



Cristiani per servire

<http://digilander.libero.it/cristianiperservire>

e-mail previtefelice@alice.it

Il Presidente

La nostra Associazione per la promozione sociale costituita nel maggio del 1994 non ha richiesto né gode di contributi economico-finanziari palesi od occulti.

Speciale Dossier

1978-2011: bilancio negativo a 33 anni dalla legge Basaglia

a cura di Franco Previte

- [I malati psichici sono rimasti soli](#)
- [Provvedimenti legislativi](#)
- [La legge 180 o “legge Basaglia”](#)
- [Necessaria è una nuova normativa](#)
- [Piano Sanitario Nazionale 2003-2005](#)
- [Attivazione interventi nelle carceri italiane](#)
- [Programmi adeguati a sostegno delle famiglie](#)
- [Piano Sanitario 2006-2008](#)
- [Brevi riflessi europei](#)
- [Lettera Presidente del Parlamento Europeo Dr. Hans-Gert Pottering](#)
- [Attività parlamentari](#)

La situazione dei malati psichici in Italia, tra solitudine, sofferenza e strutture inadeguate. Il desolante panorama tre decenni dopo l'entrata in vigore della legge.

1978-2011: bilancio negativo a 33 anni dalla legge Basaglia

I malati psichici sono rimasti soli

In questi giorni ed in qualsiasi occasione troppo spesso si sentono **ora** facili, ma scarse “dichiarazioni” od “esternazioni” in conseguenza di approssimate valutazioni o da un preoccupante eccessivo protagonismo su un “argomento” interessante la pubblica opinione.

E’ buona norma che la capacità di ascolto e di analisi delle necessità della singola persona, soprattutto se sofferente di **disagio mentale**, siano tali per ottenere risposte confacenti da **coloro** che hanno responsabilità della res pubblica e che non hanno saputo o voluto interpretare questa “realtà” e mettere da parte ambizioni e litigiosità per dedicare con umiltà un po’ più di tempo ai problemi connessi con questo “**popolo di sofferenti**”.

La società europea, in particolare quella italiana, è molto preoccupata per la carenza di interventi di natura legislativa, finanziaria e sanitaria dei servizi pubblici inerenti la salute ed in particolare il disagio mentale. I dati dell’ISTAT del progetto “Sistema di informazione statistica sulla disabilità” del 2004 derivato dalla collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, anche se possono sollevare dubbi o perplessità sulla loro veridicità, ci fanno conoscere che una buona parte dei disabili fisici insistono nelle famiglie, come pure una grossa percentuale di malati psichici e che tutti gravano sulla società in genere.

I malati mentali che si aggirano in circa 10 milioni e le tragedie quasi quotidiane che ci fornisce la cronaca traggono le loro origini da una chiara sintesi di disagio interno e di un equilibrio mentale inesistente o quanto meno molto carente.

Ma a quante morti dobbiamo assistere prima che le Istituzioni prendano un serio provvedimento?

Gli eventi delittuosi ci dovrebbero far riflettere e sperare che di fronte ai duri temi della vita dovrebbe emergere sempre più il rispetto della dignità della persona, mentre una cultura falsa e trasgressiva sta cercando di svuotare il vero significato del valore della vita. L’opinione pubblica si domanda come viene considerata l’esistenza dell’uomo visto che per un nonnulla si uccide? Quale valore viene dato alla vita? Perché il delirio per gli animali (che rispettiamo) è intenso e per converso non c’è delirio per quella umanità handicappata e sofferente che dovrebbe essere in vetta alle buone regole etiche e civili?

Nei dibattiti parlamentari e nelle leggi finanziarie non sono state riconosciute l’urgenza di

provvedimenti nei confronti del mondo della sofferenza, le cui difficoltà anche economiche delle famiglie unite al peso di una assistenza meticolosa e costante rendono insopportabile il vivere quotidiano, “cosa” che gli aridi dati statistici non hanno saputo mettere in evidenza. Ma cerchiamo di esaminare brevemente questo disagio inascoltato.

Provvedimenti legislativi

La prima legge organica in materia di disturbi mentali fu approvata nel 1904 istituendo il “manicomio” (storicamente costituito da una buca sul terreno, una botola, dove venivano calati i “malati”) quale struttura cardine dell’assistenza ai malati mentali (legge n. 36 Art. 1°). La seconda legge n. 431 o legge Mariotti del 1968 introduceva il ricovero volontario in ospedale psichiatrico ed istituiva i Centri Igiene Mentale (**CIM**).

La terza legge n. 180, o legge Basaglia, del 1978 determina il passaggio del “malato” dal concetto custodialistico a quello terapeutico.

