



Nonostante la datazione, i contenuti sono ancora attuali e fanno riflettere. Considerato che si tratta della registrazione, di un intervento fatto a “braccio”, quindi, la forma non è sempre esente da criticità.

Relazione di Benedetto Saraceno

Argomento della relazione: Salute mentale e società

Io ringrazio Don Colmegna per avermi invitato, sono andato via da questa città (Milano) che è la mia città tre anni fa a lavorare all'Organizzazione Mondiale della Sanità. È la prima volta, dopo tre anni, che tomo a parlare in pubblico a Milano. Avrei potuto tornare in una situazione totalmente informale, essendo che in questa sala ci sono tanti amici di sempre. Non c'era motivo di venire qui a Milano fra amici in modo paludato, un po' altezzoso. Ma io ho riflettuto bene e ho pensato che era bene venire qui in modo altezzoso e paludato. Adesso vi spiego il perché: ho preferito chiedere l'autorizzazione ufficiale alla OMS e venire qui, non come un amico di Colmegna e di molti amici che sono in sala, ma a portare ufficialmente il saluto dell'OMS. L'OMS riconosce che questa campagna è parte della politica e delle linee di sviluppo auspicate per l'assistenza psichiatrica. Io ho preferito essere meno ampievole ma più formale, perché penso che politicamente sia significativo che porti il saluto del direttore generale dell'OMS. In questo modo si pone un sigillo formale alla campagna per la salute mentale. La salute mentale non è mai stata una priorità dell'OMS, fino al 1996 quando la Banca Mondiale e l'OMS hanno pubblicato insieme un rapporto. Questo rapporto ha sconvolto le attese e le convinzioni del mondo sanitario internazionale mostrando che ci sono 340 milioni all'anno di gravi depressi, ci sono dai 10 ai 20 milioni all'anno di tentati suicidi di cui il 70% sono imputabili a ambienti psichiatrici. C'è un milione all'anno di suicidi tentati e riusciti, vi sono 22 milioni all'anno di schizofrenici, ci sono 120 milioni all'anno di alcolisti ci sono 28 milioni di addizioni a sostanze d'abuso, ci sono 60 milioni di ritardati mentali, ci sono 40 milioni di epilettici, questo riguarda meno le ultime tre date. La psichiatria nei paesi ricchi dove epilettici e dementi non fanno parte della psichiatria ma della neurologia mentre nei paesi poveri gli psichiatri e i neurologi sono la stessa cosa per cui a carico dei servizi psichiatrici ci sono anche i 40 milioni di epilettici, i 29 milioni di dementi e i 9 milioni di esiti di ictus cerebrale. Quindi una dimensione inattesa perché la banca mondiale ha capito questa cosa nel 1996. Il mondo del dopo guerra era particolarmente povero, adesso è un po' meno povero. Le misure adottate dagli organismi internazionali per misurare le condizioni delle malattie e di salute della popolazione erano misure basate sulla mortalità, si contavano i morti, quanti muoiono di tubercolosi, quanti muoiono di aids, quanti di malaria. Anche nei paesi poveri però, negli ultimi 20 anni c'è stato un allungamento della vita media, soprattutto in alcune regioni del mondo.

Tuttavia si è cominciato a capire che questa misura che contava i morti era un po' rozza nel senso che i morti una volta morti si fa il funerale. È molto triste però la questione è la disabilità, cioè quelli che non muoiono rappresentano un carico per le famiglie, per se stessi e per i sistemi economici dei paesi. Se uno ha un incidente automobilistico e muore è terribile, però in peso socio economico e psico affettivo per la famiglia è molto più grave se uno ha un incidente automobilistico e rimane emiparetico. Quindi la Banca Mondiale ha inventato delle misure che combinavano dei parametri in base agli anni di vita sana persi. Se io ho un incidente e perdo un braccio e ho 50, anni l'età media in Italia è 75. Vuol dire che io ho davanti 25 anni di vita con un braccio. La banca mondiale ha inventato una cosa chiamata DALI che è diventata una grande moda. DALI sta per anni di vita aggiustata per la disabilità: quanta vita disabile ho ~ Dei poveri malati mentali non si era mai occupato nessuno perché morivano poco, non contavano nelle statistiche. Ora sono diventati importantissimi perché muoiono poco ma sono tanto disabili perché hanno una disabilità di lunga durata. Hanno un

