



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 59

**BOZZE NON CORRETTE**

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

SEGUITO DELL'INCHIESTA SU ALCUNI ASPETTI DELLA  
MEDICINA TERRITORIALE, CON PARTICOLARE RIGUARDO  
AL FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI PUBBLICI PER LE  
TOSSICODIPENDENZE E DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE  
MENTALE

62<sup>a</sup> seduta: martedì 23 febbraio 2010

Presidenza del presidente MARINO

## BOZZE NON CORRETTE

### INDICE

**Audizione del direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica  
dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti),  
professor Filippo Maria Ferro**

PRESIDENTE	<i>FERRO</i>
BOSONE ( <i>PD</i> )	
MASCITELLI ( <i>IdV</i> )	
SACCOMANNO ( <i>Pdl</i> )	

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

## **BOZZE NON CORRETTE**

*Interviene il direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti), professor Filippo Maria Ferro.*

*I lavori hanno inizio alle ore 14.*

PRESIDENTE. Se non vi sono osservazioni, il processo verbale della seduta del 16 febbraio 2010 si intende approvato.

### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Per quanto riguarda la pubblicità dei lavori, avverto che sarà redatto e pubblicato il resoconto stenografico della seduta odierna.

### *COMUNICAZIONI DEL PRESIDENTE*

PRESIDENTE. Vorrei riferire alla Commissione le decisioni assunte dall'Ufficio di Presidenza integrato in tema di programmazione dei lavori, nell'ambito della riunione che si è appena conclusa.

In primo luogo, è stata sconvocata la seduta plenaria prevista per domani alle ore 8,30, al fine di dare più tempo ai Gruppi per approfondire il

## **BOZZE NON CORRETTE**

testo dello schema di relazione conclusiva dell'inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

Conseguentemente, i lavori della prossima settimana saranno articolati come segue: martedì 2 marzo avrà luogo la prevista audizione del Presidente della Regione Abruzzo; mercoledì 3 marzo sarà avviato e, se possibile, concluso l'esame del succitato schema di relazione.

Nelle prossime settimane inoltre sarà calendarizzata l'audizione dell'Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale, che ha richiesto di essere sentita nell'ambito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale.

**Audizione del direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti), professor Filippo Maria Ferro**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'inchiesta su alcuni aspetti della medicina territoriale, con particolare riguardo al funzionamento dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze e dei Dipartimenti di salute mentale, sospesa nella seduta del 16 febbraio scorso.

## **BOZZE NON CORRETTE**

È oggi in programma l'audizione del direttore responsabile della U.O. di Clinica psichiatrica dell'ospedale Maria SS. Immacolata di Guardiagrele (Chieti), professor Filippo Maria Ferro. Saluto il nostro ospite e gli do il benvenuto a nome della Commissione.

L'audizione va inquadrata quale seguito dell'attività di inchiesta relativa alle strutture psicoriabilitative del gruppo Villa Pini d'Abruzzo. L'ospedale di Guardiagrele è infatti una delle strutture pubbliche che si sono fatte carico di assicurare idonea sistemazione ad alcuni dei degenti spostati da Villa Pini. Pertanto, attraverso l'odierna audizione del professor Ferro, sarà possibile comprendere che tipo di sistemazione sia stata data a tali pazienti, trasferiti grazie al lavoro ispettivo e di *pressing* istituzionale svolto da questa Commissione.

Do ora la parola al professor Ferro, ringraziandolo per la disponibilità dimostrata nei confronti della Commissione. Vorrei chiedere al nostro ospite di mantenere possibilmente l'esposizione della sua relazione iniziale nell'arco temporale di 15 minuti al massimo, in modo da lasciare ai membri della Commissione che intendano intervenire il tempo necessario per esprimere le loro opinioni e porre quesiti.

## **BOZZE NON CORRETTE**

*FERRO.* Ringrazio il senatore Ignazio Marino, Presidente della Commissione, per avermi invitato e la Commissione per avere accettato che potessi esprimere alcune riflessioni in ordine al problema della psichiatria chietina, o meglio teatina, aperto dalla crisi istituzionale di una struttura, quella di Villa Pini, che giocava un ruolo fondamentale nell'area teatina, in quanto era l'unica struttura prima del 1996 ad occuparsi di psichiatria. Nel 1998, poi, si è aperta l'unità di Guardiagrele ed è stato aperto il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) e contemporaneamente si è rafforzato, sotto la direzione universitaria del professor Di Giannantonio, che insegna psicologia, il centro di salute mentale che prima era semplicemente costituito da un piccolo ambulatorio. Dal 1998 ha preso consistenza una psichiatria pubblica, prima di allora c'era comunque un dipartimento ma questo aveva come funzione pubblica sostanzialmente la struttura di Ortona, che rimane tuttora uno dei tre punti di forza del Dipartimento di salute mentale. Io stesso sono stato direttore del Dipartimento di salute mentale fino a poco tempo fa, poi c'è stato un avvicendamento tra universitari e ospedalieri ed è diventato direttore il dottor Di Donato.

