Capiisco del resto anche che la 1^a Commissione deve affrontare il problema delle elezioni dei Consigli regionali e quindi si troverà nelle prossime settimane ad essere molto impegnata. Per questi motivi ritengo che se si nominassero alcuni componenti della 1^a e 11^a Commissione per esaminare attentamente il disegno di legge si farà cosa opportuna; terminato il suo compito, il Comitato ristretto potrebbe tornare in sede plenaria per esporre il risultato dei propri lavori sui quali le Commissioni dovranno pronunciarsi.

Così facendo può darsi che il Comitato ristretto, lavorando anche nel corso della discussione della legge elettorale, possa far guadagnare tempo alle Commissioni riunite.

Solo così vi è la possibilità che questa legge estremamente importante, forse anche più importante della stessa legge di riforma ospedaliera, possa giungere in porto.

Iniziamo, quindi, la discussione e vediamo come sia orientato il giudizio dei singoli Commissari sul provvedimento, perchè solo se vi è una convergenza si può costituire la Sottocommissione.

P R E S I D E N T E . Poichè nessun altro domanda di parlare, se non si fanno osservazioni il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato ad altra seduta.

(Così rimane stabilito).

La seduta termina alle ore 11,30.

Dott. MARIO CARONI

Direttore generale dell'Ufficio delle Commissioni parlamentari