peso socio economico sul sistema sanitario, se assistiti dal sistema sanitario; sulla famiglia, se non assistiti dal sistema sanitario; su se stessi in termini non di peso economico, ma di sofferenza. Allora la banca mondiale ha scoperto che le cose stavano diversamente, facendo torta unica 100% e tagliando via delle fette chiedendoci non quanto pesa la mortalità, ma quanto pesa il DALI cioè questa misura che esprime la tragedia dell'essere malato per lungo tempo, si scopre che la torta è molto diversa da come uno si potrebbe aspettare. Si scopre che le malattie mentali e le malattie neurologiche insieme rappresentano 110/0 degli anni persi di vita abile. Sono l'11% ma uno dice: è tanto, è poco, cosa vuol dire? Però andiamo a confrontare questa percentuale e scopriamo che la disabilità che consegue incidenti natali cioè le disabilità da parto sostanzialmente rappresenta il 10%. Le malattie cardiorespiratorie dell'enfisema o gli esiti delle malattie polmonari rappresentano il 9%, la disabilità rappresentata dal cancro è il 6%, la disabilità rappresentata dagli incidenti cardiovascolari è il 4%, la disabilità presa dalla malaria è il 3%. Non vuol dire: " che bello ma allora stanno bene quelli col cancro, vuol dire che muoiono di più. Se sono il 3% quelli con la malaria che hanno la disabilità vuol dire che un sacco di loro non fanno a tempo ad avere la disabilità, muoiono prima quindi, non c'è da far la gara siamo più importanti noi dei malati mentali che voi col cancro, c'è da capire che sul piano della programmazione sanitaria esistenziale, delle famiglie, delle persone, la malattia mentale conta molto. Questo è un dato semplice ma importante di cui si sono resi conto la banca mondiale e l'O.M.S. vi faccio vedere l'ultimo lucido dove hanno semplicemente fatto la hit parade, i dischi più venduti della settimana delle disabilità e hanno scoperto che mettendole 10 in fila la prima è la depressione unipolare, la quarta è l'abuso di alcool, la sesta sono i disturbi bipolari, la 10 è la schizofrenia l'11 i disturbi ossessivi compulsivi. Quello che voglio far capire è che su questa lista ce ne sono ben 5 che sono Psichiatrici, cioè nelle cause di disabilità tutte le malattie esistenti sulla faccia della terra 5 appartengono alle malattie mentali. La banca mondiale, che deve fare i prestiti ogni anno ai governi poveri, per esempio negozia il prestito all'Honduras. L'Honduras chiede 100 milioni di dollari per la sanità, e il ministro prima del rapporto DALI dice: " voglio fare ospedali, voglio avere i centri per la tubercolosi, per la malaria. E i matti? i matti non esistono, sono un problema irrilevante. C'era una sensibilità bassissima da parte delle autorità sanitarie e politiche dei paesi nel chiedere quattrini alla banca mondiale sulla questione della salute mentale, salvo poi scoprire che il peso economico per il sistema sanitario di questi pazienti, per cui non si chiedevano soldi, era gigantesco. Il primo messaggio che vi voglio portare qui è: oggi finalmente O.M.S. e le agenzie internazionali hanno capito di fare attiva campagna con i governi compreso il governo Italiano nel dire dovete mettere più soldi nella psichiatria. Oggi in Europa i paesi più ricchi come gli scandinavi mettono il 5% delle spese sanitarie per la spesa psichiatria, i paesi più straccioni come la Romania mettono lo 0,20/0. La posizione dell'OMS è che anche il 5% è troppo poco, non solo chi mette lo 0,20/0 è fuori tempo massimo, ma anche chi mette il 5%. Credo che l'Italia metta il 4%, è un dato da verificare, comunque anche il 14% non basta. Quindi il primo messaggio che mi va di portare è: guardate che se l'autorità sanitaria regionale programmatrice e finanziaria della vostra regione mette più soldi per la psichiatria, non è uno sproposito. È una richiesta perfettamente in linea con le valutazioni che oggi fanno gli organismi internazionali, e se vogliamo più soldi abbiamo ragione di volerli. Messaggio numero due, che cosa ha capito l'OMS negli ultimi 10 anni? L'OMS, con molta lentezza, ha capito esattamente la problematica che ha occupato buona parte della relazione di Colmegna sulla questione sociale e sanitaria, sulla questione clinica e sulla dimensione psicosociale. Qui tutti sono d'accordo sulla terribile parola " biopsicosociale " è una parola come dire pipipicchio. Il senso di questa parola è zero. IL sig. FILCH americano ha fatto un bel saggio che dice biopsicosociale è uguale a SCIBBOLET. Un cittadino di religione ebraica saprà che scibbolet era una parola che non vuole dire niente, la usavano i membri di alcune tribù d'Israele quando parlavano dei mercati lontani per riconoscersi, per dire "anche tu sei di Morbegno?"; per riconoscersi si dicevano scibbolet. Scibbolet voleva dire niente, una parola tanto per dire e lui dice: "biopsicosociale = scibbolet" perché oggi neanche il più deficiente degli psichiatri pensa che la psichiatria non deve avere un approccio biopsicosociale. Io penso: il problema è quali siano le conseguenze di questo biopsicosociale. Allora bisogna fare una prima riflessione un po' più fine se no continuiamo a ripetere "il sociale va bene" e siamo tutti d'accordo.