Questa posizione di centralità che era ricoperta da Villa Pini ha una sua origine storica. L'Abruzzo praticamente ha avuto due poli psichiatrici

## **BOZZE NON CORRETTE**

tradizionali: l'ospedale psichiatrico dell'Aquila e quello di Teramo, di antica istituzione. La zona chietina non era coperta direttamente da un'istituzione psichiatrica: nell'allargamento delle istituzioni dopo la Seconda guerra mondiale, che portò alla creazione di numerose nuove strutture nella zona centro-meridionale, questo ruolo istituzionale venne svolto da due cliniche private in modo particolare e Villa Pini aveva una sorta di giurisdizione completa per gli acuti e per i pazienti cronici nell'ambito teatino. Questa situazione è cambiata con l'istituzione dell'SPDC di Guardiagrele, ma da quel momento Villa Pini ha visto indebolito il suo servizio acuti anche se, per una tacita intesa legata soprattutto ad una mancanza di vere possibilità da parte del Servizio sanitario nazionale di farsi carico di tutta l'assistenza, ha mantenuto un incarico, sostanzialmente accettato dalla ASL, di gestione di pazienti cronici, cioè di lavoro di riabilitazione.

Naturalmente le vicende che ha ricordato il Presidente hanno messo in crisi questo settore riabilitativo, mettendone in evidenza l'inconsistenza sostanziale e quindi gran parte della situazione riabilitativa è stata in questo momento riportata nell'alveo della gestione pubblica. I pazienti che sono stati riportati sul territorio sono un numero considerevole. A Guardiagrele è stato aperto un reparto proprio di fronte all'SPDC di cui sostanzialmente ci facciamo carico, per ora, con le stesse forze; so che in questi giorni è stato

## **BOZZE NON CORRETTE**

bandito un avviso per un medico e per un operatore sociale, ma sostanzialmente i 20 pazienti interessati sono a carico della clinica psichiatrica, anche se formalmente, per la giurisdizione territoriale, questi pazienti di fatto sono ricevuti in una struttura che ha caratteristiche ospedaliere, anche per i turni di servizio degli infermieri.

Questo apre molteplici questioni. Non ho preparato un *pro memoria* per la Commissione ma comunque invierò un resoconto preciso sui punti di maggiore interesse. È opportuno, se non riorganizzare ancora l'insieme della psichiatria teatina, per lo meno fare una riflessione, anche senza prendere provvedimenti immediati, avendo presente un quadro preciso della situazione. Questi pazienti che sono stati trasferiti, essendo passati troppi anni, difficilmente potranno essere oggetto di una riabilitazione nel senso classico: sono pazienti che non hanno più nessun riferimento esterno, in gran parte sono completamente destoricizzati, hanno perduto moltissime abilità, in qualche modo hanno perduto un'identità, sotto l'aspetto delle cose più personali, ad esempio hanno difficoltà a rimettere insieme i loro libretti della pensione. Il problema che si pone, quindi, è se questi pazienti come gli altri che sono stati trasferiti debbano rimanere in strutture di tipo ospedaliero, e quindi senza un'effettiva evoluzione della situazione, oppure se sia possibile pensare ad un'evoluzione del loro stato. Un punto

## **BOZZE NON CORRETTE**

importante da chiarire è se, con questa crisi, la riabilitazione passerà al settore pubblico, nel qual caso il pubblico dovrà pensare a come intervenire.

I pensieri possono riguardare due prospettive; innanzitutto, per questi pazienti bisognerebbe pensare ad unità abitative esterne all'ospedale molto protette. Ad esempio, ho avviato del tutto informalmente contatti con l'amministrazione comunale di Guardiafredda, che però in questo momento è in fase di avvicendamento essendo prossime le elezioni e, quindi, non può dedicarsi a nuovi progetti. Ad ogni modo, si potrebbe pensare di destinare ad uso abitativo i locali del vecchio ospedale di Guardiafredda, struttura che peraltro era nata come condominio. Il costo di tale riqualificazione non è neanche particolarmente elevato, come indicato da un geometra del Comune al quale ho chiesto una consulenza. In tal modo, questi pazienti potrebbero essere sistemati in piccole situazioni abitative di camere a due o quattro letti. Bisognerebbe poi garantire loro una sala comune da adibire a ristorante, non essendo più tanto abili da poter gestire autonomamente una propria cucina. Infine, avrebbero bisogno solo di una semplice assistenza infermieristica (una unità presente sulle 24 ore), di un medico che esegua il controllo dei pazienti una volta al giorno e di alcuni operatori. Ho parlato di questo progetto con gli assessori comunali. Esso, peraltro, darebbe anche