La quarta legge n. 833 del 1978 riporta in toto la 180, assimilando la malattia mentale alle altre patologie e la psichiatria è stata riconosciuta pari alle altre branche specialistiche.

Poi il nulla!

Il 13 maggio 1978 viene approvata la legge n. 180 o legge Basaglia, ispirata dallo psichiatra veneziano Franco Basaglia, dal titolo: “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.

Successivamente, il 23 dicembre 1978, la nuova disciplina viene recepita dalla legge n. 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”, che rinnova il principio di garanzia. “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.

La legge 180 o “legge Basaglia”

I principali elementi che caratterizzano questa legge sono:

- il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici (art. 7 comma 6°);
- il principio che “Gli interventi di prevenzione, cura, e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi psichiatrici extra ospedalieri” (Art. 6° comma 1°. Quel di “norma” lascia lo spazio all’imprenditoria privata);
- l’istituzione del **TSO** (Trattamento Sanitario Obbligatorio) “e che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiatriche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici” (Art. 2 comma 2°). Viene proposto da un medico e deve essere convalidato da un secondo medico dell’Unità Sanitaria Locale. Entro 48 ore dalla convalida viene disposto dal Sindaco e notificato al Giudice Tutelare (Art. 3° comma 1°). “Nei casi in cui il TSO debba protrarsi oltre il settimo giorno”(Art. 3 comma 4°) il medico psichiatrico deve

motivare questo fatto al Sindaco, che ne informa il Giudice Tutelare “indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso”(Art. 3 comma 4°).

Il principio basilare del Basaglia era quello di curare e non segregare il paziente.

Viene approvata dal Parlamento Italiano sotto la spinta minacciosa di un referendum abrogativo nella convinzione che il “manicomio” avrebbe riportato una maggioranza schiacciante. **Tutti** volevano la riforma, votò contro il MSI , mentre i liberali si astennero. Questa legge ha determinato, ripeto, il passaggio dal concetto custodialistico a quello terapeutico.

Commento all’art. 1° comma 1°: “*gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono volontari*”. Come può un individuo senza lucidità scegliere di sua volontà un “luogo di cura” ed un “diritto alla libera scelta del medico” ? Va bene rispettare la sua dignità, ma è proprio in quel momento che la persona non è padrona delle proprie azioni. Non sembra un’assurdità? Intanto la legge 180 è stata emanata priva del **Regolamento d’Applicazione**, quindi una macroscopica carenza. La legge 180 ha inteso eliminare gli ospedali psichiatrici, (non ha previsto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, mantenendo tuttora i residui manicomiali nelle are ex-o.p. e malati mentali in ospedali privati) Non ha previsto le strutture alternative ed adeguate, non ha programmato l’organizzazione dei servizi perché non vi è stata una serena valutazione dei limiti terapeutici attuati nell’epoca. Nel IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia del febbraio 2004 è emerso che “ la psichiatria è oggi una realtà enormemente più vasta di quando nel 1978 venne promulgata la legge 180. Allora la patologia psichiatrica era una malattia manicomiale di 160 mila ricoverati, oggi si calcola che il 40% di tutte le richieste di visita al medico di famiglia e il 20% di ricoveri siano conseguenti a patologie psichiatriche.

Nella XIV Legislatura il **Documento Conclusivo sull’Indagine Parlamentare** autorizzata dal Presidente del Senato in data 28 novembre 2005 “Sullo stato dell’assistenza Psichiatrica in Italia e sull’attuazione dei Progetti-Obiettivo per la tutela della Salute Mentale” inizia con questa letterale affermazione “**La definizione di salute mentale è ancora lontana dall’essere universalmente condivisa; ciononostante, non si può negare che la logica basagliana - per cui la malattia mentale rappresenta una condizione sociale da accettare e non vera e propria patologia da curare - si è rilevata essenzialmente fallimentare e quindi intrinsecamente debole**”. (Legislatura XIV – Resoconto sommario Senato della Repubblica n. 312 del 1 febbraio 2006).

Necessaria è una nuova normativa

La legge 180 ha stabilito che la malattia mentale è un problema sociale ed il malato assimilato all’emarginato, all’handicappato, all’anziano non autosufficiente.