La prima riflessione un po' più attenta è questa: la dimensione sociale è fondamentale nel determinare alcune malattie fisiche. Faccio un esempio classico: la vecchia silicosi dei minatori, che lavoravano in miniera con il silicio, era una malattia con un determinante sociale molto

importante; la tubercolosi è fortemente legata a ambienti malsani e così molte malattie fisiche come tumori professionali. Il tumore alla vescica è diminuito negli ultimi 20 anni, da quando non si usano più le aniline per verniciare le automobili, ora ci sono delle tute speciali perché le aniline respirate dal verniciatore delle carrozzerie gli faceva venire il tumore alla vescica. Ma anche la povertà estrema è un determinante sociale di molte malattie fisiche. È noto che più si è poveri e meno si hanno le fogne, meno si hanno le fogne più viene la diarrea ai neonati, più viene la diarrea ai neonati più i neonati muoiono. Per cui la mortalità da diarrea è la prima causa di morte in tutto il mondo. La mortalità infantile per diarrea è evidentemente legata alla mancanza di infrastrutture che non hanno nulla a che fare con la dimensione sanitaria, ma hanno a che fare con la dimensione sociale.

In psichiatria non è vero che sia così chiaro, probabilmente adesso dico una cosa che scandalizzerà, le malattie mentali sono quelle che hanno meno determinanti sociali. Quali sono quei determinanti sociali che determinano la schizofrenia? Bo-o! non si sa bene se è proprio così. La depressione: se uno è poverissimo è depresso ma non è tanto vero. Paradossalmente noi partiamo svantaggiati nelle malattie mentali il determinante sociale è il minimo scotto. Nelle malattie fisiche siamo super bio e pochissimo sociale, invece nelle malattie mentali al contrario che nelle malattie fisiche il trattamento è fortemente intriso di provvedimenti di natura sociale, cosa non vera nel trattamento di quelle malattie fisiche a forte determinante sociale. Seguendo i casi di cancro della vescica perché si ha lavorato con le vernici non è che ve lo curate col sociale, ve lo curate con la chemioterapia punto. Se vi viene la tubercolosi non è che ve la curate col sociale, prendete le pastiglie punto. Se vi viene la silicosi non la curate col sociale, la curate con alcuni trattamenti fisici riabilitativi.