## BOZZE NON CORRETTE

un segnale di apertura nei confronti della cittadinanza che si sente molto in difficoltà e a disagio per i tagli che le strutture ospedaliere di Guardiagrele hanno subito. Ricordo, infatti, che quando sono arrivato io l'ospedale di Guardiagrele era una struttura piuttosto fiorente, con 100 posti letto; poi, per ragioni economiche, è stato in gran parte privato di vari servizi essenziali per la cittadinanza: si è proceduto al trasferimento dei reparti di ostetricia, clinica medica e chirurgia, e sono stati mantenuti solo quelli di lunga degenza e di psichiatria.

Pertanto, in prospettiva, il reparto in cui sono ricoverati questi pazienti potrebbe diventare un vero reparto di riabilitazione e *post degenza* nel quale possano rimanere per un certo periodo di tempo i pazienti che, dopo il ricovero in SPDC, si reputi opportuno trattenere perché siano inseriti in un progetto più dedicato. L'SPDC, infatti, comporta di fatto una degenza limite, anche per ottemperare ai doveri del trattamento sanitario obbligatorio la cui durata non può superare le due o tre settimane. Pazienti che hanno avuto crisi acute a volte richiedono una degenza più lunga e a quel punto noi li trasferiamo in comunità terapeutiche che comportano però costi elevati e la cui effettiva competenza lascia molti dubbi.

Il progetto che ipotizzo sarebbe quindi volto a mantenere il reparto di cronicità, ad aprire una finestra abitativa più vicina al territorio per i

## **BOZZE NON CORRETTE**

pazienti attualmente degenti, e a valorizzare questo spazio destinandolo ad unità di *post* degenza. In questo progetto verrebbe mantenuto a Guardiagrele l'SPDC per la degenza acuta, anche perché di fatto si è sempre cercato di trasferire questo servizio al policlinico centrale. Ci si è sempre chiesti, peraltro, per quale motivo un reparto di unità intensiva, di acuzie, sia stato stabilito proprio a Guardiagrele, località poco funzionale perché lontana dai grandi centri e difficile da raggiungere, specialmente d'inverno quando le strade sono innevate.

Sappiamo che a quel tempo la clinica privata, cui abbiamo fatto già riferimento, manteneva un assoluto controllo della situazione e non voleva ingerenze all'interno del capoluogo. Ora la situazione è radicalmente cambiata. Quella di Guardiagrele si è dimostrata essere una scelta felice per la psichiatria, se non altro per la solidarietà che ci è sempre stata manifestata da questa piccola cittadina che per diversi motivi è molto sensibile ai problemi della marginalità, della devianza e, quindi, anche della malattia mentale. Ora però non è più garantita una copertura medica, in quanto - ripeto - i reparti di medicina e chirurgia sono stati trasferiti. È anche difficile mantenere una guardia notturna e coinvolgere pienamente gli specializzandi nella vita del reparto non solo per la distanza del paese dai grandi centri, quanto anche perché gli specializzandi devono fare le guardie sotto la copertura degli strutturati anziani, ma questo a

## **BOZZE NON CORRETTE**

Guardiagrele di fatto è impossibile perché gli strutturati sono poco presenti in quanto provengono da ospedali distanti almeno 30 chilometri.

Date queste condizioni, penso che si possa comunque confermare la struttura di Guardiagrele, anche perché il policlinico di Chieti non consente realisticamente ulteriori carichi di degenze e di posti letto. Sarebbe, peraltro, molto importante che almeno per le situazioni di ricovero più acute, cioè quelle a rischio, fosse garantita una piccola unità di quattro, cinque posti letto ubicata all'interno dell'ospedale centrale del capoluogo, molto vicino al pronto soccorso e a tutta una serie di altri centri di terapia intensiva.

Questo è il disegno che ho pensato di realizzare e che posso illustrarvi più dettagliatamente in tutti i suoi particolari fornendo alla Commissione anche la lista dei pazienti e dei movimenti relativi a tutte le degenze avute in questi anni. Faccio presente che noi registriamo circa 600 ricoveri l'anno, con una notevole percentuale di trattamenti sanitari obbligatori. È un volume piuttosto rilevante, non lontano da quello che può registrare l'SPDC dell'Ospedale Sandro Pertini di Roma. Ad ogni modo, ripeto, posso fornirvi tutti i dati che possono interessare il vostro lavoro.

Ho voluto principalmente illustrarvi questo disegno nelle sue articolazioni per aprire una discussione e valutare ciò che è realistico realizzare in tempi brevi, perché considero molto importante che nel

## **BOZZE NON CORRETTE**

dibattito generale rimanga traccia della riflessione sulle modalità con cui la psichiatria di Chieti può organizzarsi in modo razionale.

