

Cristiani per servire

La nostra Associazione costituita nel maggio 1994 non richiede e non gode di contributi finanziari palesi od occulti.

Presentazione di una Petizione ai sensi dell'articolo 50 della Costituzione Italiana al nuovo Parlamento (XVI Legislatura)

per una legge-quadro nazionale di riforma dell'assistenza psichiatrica

1. [Lettera ai Presidenti di Camera e Senato](#)
2. **[Petizione](#)**
3. [Relazione del Ministro della Salute 2003 aggiornata al 31/12/2002 \(Allegato A\)](#)
4. [Relazione del Ministro della Salute 2004 aggiornata al 30/06/2004 \(Allegato B\)](#)
5. [Relazione Ospedali Psichiatrici Giudiziari \(Allegato C\)](#)

6. [Lettera ai Presidenti di Camera e Senato. Petizione ONU](#)
7. **[Petizione ONU](#)**

CAMERA DEI DEPUTATI

**ANNUNCIATA ALL'ASSEMBLEA NELLA SEDUTA DEL 28 MAGGIO 2008
ed ASSEGNATA CON IL N. 9 ALLA XII COMMISSIONE AFFARI SOCIALI**

SENATO DELLA REPUBBLICA

**ANNUNCIATE ALL'ASSEMBLEA DEL SENATO NELLA SEDUTA DEL 28
MAGGIO 2008 ed ASSEGNATE ALLA XII COMMISSIONE IGIENE E
SANITA' CON IL N. 5 E ALLA III COMMISSIONE AFFARI ESTERI,
EMIGRAZIONE CON IL N. 6.**



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

A.R. n. 13408508737-1 del 15 Aprile 2008

A.R. n. 13408508738-2 del 15 Aprile 2008

**Al Signor Presidente
del Senato della Repubblica
Palazzo Madama
00186 Roma**

**Al Signor Presidente
della Camera dei Deputati
Palazzo di Montecitorio
00186 Roma**

Onde avviare provvedimenti e servizi in materia di salute mentale, mi permetto rinnovare ed inoltrare per la **quarta volta Petizione** ai sensi dell'art. 50 della Costituzione, ritenendo precipua la promozione di una urgente necessità di :

- a.) **legge-quadro nazionale** di riforma dell'assistenza psichiatrica ed atta al supporto delle politiche sanitarie-economico-sociali di sostegno alle famiglie che hanno la disavventura di avere nel proprio nucleo familiare parenti soggetti a disturbi di natura psichica e di quasi certa cronicità;
- b.) **servizi specifici in strutture adeguate**, onde tutelare la dignità e la salute dei sofferenti psichici e garantire la sicurezza a tutti i cittadini.

1.) Le perplessità che hanno sempre accompagnato la nostra Associazione fin dal lontano 1994 (vedere SIR Agenzia Stampa Conferenza Episcopale Italiana n. 36 pag. 6 del 13.5.1994) sulla chiusura degli ospedali psichiatrici **normali** (e non anche quelli **giudiziari** o **privati convenzionati, quest'ultimi che non solo contrastano con la legge 180/1987, ma configurano addirittura con i dettami della Carta Costituzionale**) ci inducono ancora oggi a pensare quale sorte amara abbiano subito questi "malati" e quali interventi terapeutici-normativi abbiano usufruito quelli esclusi dai "benefici" della legge 180.

Malgrado uno scrupoloso screening effettuato per la dismissione ed i criteri adottati dai vari Progetti-Obiettivi per la prevenzione, cura, riabilitazione della disabilità mentale, ancora oggi non si riscontrano adeguati positivi risultati.

Le cronache quotidiane ci portano a conoscere tragedie, fatti e folli avvenimenti che avvengono nel nostro Paese a causa di quanti soffrono di affezioni mentali.

Le famiglie sono in difficoltà per il reperimento dei Servizi cui accedere per i provvedimenti diagnostici di cure e terapie, difficoltà che sfociano spesso nella disperazione od in scelte sbagliate.

2.) Anche se la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati non ha più esaminato **dall'aprile 2005 il Testo Concordato Unificato (Burani-Procaccini) di riforma dell'assistenza psichiatrica sparito dall'agenda parlamentare** e la fine della XIV e XV Legislatura hanno impedito ad adottare una **legge-quadro nazionale**, tutto ciò ci pone nella condizione di esprimere tutto il dissenso, il rammarico e la protesta alta, chiara, forte per il disinteresse ed il silenzio su questa "problematica" per la carenza di provvedimenti legislativi atti ad adeguare strutture volte alla cura dei "malati".

- a.) L'avvento della devolution, del decentramento, del federalismo, che reputiamo essere più vicina ai cittadini recante "Modifiche alla Parte II° della Costituzione" ha portato ad affidare alle Regioni, in base all'art. 117 della Costituzione Italiana, l'assistenza sanitaria ed ospedaliera "nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato", la malattia mentale è rimasta allontanata dalla realtà quotidiana. Quindi nel contesto della regionalizzazione la **legge-quadro nazionale** da noi invocata è intesa in maniera che le singole Regioni possano indirizzarsi in modo omogeneo all'emanazione delle norme legislative, in materia di salute mentale, non in contrasto con l'interesse nazionale e con

meccanismi di perequazione per migliorare le qualità dei Servizi uguali **in tutte le Regioni**, garantendo sicurezza ai cittadini e la tutela della salute dei sofferenti , cittadini che necessitano ed abbisognano la promozione della loro dignità e dei loro diritti.

b.) Con finalità pastorali etico-sociali dai Vescovi , dalla Sede Apostolica con il S. Padre Giovanni Paolo II e da Papa Ratzinger, con coraggio e chiarezza, sono venute parole di richiamo all'incremento d'interventi verso questa grave ed urgente patologia affinché **“non venga meno lo spirito di solidarietà”** là **“dove in molti Paesi non esiste ancora una legislazione in materia ed in altri manca una politica definita per la salute mentale”**, dove particolare attenzione meritano ,ha aggiunto il S.Padre **“i molti casi di sofferenza e di malattia psichica , anche per non lasciare senza aiuti adeguati le famiglie che non di rado si trovano a fronteggiare situazioni assai difficili”** (dal Messaggio del 16 dicembre 2005 di Sua Santità Benedetto XVI per la Giornata Mondiale del Malato celebrata l'11 febbraio 2006 e per il 2008).