Quindi c'è un paradosso, le malattie che hanno una forte determinante sociale hanno una scarsa terapeutica sociale. Le malattie che hanno una ben nota determinante sociale hanno una fortissima efficacia nel trattamento. Bisogna chiarire una volta per tutte che non è che c'è il sociale, il sanitario, è una balla, esiste la buona psichiatria punto. Una psichiatria che non utilizza fortemente continuamente strumenti sociali per affrontare la questione dei suoi malati è una cattiva psichiatria punto. Non è che il sociale è una specie di ciliegina. I malati di mente hanno bisogno del dottore, come i poveretti hanno bisogno della casa, se c'è il lavoro è meglio. Oramai ampi studi di letteratura documentano che gli esiti dei trattamenti degli schizofrenici cambia senso se all'intervento bio psico farmaci e sostegno psicologico si aggiunge l'intervento sociale. Questo non è un opzionale, cioè noi abbiamo un assessore buono che ci fa anche il sociale, è come usare degli strumenti chirurgici arrugginiti. E' una cattiva pratica il non uso della dimensione sociale, la separazione tra sociale e clinico è un falso problema. Ecco perché la parola biopsicosociale è una parola che non vuol dire niente, perché se voi guardate e chiedete a uno psichiatra come deve essere la psichiatria moderna vi dirà biopsicosociale non ha detto niente. Il problema è: qual' è la conseguenza di questa affermazione, i servizi che si fanno carico dei pazienti psichiatrici sono servizi biopsicosociale?, allora le cose cambiano perché allora si scopre che i servizi sono molto bio, un pochino psico, sociali niente, poi ci sono i servizi deliranti che sono tutto psico un pochino bio sociali niente, poi per carità ci possono essere anche dei servizi che hanno talmente organizzato la dimensione sociale di aver perso anche la capacità di lavorare sul biopsico. Ma la questione non è teorica, la malattia mentale è biopsicosociale è la cura della malattia mentale è il trattamento, è il servizio che è biopsicosociale. Qui la questione: oggi negli Stati Uniti si dice bisogna contenere i costi della psichiatria Per contenere i costi della psichiatria noi affittiamo. La struttura pubblica paga dei privati che costano poco che si occupino dei malati, questo permette di controllare i costi, benissimo. L'esito di questa cosa è stato un disastro, non perché i privati sono più stupidi dei pubblici nel curare i malati ma perché si è cominciato a passare la linea nel dire, si parla di cura, la cura è una questione medica. Le autorità sanitarie americane hanno cominciato a dire, ma noi cosa c'entriamo con le case, ma noi cosa c'entriamo col lavoro, certo sono problemi terribili ma ce li hanno anche tanti altri poveri, questo è un errore tecnico.

La questione della casa o la questione del lavorare in ambiente più o meno protetto è una questione strettamente inerente ai bisogni di cura dei pazienti psichiatrici, non è un regalo in più che viene fatto dalle autorità sanitarie, vi facciamo la casa alloggio, senza casa alloggio non c'è buona psichiatria. I clinici che dicono, la questione sociale non mi riguarda non è che hanno torto perché sono conservatori, sono dei cattivi clinici. Messaggio numero tre: nel