**PRESIDENTE.** Professor Ferro, la ringrazio molto per la sua completa relazione.

Prima di dare la parola ai commissari vorrei intervenire brevemente per chiedere dei chiarimenti. Anzitutto, vorrei sapere quanti malati in questo momento effettivamente sono stati trasferiti dal gruppo Villa Pini-Paolucci a Guardiagrele e quanti hanno bisogno soltanto di assistenza presso RSA. Vorrei inoltre chiederle di chiarire un aspetto sul quale la Commissione non credo possa intervenire in alcun modo, ma che mi ha preoccupato: vorrei sapere come si definisce clinicamente questa non recuperabilità, di cui lei ha parlato, dei pazienti la cui mente è stata di fatto abbandonata per tanti anni e se c'è qualcosa che si può fare o se di fatto le loro sono vite irrecuperabili dal punto di vista intellettuale. Questo evidentemente è un aspetto del decorso e dell'assistenza a queste persone sul quale purtroppo non possiamo fare nulla, ma che lascia abbastanza agghiacciati.

**SACCOMANNO (PdL).** La ringrazio, professor Ferro, anche per questa sua attenzione spontanea, in linea con la sua vita e con il suo impegno

## **BOZZE NON CORRETTE**

professionale, per la ricerca di soluzioni. Dopo avere ascoltato questa sorta di film che ci ha presentato, vorrei cercare di capire, come il presidente Marino, le soluzioni possibili. A mio parere, le soluzioni possibili sono molto lontane dalla allocazione prospettata, perché probabilmente sembrerebbe una resa ad una cronicità e ad una irrecuperabilità che abbiamo difficoltà a cogliere. Siamo da pochi giorni tornati da una visita a Trieste, dove abbiamo percepito veramente un mondo che sta a tre metri sopra il cielo rispetto a quello che lei ci ha raccontato, che è a 20.000 leghe sotto il mare, per restare nella metafora cinematografica e letteraria. Come diceva il Presidente, possiamo intervenire poco per quanto riguarda le decisioni comunali, amministrative e gestionali dirette, ma il progetto di salute di quel mondo ci interessa. Vorremmo cogliere di più, un progetto di salute, ma non in un quadro di sconfitta, anche se certamente in un quadro di difficoltà, forse anche grande da quanto risulta dalle sue parole, ma dobbiamo riprendere con speranza il cammino di riorganizzazione del sistema. Non va ridiscusso cosa fare di quel vecchio ospedale, ma che cosa fare della psichiatria di quel territorio. Mi scusi per la brutalità, che certamente non è rivolta contro di lei, anzi colgo l'opportunità della sua presenza per ragionare su questi temi. Sulla psichiatria siamo disposti a ragionare e a concentrare l'attenzione anche severa di una Commissione d'inchiesta come questa, a porre degli interrogativi pesanti agli operatori,

## **BOZZE NON CORRETTE**

alle associazioni, alle amministrazioni, ai responsabili, alla Regione, e a comprendere se vogliamo veramente andare avanti. Ho però difficoltà, alla luce del quadro che lei ci ha rappresentato, ad immaginare cosa cogliere in quella piccola realtà, se non i bisogni. Il permanere per tempi lunghi in un mondo chiuso come questo, cioè la cronicizzazione organizzata, è esattamente il contrario del dettato della legge n. 180 del 1978, mentre dove la legge è applicata, al di là delle prevenzioni ideologiche, ci siamo imbattuti in una realtà positiva che deve stimolare a migliorare i percorsi di salute in ogni territorio. Probabilmente c'è un interrogativo drammatico che parte dagli operatori ed è rivolto agli organizzatori politici riguardo tutto questo ambito. La percezione che ho dal suo racconto e che sottopongo alla valutazione del Presidente e del senatore Bosone è che in quel territorio la riforma non sia arrivata per nulla. Stiamo parlando di un mondo antico su cui occorrerebbe una mannaia violenta per andare a riordinare il sistema da zero. Se crediamo nel progetto riabilitativo, dobbiamo parlare di riabilitazione, se poi si parla di un malato cronico che soffre di demenza senile o altro, ci si riferisce ad un altro mondo, si può ricercare il dato sociale di risposta alla demenza senile e, anche se forse questa non è la sede, si può tentare un altro tipo di percorso per confrontarci con le amministrazioni. Sull'ammalato psichiatrico, invece, stiamo tentando di sconfiggere una storia di pregiudizio che conserva la cronicità e