La legge 180 ha ordinato:

- 1.) la chiusura dei “manicomi” e l’applicazione di tale legge è stata lasciata alle Regioni (Art. 7 c. 5°);
- 2.) ha riconosciuto la dignità del malato (Art. 1° comma 2°);
- 3.) non ha garantito assistenza perché pochi impegni finanziari (Art. 7 c. 5°) “...*le iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle Amministrazioni Provinciali*” lasciando alle Regioni la programmazione. Il “carico umano” alle famiglie ed alla società;
- 4.) non ha previsto l’avvio di servizi pubblici, di strutture intermedie come:
 - centri diurni (interventi giornalieri terapeutici , riabilitativi o socializzazione);
 - comunità terapeutiche (strutture residenziali per pazienti gravi);
 - comunità alloggio (strutture terapeutiche riabilitative extraospedaliere);
 - day-hospital (pochi) (strutture ospedaliere alternative al ricovero per terapie, indagini diagnostiche o di riabilitazione) Decreto Ministero Sanità 27.4.1992;
 - centri di cura, inserimento nel lavoro, nella vita di relazione, negli affetti familiari;
 - centri di riabilitazione sociale;
 - non ha previsto ad adeguare la normativa penale a quella civile per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (pare che si prevedono Reparti Sanitari entro le carceri);
 - Residenze Protette e Assistite (RSA) presidi sanitari extraospedaliere dove effettuare prestazioni sanitarie per anziani affetti da esiti di patologie neurologiche, da turbe psico-organiche (Progetto-Obiettivo 1992) quest’ultimo che non ha valore perché non votato dal Parlamento);
 - case famiglia.

Le altre “soluzioni” sono state sempre svolte da Opere Religiose Cattoliche tipo don Orione, don Guanella ed Opere od Ospedali psichiatrici Privati (come sopra detto).

Sono rimasti i servizi di diagnosi e cura negli Ospedali Generali dove il malato in **TSO** resta per 7 giorni e poi rinvio a casa. I pazienti, di regola, vengono sottoposti a terapie massicce di farmaci tanto da renderli socialmente accettabili e poi dimessi per essere, eventualmente, riammessi qualche mese o settimana dopo a detta dei medici, che “vedono questi trattamenti oltre che essere antiterapeutici sono anche pericolosi perché i neurolettici sono sempre più forti e con effetti collaterali seri”. La famiglia del “malato” (ricordando ancora una volta che sono circa 10 milioni i sofferenti di patologie mentali dalla depressione alla schizofrenia) non trova il posto adeguato dove curare e non segregare il proprio familiare, né può tenere in casa offerenti di questo tipo di malattia.

Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 del Governo Berlusconi.

Nell’istituzione del SSN con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 incorporando anche la salute mentale, il Parlamento, (non prevedendo con questa legge strutture adeguate ed atte alla prevenzione cura e reinserimento sociale ed affettivo del soggetto malato), ha voluto superare (dobbiamo ricordarlo sempre) il concetto custodialistico della persona malata psichicamente

con quello terapeutico, problema sociale dove, ripeto, il malato è stato assimilato all'emarginato, all'anziano non autosufficiente, con tutte le lacune che da ben 30 anni lasciano l'assistenza sanitaria in balia di ambiguità

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 del Governo Berlusconi considerava impellenti, tra altre, tre necessità:

- 1.) La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Privati;
- 2.) L'attivazione di interventi nel disagio psichico nelle carceri;
- 3.) Programmi adeguati per il sostegno alle famiglie dei malati psichici.

Chiusura Ospedali Psichiatrici Privati Convenzionati.

Attualmente esistono 7 Ospedali Psichiatrici Privati "ospitando" 940 pazienti (188 psichiatrici e 752 non psichiatrici). Così le cifre dalla Relazione del 21.1.2005 del Ministro della Salute al Parlamento alla situazione in atto al 30.6.2004 (Atti Parlamentari XIV Legislatura Doc. CXXVI n. 3 del 21 gennaio 2005).

<i>Ospedali psichiatrici privati convenzionati</i>		<i>Pazienti</i>	
Lombardia	S. Colombano al Lambro	2	107
	Cernusco sul Naviglio		
Lazio	S. Maria Immacolata di Guidonia	1	195
Puglia	S. Maria di Foggia	2	600
	Don Uva di Bisceglie		
Basilicata	Don Uva di Potenza	1	4
Sicilia	Palermo Villa Stagno	1	34
Totale		7	940

La percentuale più alta d'inserimento domiciliare si è avuta in Basilicata (6,5%) ed in Piemonte (4,9%), la più bassa in Lombardia (0,9%).

Per i soggetti "non psichiatrici" sono state realizzate residenze nell'area ex-o.p. soltanto in Abruzzo (64,4%) ed in Lombardia (45,3%).

Per i soggetti psichiatrici sono state realizzate residenze nell'area ex-o.p. in Abruzzo (57,1%), Basilicata (78,4%), Lazio (79,1%) e Lombardia (74,8%).