momento in cui si è costretti a uscire dalla cura psichiatrica basilare manicomiale (fenomeno badate bene che non è da raccontare) l'Italia, vergogna, scandalo, chiudono i manicomi c'è una dimissione del 400% nel mondo della popolazione manicomiale. Tutti i paesi civili seguendo strade diverse magari meno ideologiche di quelle che sono state seguite in Italia oggi dicono l'ospedale psichiatrico non è un luogo di cura. Andiamo da ospedali psichiatrici totalmente chiusi 1/3 in Inghilterra o totalmente chiusi un 50% dell'Australia a tentativi più o meno riusciti ma che indicano una pesante chiusura e ridimensionamento del ruolo dell'ospedale psichiatrico. A questo punto non parliamo più della risoluzione Italiana, è un dato che fa parte ormai del sapere, della psichiatria internazionale più moderna. La chiusura dei manicomi non è soltanto un cambiamento di indirizzo per cui invece di fare lo psichiatra al manicomio l'infermiere al manicomio l'assistente sociale al manicomio lo faccio nel centro psicosociale, nell'appartamentino, o dove volete. È un cambiamento di paradigma. Cosa vuol dire un cambiamento di paradigma, di una cosa che soltanto ha capito un po' tutta la retorica quando parliamo di territorio rispetto al manicomio.

La questione oggi è che per fare la psichiatria fuori dal manicomio gli psichiatri da soli non ce la fanno, è impossibile. Se ti devi occupare di 200 malati che stanno dentro un posto chiuso è possibile, se ti devi occupare di 200 malati che vengono distribuiti in una città, non ce la può fare da solo lo psichiatra. L'equipe psichiatrica non può fare la psichiatria comunitaria da sola ha bisogno di partnership, ha bisogno dei compagni di strada, quindi anche quello della collaborazione con infra settoriale con altri aspetti della sanità infra settoriale con altri settori sociali e istituzionali e con la società civile. Anche questo non è un optional, io sono buono, sono un uomo di idee aperte quindi collaboro con voi o affogo. Questo l'abbiamo capito col mio amico Teo Maranesi quando eravamo bambini che abbiamo fatto gli appartamentini in via Procaccini nel 1976. Abbiamo messo in piedi la rete delle donne di zona 6, la rete delle donne di zona 6 è aver capito nel 1976 - 77 che mai potevamo far fronte a un intervento di comunità se non avevamo delle alleanze dentro il quartiere.

Allora erano i primi tentativi perché alleanze si chiamavano la rete delle donne e erano una ventina di donne che erano nel quartiere che diventavano funzionali ai nostri interventi, soprattutto con i malati di sesso femminile. Fu una intuizione, poi gestita come dire, molto ingenua e primitiva, quando la facemmo con Teo Maranesi. Però la questione di fondo è che si capiva che non esiste lavoro di comunità senza partnership di comunità. Oggi la questione delle risorse sul territorio va posta in capacità di individuazione delle risorse, perché le risorse sono lì ma non è che vengono a cercarvi, le risorse vanno cercate. Oggi il servizio psichiatrico ha un compito che è quello di individuare, attivare e allearsi con le risorse esistenti che non sono immediatamente evidenti sul territorio. Le risorse ci sono, ma non è che uno va lì se ne sta lì e fa ambulatorio e basta. Le risorse non vengono a cercarlo, deve essere lui che va a cercare le risorse questo è un lavoro complesso, naturalmente va fatto attraverso dei sistemi di alleanze, di sinergie anche in termini di risorse finanziarie.