## **BOZZE NON CORRETTE**

l'irrecuperabilità, riusciamo ad intravedere uno spazio piccolo o grande che sia, a seconda delle patologie. Nella relazione che ci invierà vorrei che vi fosse un confronto tra il mondo ideale e quello che lei conosce bene, trattando 600 pazienti all'anno. Vorrei che non vi fossero troppi trattamenti sanitari obbligatori e che non durassero due settimane, ma che si risolvessero in due o tre giorni, come nella media nazionale. Vorrei capire quale contributo possiamo dare, basandoci sul suo consiglio e sul suo progetto, in termini di riabilitazione reale. Questo è il percorso che mi aspetto dalla sua relazione. Poi decideremo se abbattere o meno quell'ospedale affinché non divenga un monumento da usare comunque, magari come un carcere, ma dobbiamo decidere cosa fare innanzitutto dell'ammalato psichiatrico. Se in questo progetto, con la sua collaborazione e con la sua serenità, con la suddivisione reale che ci può fornire, con i dati relativi alle parti nascoste, come gli oligofrenici ed altri, che non dovrebbero stare in quella struttura, con uno spaccato reale, sulla base della sua scienza e della sua esperienza, ci potrà suggerire come riuscire a trovare anche in quella terra un percorso di riabilitazione che, non a questa Commissione, ma a chi verrà dopo di noi, potrà consentire di tornare da lì come io sono tornato da Trieste, avremo incanalato anche la sua aspirazione nel modo più corretto e più giusto. Mi auguro che nella sua relazione vi sia un'analisi dettagliata, una differenziazione patologica, che

## **BOZZE NON CORRETTE**

racconti come una storia del passato tutto ciò che ancora è oggi e ci proponga cosa fare invece per vedere questo nuovo orizzonte.

BOSONE (*PD*). Mi è parso di capire che il mondo della psichiatria di cui stiamo parlando sia ancora in ritardo rispetto a quanto previsto dalla legge n. 180 del 1978 e ci presenti uno spaccato molto diverso da quello che offrono altre Regioni e comunque mi convince ancora di più che nel mondo della psichiatria vi sia un'enorme differenza tra diverse Regioni in termini di applicazione della legge n. 180 e di interpretazione della riabilitazione, dello stesso trattamento sanitario obbligatorio e della struttura di diagnosi e cura. Sicuramente sembra esserci una grossa difficoltà e mi è parso di capire, anche se non ho avuto occasione di visitarle, che nelle strutture di Chieti che poi sono state chiuse vi fosse anche una certa sovrapposizione fra pazienti cronici con deterioramento cognitivo, quindi pazienti che fino al momento dell'invecchiamento cerebrale stavano bene e nei quali il disturbo comportamentale era legato all'invecchiamento o alla patologia intercorrente come l'Alzheimer, per i quali occorrono nuclei protetti, e i malati mentali veri e propri con oligofrenia più o meno asociale. Per questi ultimi bisognerebbe aprire percorsi differenti, ivi compreso il ricovero in diagnosi e cura e poi eventualmente tutta la catena riabilitativa nei centri diurni, quindi unendo la parte residenziale all'assistenza domiciliare.

## BOZZE NON CORRETTE

Quindi, si tratta di tre grandi anelli che, a loro volta, comportano un'articolazione territoriale. Vorrei capire se, oltre alla ristrutturazione, si sta pensando anche a tale articolazione territoriale. Vorrei poi sapere quanto è grande il Dipartimento di salute mentale cui fate riferimento, quanti sono i centri di salute mentale compresi nel DSM e quali funzioni svolgono in questo momento, se consulenziali o ambulatoriali, o se qualcuno di essi funge anche da struttura di ricovero. Vorrei sapere, quindi, come si integra il CSM con la struttura di diagnosi e cura e come eventualmente il centro di salute mentale parla con le strutture riabilitative presenti sul territorio, pubbliche o private accreditate.

Infine, vorrei sapere se esiste ancora un dimensionamento di privato non accreditato che sfugge in qualche modo al controllo del DSM.

MASCITELLI (*IdV*). Vorrei avanzare poche richieste di chiarimento per avere un quadro complessivo della situazione, non dopo avere ringraziato il professor Ferro per la sensibilità che l'ha portato ad essere qui presente.

Condivido le osservazioni dei colleghi che mi hanno preceduto in merito alla necessità di affrontare la grande diversità territoriale che esiste tra Nord e Sud e tra Regione e Regione al fine di realizzare un progetto di organizzazione della buona psichiatria già esistente nel nostro Paese.

## **BOZZE NON CORRETTE**

Allo stesso modo, siamo convinti, sulla base degli elementi che di volta in volta emergono, che anche in questo settore della medicina, così delicato e complesso, ci sia molto sommerso, cioè situazioni che spesso sfuggono ad una rete efficace ed efficiente di controlli atti a far convergere le buone finalità di una buona psichiatria, così come prospettato dal collega Saccomanno.