I dati forniti dalla Relazione del Ministro della Salute non si discostano di molto da quelli presentati il 20 ottobre 2003 (Atti Parlamentari XIV Legislatura Doc. CXXVI n. 1).

Dal 21.1.2005 non è stata più presentata in Parlamento la Relazione Trimestrale ai sensi dell'art. 1 comma 24 della legge 23 dicembre 1996 n. 662.

Perché?

Attivazione interventi nelle carceri italiane

Secondo notizie dei mass media ed a quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999

n. 230 e su dichiarazione del Presidente della Soc. SIMSPE (Società di Medicina e Sanità Penitenziaria) dott. **Giulio Stagnini** “*le patologie psichiatriche sono in crescita esponenziale con 31.548 di solo disagio mentale tra i reclusi nelle carceri italiane e un tasso di suicidi dieci volte superiori al mondo dei liberi*” (dal quotidiano “Il Tempo” di Roma del 27 settembre 2004).

Pare (?) che una certa riforma dell’assistenza psichiatrica s’indirizzi nella costruzione di Reparti Sanitari entro le carceri per questi “malati”(come sopra accennato).

Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

A tutt’oggi vengono chiamati ospedali, ma sono in realtà strutture penitenziarie gestite dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia (definite “strutture vetuste” dal dr. **Alvaro Gil-Robles** Commissario Europeo per i diritti umani - nel Rapporto al Comitato dei Ministri Italiani - del 2005).

Questi OPG sono in contrasto con la legge 180, con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 e addirittura con i dettami della Carta Costituzionale.

Il Codice Penale Italiano stabilisce agli artt.da 199 a 235 le “Misure di sicurezza personale” e lo internamento in ospedale OPG di persone “socialmente pericolose” (art. 202).

Anche se varie decisioni della Corte Costituzionale hanno adottato una diversa misura di sicurezza idonea ad assicurare adeguate cure all’infermo di mente ed a far fronte ai rischi della sua pericolosità, il ricovero resta pur sempre più una punizione per il reato commesso dall’infermo di mente, anziché quello di fornire cure adeguate per la carenza di strutture civili esterne.

Attualmente esistono 6 OPG con circa 1282 pazienti (dati Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Fonte ricerca “Anatomia degli OPG italiani Dap. 2002)

<i>Composizione Ospiti in Ospedale Psichiatrici Giudiziari</i>						
	Nord	Centro	Sud	Isole	Esero	Totale
Aversa	5	45	99	22	17	188
Barcellona Pozzo di Gotto	3	3	48	148	11	213
Castiglione dello Stiviere	125	13	30	25	16	209
Montelupo Fiorentino	111	58	43	17	14	243
Napoli	9	23	111	39	15	197
Reggio Emilia	161	11	25	14	21	232
Totale	414	153	356	265	94	1282

Se si aggiungono ai 940 ospiti in ospedali psichiatrici privati, questi 1282 “ospiti” e 31.548 casi di disagio mentale nelle carceri italiane, per un totale di 33.770 persone ricoverate in strutture definibili manicomiali (senza contare i residui manicomiali ancora presenti in strutture protette e quelli in famiglia), **si ha un quadro disarmante della situazione psichiatrica in Italia, di questa patologia seconda nel mondo come comunica**

l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Programmi adeguati a sostegno delle famiglie.

Le ipotesi, proposte di legge e la Petizione n. 23 di “*Cristiani per servire*” **abbinata** ai progetti di legge di riforma della legge 180 già giacenti nella XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati nella passata legislatura, sono rimaste ferme dall'aprile 2005 senza ottenere seguito. Infatti il concordato Testo Unificato Burani-Procaccini è letteralmente sparito dall'agenda parlamentare della Camera dei Deputati e non se ne conosce, ancora oggi 2008, le motivazioni!

Si sperava nella Finanziaria 2009, ma non abbiamo riscontrato una precisa rilevanza in favore delle risorse relazionali che sono fondamentali nei processi di prevenzione, cura ed reinserimento sociale di questi “malati”, né attivazioni d'interventi, né programmi adeguati a sostegno delle famiglie, venendo meno agli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 che richiede **“mettere in atto programmi adeguati per il sostegno alle famiglie ai fini di non disperdere risorse e relazioni che sono fondamentali nei processi di cura”**.