Messaggio numero tre: la psichiatria territoriale è una psichiatria di partners. Certo che poi diventa più complicato perché la democrazia è complicata adesso sembra che io sia schierato con le associazioni dei familiari. Quando ero giovane psichiatra litigavo tutto il giorno con il signor Masai, oggi ci siamo baciati perché litigavamo tutto il giorno. Va bene che io litigassi, va bene che lei litigasse perché il conflitto nel momento in cui c'è la partnership fa parte della concertazione democratica, nel senso che è molto più semplice gestire un servizio in modo autocratico dicendo io sono lo psichiatra: si fa così punto. Se io la invito a un tavolo di concertazione non è che va sempre a finire bene, che si diventa tutti amici c'è una dose di conflitto che non deve far paura non è che voi dovete far sì che gli psichiatri diventino e ragionino come i familiari. Sarebbe una ipotesi stupida così come gli psichiatri non possono pretendere che i familiari ragionino come gli psichiatri. Quando nelle democrazie sono nati i sindacati c'era il tavolo dei padroni e il tavolo degli operai che non erano amici. La democrazia era dire: è possibile gestire il conflitto in modo civile senza picchiarsi? però il conflitto c'è perché ognuno rappresenta una agenda, come dicono gli anglosassoni ha interessi diversi, non c'è niente di male. Io non credo che voi fate l'interesse dei vostri figli, voi fate i vostri interessi, in senso buono. Ci sono gli interessi dei familiari, interesse non è usato in senso spregiativo, interessi nel senso di avere un interesse. Ci sono interessi dei malati, ci sono interessi degli psichiatri, ci sono interessi delle amministrazioni, ci sono interessi dei quartieri ci sono interessi diversi. La democrazia è un tavolo di concertazione

dove il conflitto diventa progetto e in ogni progetto ognuno perde un pezzettino perché la Confindustria quel contratto non è proprio come lo voleva lei, il sindacato non è proprio come lo voleva lui, ameno Per fortuna non ci si spara per le strade. Allora assumere che la partnership nel lavoro comunitario è una partnership che si nutre del conflitto non si esaurisce nel conflitto ma usa il conflitto per costruire progetti. Questo è qualche cosa che va acquisito. Messaggio numero quattro: nel momento in cui aumentano i partners succede anche un fenomeno molto importante, che i partners si organizzano e nelle società occidentali capitalistiche più evolute cominciano anche a offrire servizi alla struttura pubblica. Dicono, non solo noi siamo dei partners, ma addirittura offriamo. Comprateci che offriamo dei servizi, facciamo una casa alloggio, organizziamo le vacanze per i malati, costruiamo dei pezzi del sistema. Questo è un programma molto delicato. C'è una distinzione tra privato sociale a fini profit e non profit. In parte è diventato più obsoleto e vecchio in senso che c'è un privato che preme per competere col pubblico perché spesso il pubblico non è di alta qualità e questo privato compete. Dice, io offro i servizi. Il privato sono quattro brave persone che comprano un appartamento, sono una cooperativa di tipo A e vendono assistenza per seguire quattro psicotici. può anche essere don Verzè che mette su un privato per far soldi, va bene lui fa i soldi, è una logica. Va bene da un lato, c'è il S. Raffaele che è una grande impresa privata profit, all'ultimo estremo c'è la piccola cooperativa non profit che fa delle cose sensate. Non si tratta di dare un giudizio si tratta di trovare un metodo. Oggi il problema dell'ente pubblico, è che i servizi pubblici spesso non sono adeguati, io non posso sbattere la porta in faccia all'OMG o alle associazioni dei familiari che mi offrono dei servizi. Sarebbe non democratico chiudere la porta e mandarli via. Però sarebbe estremamente ingenuo che non si crei un sistema di vigilanza molto duro sulla qualità del servizio che si V1101e e che il privato offre.