Tornando alla situazione della Regione in cui lei, professor Ferro, lavora - e che è anche la mia d'origine - lei ci ha parlato di una psichiatria e di una riabilitazione psichiatrica che erano quasi monopolio del privato, se si prescinde da alcuni elementi aggiuntivi ed innovativi intervenuti dopo una certa data. Collegandomi anche alle parole del collega Bosone, vorrei sapere se, sulla base della sua esperienza professionale, è a conoscenza di forme di integrazione, di verifica, di controllo tra pubblico e privato, o se il paziente psichiatrico, nel momento in cui viene affidato alla struttura privata, diventa completamente avulso dalla rete di medicina e di assistenza che comunque il pubblico, sia pure con dimensioni ridotte, continua ad offrire nel territorio. È infatti premura di questa Commissione studiare quegli indirizzi e quelle indicazioni affinché fatti che si sono verificati non si ripetano più. Le risulta, quindi, sulla base della sua esperienza, che vengano attuate forme di controllo da parte del pubblico nei confronti dei servizi assegnati in convenzione alle strutture private? Se così non è, quali

## **BOZZE NON CORRETTE**

indirizzi e suggerimenti può indicare perché sia possibile migliorare l'integrazione tra pubblico e privato di cui questo settore in particolare necessita?

Continuo ad approfittare dell'esperienza del professor Ferro per ricevere da lui ulteriori chiarimenti. Lei, professore, ha fatto riferimento a pazienti che per molti anni sono stati assistiti in determinati condizioni. Dal momento che simili situazioni possono essere presenti anche in altri territori del nostro Paese, vorremmo conoscere le reali possibilità di recupero medico-sanitario-sociale di questi pazienti, anche perché vorremmo essere tranquillizzati da lei sul fatto che ci consta che alcuni di questi pazienti sono stati trasferiti in residenze sanitarie assistenziali. Vorremmo quindi conoscere la sua opinione in merito alla potenzialità di accoglienza medica, sociale, umana, interpersonale che l'RSA può avere nei confronti di pazienti con problemi di salute mentale.

*FERRO.* Ringrazio molto gli onorevoli commissari per le domande che mi hanno rivolto perché mi permettono di focalizzare meglio la questione e, quindi, di elaborare anche un documento che sia nettamente propositivo su alcuni aspetti particolari.

Anzitutto, ringrazio il senatore Saccomanno per le sue osservazioni. Perdonatemi per questo mio brevissimo riferimento autobiografico. Io

## **BOZZE NON CORRETTE**

conosco benissimo la situazione triestina, anche perché ero tra gli ospiti di Franco Basaglia quando fu celebrata la famosa festa di apertura dei cancelli dopo il corteo di Marco Cavallo. A quella festa parteciparono anche Ronald David Laing e David Cooper, alcuni esponenti del gotha del movimento nuovo della psichiatria non solo italiana ma anche europea.

Aggiungo che, all'amicizia personale e allo scambio che ho avuto con le persone attive prima a Gorizia, poi a Trieste, ma anche in altre situazioni, come quelle toscane ed emiliane, è seguito poi un fatto molto importante. È noto che inizialmente questa psichiatria è stata contrastata da una forte opposizione accademica e che gli specializzandi del movimento che trovavano le porte chiuse nelle università italiane - parlo di tempi che nessuno vuole più ricordare - riuscirono poi, anche tramite la mia mediazione, a trovare aperte le porte dell'Università cattolica di Roma, dove moltissimi di questi colleghi si sono specializzati con noi. Io, quindi, ho potuto seguire da vicino la nascita del movimento antipsichiatrico, con tutte le sue luci ed ombre, in realtà con più luci che ombre. Se ora, infatti, si chiede ai miei specializzandi se la sofferenza psichica è un fatto cronico, rimangono sbalorditi, perché sono argomenti molto vecchi. Ci si è chiesto che cosa sia accaduto dopo il 1998 quando è stato aperto un SPDC e la gestione del centro di salute mentale è stata dinamizzata. Io posso rispondere che nessuno dei pazienti ricoverati in questi anni è più ricaduto