In Italia con la Finanziaria 2009 si è voluto proporre interventi settoriali per la famiglia, tipo “bonus una tantum” “social cart” ed “altro” che consentono al massimo di risolvere una situazione non concreta, ma certamente non sostengono né promuovono il compito sempre più impegnativo di chi assume le responsabilità di generazione, di educazione dei figli e di cura degli anziani e degli sventurati come i disabili fisici e gli handicappati psichici, per converso solo un atteggiamento pseudo-solidaristico. Riconosciamo che i problemi da risolvere sono tantissimi, ma vi è una certa leggerezza nella valutazione di questo grave ed urgente problema sociale che investe anche la sicurezza di tutti i cittadini!

Ma la famiglia, bene prezioso e risorsa insostituibile nella società, la vogliamo ancora vedere con valori di solidarietà, di coesione sociale, quella stessa che continua a mantenere la promessa di fedeltà reciproca nei coniugi, che continua a farsi carico dei figli, che continua ad aiutare i propri genitori anziani, che non vuol perdere principi morali e che continua a curare (malgrado enormi difficoltà) i membri disabili o svantaggiati, **è anch'essa famiglia e non solo quella che vogliono riferirsi i provvedimenti legislativi.**

Quella famiglia, resta sempre una barriera al dilagare di una cultura sterilmente individualistica, silenziosa e sorda. Pur in presenza di profondi cambiamenti, sotto gli occhi di tutti, la famiglia italiana a dispetto di ogni assurdità è ancora una istituzione che “tiene” come d'anzì detto e “la legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (art. 32 Costituzione Italiana).

Ma i Governi che si sono succeduti dal 1978 hanno saputo interpretare questa realtà? Hanno saputo mettere da parte ambizioni e litigiosità per dedicare con umiltà un po' più di tempo ai problemi connessi di questo popolo di sofferenti?

Hanno avuto sensibilità nel recepire che ogni utile intervento può ridare sorriso

e speranza a queste persone, alle loro famiglie, nonché alla pubblica opinione?
Ancora una volta la Finanziaria 2009 non ha riconosciuto questa urgenza?

Piano Sanitario 2006-2008 del Governo Prodi.

Con l'adozione del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si è voluto riconfermare "il principio di uniformità sul territorio nazionale all'interno del federalismo sanitario", sviluppandosi nel contesto delineato dalla Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, ai sensi dell'art. 1, comma 173 della legge 30 dicembre 2004 n. 311.

Dalla lettura di questo Piano sono emerse poche indicazioni concrete ed aggiornamenti in materia sugli indirizzi da apportare sul piano legislativo per una migliore qualità di rispetto dei diritti umani.

L'azione rivolta a rendere propositivi gli interventi amministrativi, quindi meno ostacoli e svantaggi per la situazione degli handicappati psichici, **è stata scarsamente programmata e poco applicata** per , fra altre, "migliorare le capacità di risposte alle richieste di cura per i disturbi dell'umore con particolare riferimento alla depressione (punto 4° "obiettivi prefissati da raggiungere" Tutela Salute Mentale)", nonché "in favore dei detenuti con disturbi mentali nelle carceri e negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (punto 7 "obiettivi prefissati da raggiungere" garanzia assistenza e reinserimento sociale).

In analisi ed in sintesi, perché abbiamo riportato solo interventi nell'approccio alla malattia mentale del Piano Sanitario 2006-2008 ?.

Perché è stata riproposta quella parte riguardante la malattia mentale del "Programma di Azione del Governo per le politiche dell'handicap 2000-2003 del 28 luglio 2000 (Testo approvato dal Consiglio dei Ministri su proposta dell'allora Ministro per la Solidarietà Sociale On.le Livia Turco).

Infine e nella sostanza in Italia, a fronte delle problematiche sollevate dalla carenza di progettualità in favore dei pazienti psichici ed a differenza delle azioni **molto bene programmate** dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 di sostegno alle famiglie, con questo Piano 2006-2008 questa considerazione **non è stata assolutamente assunta.**

Morale: nel quadro generale del Piano Sanitario 2006-2008 non è stata indicata come prioritaria la malattia mentale.

Brevi riflessi Europei

Nel 1999 la nostra Associazione, a mia firma in primis, inoltrava al Parlamento Europeo la Petizione n. 146/99 sulla mancata tutela della salute mentale. La Commissione Europea, in risposta, pur riconoscendo primaria l'importanza della promozione della salute in UE, lasciava la competenza della sanità pubblica agli Stati membri. La Costituzione Europea non riconoscendo lo status dei portatori di handicap psichici, ha indotto la nostra Associazione a presentare ulteriore Petizione in osservanza dell'art.II-104 richiedendo una Direttiva Comunitaria con uguale efficacia in tutti gli Stati UE. In data 13 ottobre 2006 ho inoltrato alla "Corte Europea per i Diritti dell'Uomo" di Strasburgo Ricorso rubricato col n. 44330/06 ai

sensi del Titolo 5° art.II-104 della Costituzione Europea.