Io non ho niente in contrario che i privati offrano alla Regione Lombardia qualcosa e che la Regione Lombardia compri. Non sta scritto da nessuna parte che la psichiatria pubblica è meglio della psichiatria privata. Sta scritto nella storia d'Italia che la psichiatria privata è sempre stata una associazione di banditi, ed è la storia. Però e la storia può sempre mutare, per cui arrivano dei privati buonissimi che fanno delle cose meravigliose. Però attenzione io, se fossi l'Assessore Regionale, direi: un momento lei vuol fare una casa alloggio? queste sono le linee guida per valutare la qualità di come lei assiste le persone della casa alloggio. Lei vuol fare una cooperativa di lavoro per i malati mentali? stupendo faccia pure, io le mando i malati e pago, però la cooperativa deve funzionare così. Conclusione voi come associazione di familiari, voi come associazioni della società civile che vogliono intervenire e contare nella pianificazione e gestione della psichiatria in Lombardia dovete avere la capacità tecnica. Questo è importante, se no resta solo un piagnisteo, di formulare insieme alla autorità sanitaria pubblica, delle linee guida su come devono funzionare tutti i tipi di servizi che esistono nella gamma. Ci sono in giro esperti indipendenti seri che hanno studiato come si fa a valutare la qualità di un servizio che possono essere tirati in ballo per darei una mano. Facciamo che una casa alloggio che si chiama La Felicità, fatta da una piccola associazione, voglio i soldi dalla Regione. No, io se fossi la Regione non li darei i soldi. Voglio: prima che questa campagna, che questa interazione di gruppi e organismi abbia una capacità propositiva tecnica in termini di individuazione di indicatori di qualità.

Di che cosa è una struttura alloggio, cosa vogliamo che succeda in una struttura alloggio, come deve funzionare una struttura alloggio. Soltanto se esistono questi indicatori allora poi il privato non profit può entrare tranquillamente e dire faccio il mio servizio. Io credo che bisogna correre questo rischio per avere un consenso pubblico privato su quali sono i minimi requisiti perché esista una qualità nella cura nei vari comparti nel sistema di assistenza psichiatrica che si vuole. Certamente questa è la battaglia culturale politica per esserci nella costituzione di questi indicatori. Quando Colmegna diceva, come voi sapete in greco si dice clinos (letto), la clinica è la scienza dell'osservazione delle persone che stanno sul letto, noi abbiamo bisogno che i pazienti psichiatrici stiano diritti, la psichiatria non è una scienza dello sdraiato, non è una scienza del letto è una scienza della cittadinanza e i cittadini camminano non stanno a letto quindi la clinica deve diventare più ortostatica e meno clino statica. Vale a dire deve essere non solo sdraiata anche simbolicamente perché i malati sono stati sdraiati non solo nel senso che stavano a letto, ma nel senso della loro dignità. Stavano sdraiati dalla loro cittadinanza i loro diritti erano sdraiati, non vogliamo più pensare alla riabilitazione

come arte terapia, balletto terapia, vegeto terapia, cretino terapia. Non abbiamo bisogno di psicotici pittori, abbiamo bisogno di psicotici cittadini perché i pittori e i cantanti spesso cantano e dipingono ma poi sono sempre tenuti sdraiati. La questione non è che la clinica non serve, perché la clinica deve anch'essa cambiare e diventare una clinica per persone erette nel senso simbolico, etico, scientifico e tecnico perché si costruisca questo la clinica deve ripensare quali sono i suoi indicatori di qualità. Quando un servizio, questo non lo possono pensare i clinici da soli, questo i clinici lo devono capire non possono più stare da soli a dire: qual è la qualità di un servizio. Devono accettare quel conflitto e quella concertazione che faccia sì che delle persone che rappresentano diversi settori della società civile, compreso i clinici, definiscano qual è la relazione fra sdraiato e eretto, qual è la relazione fra cattiva e buona qualità, e formulino delle guide alla Regione. Concludo l'OMS è agli ordini nel senso che i nostri padroni sono anche i 170 ministri della sanità dei 170 paesi membri dell'organizzazione e noi siamo al servizio dei paesi. Io personalmente sono al servizio di questa campagna per aiutarla a trasformarsi anche in una proposta di indicatori di qualità da utilizzare per valutare le malefatte del privato, le malefatte del pubblico i successi e le utopie dell'uno e dell'altro.

Milano 30/11/98

Il Presidente
Aldo Chiossi

Il Sig. Aldo Chiossi è stato Presidente in carica dal 1997 al 2000.