## **BOZZE NON CORRETTE**

nelle reti di cronicità; al massimo hanno trascorso dei periodi in unità terapeutiche convenzionate, altrimenti vengono gestiti in accordo con i centri di salute mentale del territorio, quelli di Chieti e di Ortona, oppure, se sono fuori zona, con le strutture di altre zone. Anzi di solito durante questo periodo breve ma molto significativo della permanenza in SPDC, i responsabili della presa in carico successiva vengono direttamente a vedere i pazienti che possono essere stati a volte inviati da loro per un momento critico per poi essere ripresi una volta monitorata la situazione. C'è quindi un rapporto molto forte tra il reparto e il territorio, naturalmente a volte con delle incognite su questi affidamenti alle comunità terapeutiche di cui bisogna in qualche modo fidarsi non avendo delle risorse proprie. L'ideale sarebbe che il Dipartimento avesse tutti gli strumenti. Per quanto riguarda la cronicità, si tratta di una cronicità mista, ma su questo era stata già fatta chiarezza, perché alcuni pazienti con dei difetti intellettivi di tipo neurologico degenerativo come l'Alzheimer sono stati messi in RSA, c'è però un grosso contingente di pazienti che non hanno disturbi neurologici, quindi pazienti psichiatrici puri. Sono pazienti come se ne vedevano negli anni '60, tant'è vero che quando sono arrivati questi pazienti ho detto ai miei specializzandi di essere molto presenti, così avrebbero creduto ai miei racconti su quella che era la realtà degli anni '60, perché non sembrasse che parlassi di qualcosa che non esiste più. Si è purtroppo creata una sorta di

## BOZZE NON CORRETTE

sacca, perché l'attività di queste cliniche private che avevano anche il servizio acuti in qualche modo aveva ritagliato un intervento sulla popolazione sottraendolo al controllo territoriale del Dipartimento di salute mentale. Mi è stato giustamente chiesto che tipo di reversibilità ci può essere. Come dicevo prima, questi pazienti non sono in grado, in prospettiva, di preparare un pranzo. Mi ricorderò sempre di un paziente che era a Santa Maria della Pietà da trent'anni quando venne operato al Gemelli per ulcera gastrica perforata perché non aveva neanche potuto lamentarsi. Dopo l'intervento chirurgico lo ritrovai in reparto, dove non si sapeva come inserire questa persona, tanto era il suo livello di abbandono: non parlava, non si curava in nessun modo, sembrava una persona compromessa intellettivamente in modo irreversibile. In realtà è accaduto che nel giro di sei, sette mesi la situazione ha avuto un'evoluzione sorprendente. A contatto con persone completamente diverse nella relazione questo signore, che quando era entrato a Santa Maria della Pietà era uno studente di ingegneria, ha ricominciato a fare delle operazioni matematiche e persino a dare lezioni di livello universitario ad un mio collega che nel frattempo si era iscritto a matematica per la ricerca scientifica, dicendomi poi che il mio collega non capiva tutto perché per fare i matematici bisognava essere portati. Una vicenda, insomma, che ricorda quella del famoso premio Nobel che era anche psicotico. Naturalmente tra questi pazienti ci sono

## BOZZE NON CORRETTE

delle persone che, anche se non sono dei matematici, possono sicuramente recuperare delle abilità. Ci sono persone che hanno un passato a volte interessante, che hanno fatto dei mestieri oggi anche difficili a ritrovarsi. C'è ad esempio un signore che, se non arriverà a farsi la cena, è mia intenzione mandare a potare gli ulivi, perché sembra lo sappia fare benissimo e che ci sia qualche difficoltà a fare queste operazioni. Sto cercando di produrre, quanto più è possibile, una reversibilità della situazione per questi pazienti. Naturalmente, però, questo relativo ai tempi è un problema di psicopatologia molto importante che il *post* legge n. 180 del 1978 ci ha insegnato. Questo ci induce a fare un progetto di responsabilità, perché i pazienti affetti da situazioni psicotiche importanti dopo l'esordio hanno una malleabilità, una propensione ad essere riabilitati o meglio reinseriti nelle relazioni che è sostanzialmente proporzionale al tempo di intervento attivo. Sono in stretta relazione con il professor Joachim Klosterkötter di Colonia, di cui sono un corrispondente molto entusiasta, e con il professor Patrick McGorry di Melbourne, che hanno sconfitto la cronicità psicotica intervenendo sugli esordi, quindi sulla prima crisi, e mettendo i pazienti in condizione di essere seguiti dopo la prima crisi o addirittura anticipandola, come viene fatto anche presso la nostra clinica, intervenendo sulla fenomenologia premorbosa, che non è proprio una prevenzione primaria ma quasi, avvalendosi dei medici di base, della