In data 27 novembre 2008 la “Corte Europea per i diritti dell’Uomo” (CEDH-LIT OR.CD PC/ENI/AHV) ha dichiarato **inammissibile** il Ricorso n. 44330/06 del 2 novembre 2006.

Di fronte agli avvenimenti accaduti in Germania, ed in altre Nazioni Europee, mi permetto far pervenire il testo della lettera inoltrata al Presidente del Parlamento Europeo.

Lettera Presidente del Parlamento Europeo Dr. Hans-Gert Pottering

Posta Prioritaria

5 gennaio 2009

Al Signor Presidente del Parlamento Europeo
Dr. Hans-Gert Pottering
Rue Wiertz
B - 1047 Bruxelles

Oggetto: Sul Ricorso n.44330/06 di “Cristiani per servire” c. Italia e c. Stati membri dell’Unione Europea.

V/prot. N. 316456 del 1 ottobre 2008.

Signor Presidente del Parlamento Europeo,

apprendo, oggi 3 gennaio 2009, che in data 27 novembre 2008, la Corte Europea dei Diritti dell’Uomo (CEDH-LIT 1.OR [CD%] PC/ENI/ahu) ha dichiarato **irricevibile** il mio Ricorso rubricato al n. 44330/06 del 2 novembre 2006, inoltrato contro la decisione della “Commissione Europea per le Petizioni”, inerente la **“incompetenza legislativa della UE nel settore della sanità pubblica compresa l’ambito della infermità mentale”**(lettera prot.PS/rq [02COM.PETI (2005)D/1087] del 10 gennaio 2005 Commissione per le Petizioni UE)

Praticamente si invocava una serie di misure precise volte a rimediare ai gravi disagi consequenziali prodotti dalla malattia mentale, nel pieno rispetto dei diritti e della dignità degli handicappati mentali, specie quelli affetti da gravi psicosi ed a aiutare le famiglie.

L’argomentazione indotta, per la quale non rileviamo alcunché, ci induce a citare e riportare letteralmente quanto afferma la Corte **“di un diritto invocato”**, ma ci appare inusuale la motivazione che quanto abbiamo rilevato **“non figura tra i diritti e le libertà garantiti dalla Convenzione. Ne consegue che il ricorso è incompatibile ratione materiae con le disposizioni della Convenzione ai sensi dell’articolo 35/3”**.

La decisione, adotta dalla Corte Europea per i Diritti dell’Uomo” è definitiva

La motivazione di fondo è costituita dalla carenza della Costituzione Europea, da noi rilevata, che non ha specificatamente riconosciuta, quale persona, quella relativa ai portatori di handicap psichici, che in Italia come in Europa, sono in continua evoluzione e costituiscono un peso sociale e sanitario non indifferente e richiedente una specifica Normativa, Risoluzione

o Direttiva Comunitaria uguale per tutti gli Stati membri della UE. Mi permetto allegare copia del Ricorso inoltrato a suo tempo alla “Corte Europea per i Diritti dell’Uomo”.

Signor Presidente,

Mi permetto riproporre, “anche se nel settore della sanità pubblica ed in particolare quella inerente la salute mentale, l’azione comunitaria può essere solo complementare alle politiche nazionali” come **Lei** mi comunica il 1 ottobre 2008 con prot. n.316456, tuttavia è necessario ed impellente migliorare la salute mentale della popolazione UE, soprattutto costituire una strategia comunitaria che rileviamo carente nell’applicazione, malgrado la Risoluzione /2006/2058 (INI)) del Parlamento Europeo.

I timori giustificati della gente richiedono coraggio e risposte concrete dai politici, sia a livello nazionale che europeo, soprattutto, quando è in gioco la salute e la sicurezza dei cittadini, messa in disanima dalle conseguenze prodotte dalla malattia mentale, perché l’autentico progresso si persegue, mi permetta **Signor Presidente**, attraverso l’assoluto rispetto del bene della persona e di ogni persona in **qualsiasi situazione si trova**.

Questo principio in cui deve credere il genere umano deve far riflettere che non è una semplice affermazione che può far riferimento ad una dottrina, ad un principio dottrinale, o ad una valutazione giuridica, ma un concetto di diritto alla salute, anche psichica, un valore intrinseco della vita umana.

Il diritto alla tutela alla salute, quindi, ha una sua priorità e come tale esige sia in Italia che nella Unione Europea l’intervento di tutela in modo coordinato, coerente e di validità in tutti i 27 Stati.

Per questo le persone svantaggiate, “compresi i più deboli e più bisognosi” come si afferma nel Preambolo del Trattato che adotta la Costituzione Europea, hanno diritto a non vedere negati **provvedimenti legislativi** che il Consesso deve assumere nello svolgere un ruolo attivo nel settore della sanità pubblica **in uguale validità** in tutti gli Stati membri della UE, anche se in separata organizzazione.

Signor Presidente,

per il conseguimento del bene comune, è auspicabile che si possa realizzare omogeneità mirata a concetti di solidarietà, perché il malato psichico è anche un cittadino europeo.

Ancora una volta faccio appello alla **Sua** solidarietà nonché di tutto **l’Europarlamento**, affinché il **Consesso** possa approvare una normativa d’adeguamento comunitario, ritenuta necessaria, urgente e di uguale validità in tutti, ripeto, Stati membri della UE e soprattutto attesa dall’opinione pubblica.

Grazie.

Con deferenti ossequi.

Previte Franco

previtefelice@alice.it

<http://digilander.libero.it/cristianiperservire>

1/all

4 gennaio 2009

“*Uniti nella diversità*” è il motto della **Costituzione Europea** (Art.I-8), **Documento** che con altre regole generali di libertà, sicurezza e giustizia, ribadisce la difesa e la tutela delle dignità della persona umana, “compresi i più deboli e bisognosi”, come rimarca il Preambolo Generale. Questo strumento costituzionale nel Preambolo Parte 2° comma 3° (Carta dei diritti fondamentali dell’Unione) pone “*la persona al centro della sua azione*”, costituendo un grande risultato storico-politico-sociale-economico, importante tappa nel processo d’integrazione europea.

Il no francese ed olandese alla Costituzione Europea non può essere ritenuto quale rifiuto assoluto del progetto europeo, ma nell’analisi di questo voto si possono dedurre ch’esso traduce delle vere e proprie inquietudini dei cittadini nei confronti dei problemi socio-economici-sanitari ed anche di sicurezza. I timori della gente comune richiedono coraggiose risposte da parte dei politici sia a livello nazionale che europeo, soprattutto quando è in gioco l’argomento salute pubblica, specie quella psico-fisica e sicurezza.

La Comunità Europea “raccomanda” di “attribuire alla salute mentale una maggiore importanza, in particolare verso bambini, giovani, persone anziane nonché sul luogo di lavoro”.

Jacques Barrot, V. Presidente della Commissione Europea, nel contesto della politica antidiscriminatoria dell’Unione Europea affermò che “*si impegna a prendere in esame le misure atte a garantire con la massima efficacia i diritti delle persone a mobilità ridotta...*” per “*un primo passo verso una Europa migliore in cui nessun cittadino sia discriminato per nessuna ragione*”.

A questo proposito il dr. **Markos Kyprianou**, Commissario Europeo responsabile della sanità pubblica in Europa, ebbe ad affermare il 12 gennaio 2005 nella Conferenza Ministeriale Europea ad Helsinki, tra altro , che la malattia mentale è “*il killer invisibile in Europa*”, e richiesto “*che la salute mentale in Europa sia elevata al rango delle priorità politiche*” e “*risoluto a risolvere questa situazione*”, che “*procura decessi superiori alle vittime di incidenti stradali*”, e che “*il 15% della popolazione soffre di depressione grave ed il 56% è candidata al suicidio*”.

I Ministri Europei degli Affari Sociali e del Lavoro riuniti in Lussemburgo affrontando l’argomento della malattia mentale, hanno invitato gli Stati membri della UE “*a prendere misure per ridurre i rischi dell’esclusione sociale di questi malati ed a raccogliere dati sulle conseguenze sociali , economiche e di salute pubblica*”.

E’ importante considerare quanto il dr. **Alvaro Gil-Robles**, ex Commissario Europeo per i diritti umani, nel suo Rapporto del 2005 indirizzato alle Istituzioni Italiane avvertì: “*E’ mio compito rammentare che lo Stato ha la responsabilità di offrire alle persone affette da disturbi mentali e alle loro famiglie delle strutture adatte alle loro malattie. Alcune patologie richiedono un’assistenza completa e cure costanti che possono essere fornite solo in strutture ospedaliere chiuse*”.