## BOZZE NON CORRETTE

rete scolastica, e così via. Nella zona abruzzese non si è sviluppata una cultura psichiatrica, mentre ad esempio la riforma si è avviata meglio in situazioni come l'Emilia, la Toscana, l'Umbria, che avevano delle lunghe tradizioni. Questa situazione a macchia di leopardo sul territorio nazionale risale a prima dell'unità d'Italia. Firenze e Lucca, ad esempio, avevano delle strutture d'avanguardia già alla fine del '700. La zona chietina non ha avuto praticamente nulla fino a dopo il 1945; i pazienti cronici dovevano andare lontanissimo a ricoverarsi e poi è sorta questa clinica privata nel dopoguerra e abbiamo cominciato la nostra attività nel 1998, creando una situazione di doppio binario: i pazienti seguiti nel 1998 non sono più rientrati in un circuito di cronicità grave, ma adesso ci si sono ripresentati tutti i casi che erano stati gestiti in modo diverso. Ovviamente mi adopero ogni giorno perché vi sia una reversibilità, ma francamente non so se per tutti, dato questo lungo tempo passato, sarà possibile una riabilitazione *tout court*; certamente bisogna pensare di mettere questi pazienti al di fuori di uno spazio ospedaliero, tranne quelli affetti da Alzheimer, per i quali esistono le RSA, ma fra quelli che hanno delle caratteristiche di destorificazione, la cosiddetta sindrome istituzionale, già descritta da Goffman e mirabilmente da Pirella in Italia, alcuni potranno avere un recupero al 30, altri al 60 per cento, qualcuno magari anche di più, in ogni caso bisogna pensare di mettere a contatto sia quelli che ho seguito io

## BOZZE NON CORRETTE

direttamente, sia quelli che sono finiti altrove e questo richiede peraltro delle risorse di cui non disponiamo in questo momento. Ecco perché ho interpellato la struttura comunale.

Avevo addirittura pensato di unirli ad altre situazioni di provvidenze, come la Caritas, per verificare se questo, insieme ad altri interventi sulla marginalità, è in grado di ridurre anche lo stigma. Io ho visto per la prima volta questi pazienti circa un mese fa; è presto per dire quale sarà l'evoluzione. Certo, sono pazienti speciali che però danno un'indicazione precisa: ci chiedono, cioè, di fare in modo che per i nuovi pazienti sia prevista una delle provvidenze *post* degenza tale da non farli più rientrare in una situazione come quella che ho illustrato.

Io ho semplicemente aperto un quadro. Poi, dopo un periodo di 20 giorni o di un mese, potrò anche indicare quali aspettative ho per ogni singolo paziente; per gli altri - ahimé! - posso averne meno. Sicuramente, però, nel giro di un anno vorrei inserirli in una situazione diversa, di completa territorialità, sia pure protetta in vari modi. Alcuni nel tempo hanno anche accumulato dei soldi; un paziente ha addirittura 70.000 euro e, al limite, può anche affittare un piccolo appartamento. Le soluzioni sono varie e vanno studiate singolarmente e l'operazione che dobbiamo fare deve essere molto ragionevole. Naturalmente, la richiesta immediata è volta ad una sistemazione esterna all'ospedale, perché di fatto ora questi pazienti

## **BOZZE NON CORRETTE**

stanno bene. Questo arrivo ha addirittura ridestato a Guardiagrele un grande entusiasmo; il cuoco dell'ospedale ha persino cominciato a servire i pasti migliori. C'è stata una specie di mobilitazione attiva. Tale entusiasmo, però, non deve limitarsi al momento contingente ma deve confluire in un progetto dotato di maggiori risorse che attualmente - so di sfondare una porta aperta - sono modeste. Qualcosa comunque bisogna fare - questa è la mia convinzione che esprimo con chiarezza - per non lasciare che un primo atto sacrosanto di un'operazione resti privo del secondo atto.

PRESIDENTE. Professor Ferro, la ringraziamo moltissimo per il suo contributo.

Prima di concludere questo incontro le vorrei chiedere se, nei tempi che lei riterrà opportuni, può far pervenire alla Commissione una relazione che noi potremo valutare anche per adoperarci per il secondo atto cui lei ha fatto riferimento.

La Commissione è molto soddisfatta della sua audizione proprio perché l'obiettivo era quello di sottrarre a questa situazione quasi senza speranza i quasi 200 pazienti o persone che avevano comunque necessità di assistenza. È certo che, mentre noi, con la nostra azione, potremmo anche avviare un progetto per una migliore riabilitazione psichiatrica per tutti coloro che potranno essere recuperati, comunque ci riempie di speranza il

## **BOZZE NON CORRETTE**

fatto che lei affermi in qualità di professionista che non c'è nessuno che può essere escluso da questa potenzialità.

Attendiamo quindi la sua relazione e certamente ci adopereremo di conseguenza.

*FERRO.* Signor Presidente, sarà certamente mia premura farvi pervenire una relazione scritta in cui siano specificati alcuni punti chiave di rilievo dello stato dell'arte ed eventualmente alcune proposte che possono diventare progettualità dirette o essere comunque consegnate agli organi che negli anni saranno preposti alla sanità abruzzese come un'agenda cui ottemperare quando ci sarà la possibilità di farlo.

*PRESIDENTE.* La ringraziamo ancora.

Dichiaro conclusa l'audizione e rinvio il seguito dell'inchiesta in titolo ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 15.*