Quindi in questa ottica la Comunità Europea si è mossa nell'ambito della salute pubblica, prevedendo misure specifiche legate alla salute mentale, strategia comunitaria di un **atto vincolante**, ma che potrebbe essere tale con una **Direttiva Comunitaria** che unificasse le diversificazioni delle normative che attualmente sono in vigore nei vari Stati membri della UE. Da Strasburgo in data 6 settembre 2006 in una nota del Servizio Stampa dei Media del Parlamento Europeo, di cui è Direttore - Portavoce **Jaume DUCH GUILLOT** si legge : *“Il Parlamento Europeo accoglie con favore il Libro Verde della Commissione sulla salute mentale nell'UE. Tuttavia i Deputati chiedono che la strategia europea ponga maggiormente l'accento sui problemi specifici delle donne e dei giovani. Ritengono inoltre che occorre dare priorità alla lotta contro la discriminazione subita dalle persone affette da patologie mentali e chiedono una riforma dei servizi della salute mentale affinché poggino su un'assistenza di qualità, in famiglia o in centri protetti”.*

Finalmente si inizia, anche se poco, a valutare questo grave, urgente disagio sociale nella UE.

Attività Parlamentari

Le Conclusioni della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati su **“Indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici del 16 luglio 1997”** sono rimaste nella “penna” e solo sulla “intenzionalità” del legislatore, con Comitati Permanenti che dovevano **“mantenere costante l'attenzione sui problemi del disagio mentale”**.

Durante la XIII Legislatura, il Parlamento ha cercato di riformare la disciplina per una nuova assistenza psichiatrica, fermandosi nella disanima della problematica.

“Scaraventare” centinaia di migliaia di famiglie nella disperazione e nell'angoscia costringendole a vivere giorno e notte direttamente il rischio ed il dramma conseguente con la presenza in esse di un malato di mente e “costringere” le stesse in alternativa ad accollarsi onerosi costi di ricovero: **è un rimedio peggiore del male.**

E' auspicabile che in questa XVI Legislatura Parlamentare, come auspichiamo, si concretizzi un provvedimento legislativo sulla “materia”.

La famiglia italiana turbata , indignata e preoccupata non può che esprimere le sua protesta , il suo dissenso ed il suo rammarico per come vengono affrontati problemi di enorme rilevanza come questo, che possono alterare l'equilibrio della famiglia stessa.

Occorre che il “problema” venga valutato in maniera pratica come coloro che lo vivono sulla propria pelle e cioè l'uomo della strada , il cittadino qualunque.

Dobbiamo osservare, comunque, che una legge-quadro nazionale deve procedere ad incarnare quei principi innovativi che da oltre 30 anni l'opinione

pubblica si attende e che noi abbiamo sempre invocato!

Saranno “fortunati” quanti abiteranno in quelle Regioni che attiveranno leggi per la soluzione di questo disagio sociale costituito dalla malattia mentale, per la quale ci siamo sempre “battuti” per servizi specifici in strutture adeguate.

In tutto questo noi speriamo, perché la speranza non costa niente e l’illusione aiuta a vivere. Significativa e trainante la Chiesa Cattolica mantiene la capacità nei suoi Pastori di evidenziare considerare e valutare in nome dell’uomo e della morale tutte le storture che si verificano nella società.

“La Chiesa intende chinarsi con particolare sollecitudine sui sofferenti, richiamando l’attenzione della pubblica opinione sui problemi connessi col disagio mentale, che colpisce ormai un quinto dell’umanità e costituisce una vera e propria emergenza socio-sanitaria” e “non venga meno lo spirito di solidarietà”, perché “in molti Paesi non esiste ancora una legislazione in materia ed in altri manca una politica definita per la salute mentale” (dal Messaggio del Santo Padre Benedetto XVI in occasione della “XIV Giornata Mondiale del Malato” che si è svolta in Adelaide in Australia).

Con finalità pastorali etico-sociali il S. Padre ha affrontato il disagio psichico nel mondo ed in Italia, sollecitando le comunità civili ed ecclesiali al richiamo, all’incremento, al riconoscimento ed alla possibilità di intervento verso questa grave ed urgente patologia, con parole di sostegno, denuncia ed impegno, *“a curare le ferite fisiche e spirituali dei sofferenti”* (dal Messaggio dell’8 dicembre 2006 di Sua Santità Benedetto XVI per la “VI Giornata Mondiale del Malato” che si è celebrata a Seoul in Corea).

Occorre ridare ai valori culturali ed etici il loro primario significato, occorre ridare speranza alla gente, occorre ridare dignità ed umanità, esigenze fondamentali del Santo Vangelo per chi crede, autentico gesto sociale sociale per chi offre solidarietà.

Previte

<http://digilander.libero.it/cristianiperservire>