E' una “voce”, una “parola”, una “proposta” che non lascia alcun dubbio sull'esercizio pastorale, perché **“i valori della vita non possono essere decisi dalle mode o dalla politica”** (Udienza Generale del Papa – Piazza S. Pietro 17 ottobre 2007).

Per le complesse problematiche attinenti alla cura della salute dei cittadini e per il superiore principio della centralità della persona-malata, ancora una volta esprimo, in poco, la viva riconoscenza per le parole di sostegno, di denuncia e di impegno rivolte alla comunità internazionale e nazionale dai Vescovi e da Papa Ratzinger ed un invito ad operare con modalità prioritarie e propositive per un radicale cambiamento legislativo ed istituzionale.

Signor Presidente,

occorre fermare il progetto di umanesimo varato dalla legge 180/1978 priva del Regolamento d'Applicazione, la quale non ha predisposto strutture consone alla prevenzione, cura, reinserimento sociale del “malato”, determinando il passaggio dal concetto custodialistico a quello terapeutico e ad un problema sociale dove il “paziente” è stato assimilato all'emarginato, all'anziano non autosufficiente con tutte le lacune che da ben 30 anni lascia l'assistenza psichiatrica in balia di ambiguità.

Sono impellenti Servizi specifici e cure in strutture adeguate, con una legge-quadro nazionale di riordino dell'assistenza psichiatrica.

La nostra iniziativa, non ultima, anche se a volte può essere ritenuta “insistente” , ha lo scopo di mirare alla promozione della condizione della vita umana, più volte richiamata dalle Istituzioni e della dignità sia dei singoli “malati” , come del contesto familiare in cui “vivono” , compreso la famiglia in generale , cellula primaria della nostra società.

Qualcuno ha giustamente rilevato che la **“base-fondamento per ogni sana civiltà è la famiglia”** (<http://www.703.kreativo.it>).

Conoscendo la **Sua** sensibilità verso i problemi sociali, **Le** chiedo cortesemente di esaminare benevolmente questa richiesta onde avviare l'iter necessario ed utile al fine di concretizzare questo urgente e grave problema sociale che investe anche la pubblica opinione.

In attesa , **La** ringrazio di cuore e porgo deferenti ossequi.

Previte Francesco

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

e-mail: previtefelice@libero.it

Castiglione di Sicilia (CT), 15 Aprile 2008



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

PETIZIONE

AI SENSI DELL'ART. 50 DELLA COSTITUZIONE ITALIANA

A.R. n. 13408508737-1
del 15 Aprile 2008

A.R. n. 13408508738-2
del 15 Aprile 2008

**Al Signor Presidente
del Senato della Repubblica
Palazzo Madama
00186 - Roma**

**Al Signor Presidente
della Camera dei Deputati
Palazzo di Montecitorio
00186 - Roma**

Il sottoscritto cittadino italiano, chiede cortesemente:

- 1.) Tutela della dignità e della salute dei sofferenti psichici.**
- 2.) Servizi specifici in strutture adeguate**
- 3.) Garantire la sicurezza di tutti i cittadini.**

Atteso

- che nella XIII Legislatura Parlamentare aveva presentato in data 07/10/1998 una Petizione per la riforma dell'assistenza psichiatrica, specialmente per sopperire alle esigenze delle famiglie in cui insistono sofferenti il disagio psichico. Assegnata col n. 520 alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica e col n. 714 alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, è rimasta inevasa per l'anticipato scioglimento delle Camere;

- che nella XIV Legislatura Parlamentare aveva ripresentata in data 13/05/2001 una Petizione sulla stessa "materia". Assegnata col n. 13 alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica e col n. 23 alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, è stata **abbinata ai progetti di legge nel Testo Unificato (Burani Procaccini) "Prevenzione e cura delle malattie mentali" ai sensi del Capo XXV art. 109 comma 2° del Regolamento della Camera dei Deputati, provvedimento non più riproposto dall'agenda parlamentare**;

- che nella XV Legislatura Parlamentare è stata ripresentata Petizione sulla situazione in cui "vivono" i malati mentali, le loro famiglie e la società italiana, assegnata col n. 1 alla XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica ed assegnata col n. 9 alla XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, inevasa per l'anticipato scioglimento delle Camere;

- che nella presente XVI Legislatura Parlamentare si ripropone il "problema" sulla stessa condizione degli handicappati mentali e delle loro famiglie;

Considerato

- che la Costituzione Italiana, ancora vigente, nei suoi Principi Fondamentali all'art. 2 sancisce e tutela "i diritti inviolabili dell'uomo", all'art. 3 garantisce "uguaglianza di trattamento" per tutti i cittadini e all'art. 32 tutela la salute per **tutti** i cittadini;

- che a seguito di disposizioni di chiusura degli ex-ospedali psichiatrici in esecuzione della legge 13 maggio 1978 n. 180 ed i provvedimenti successivi previsti dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833, dalla legge 23 dicembre 1994 n. 724, dalla legge 23 dicembre 1996 n. 662 e di ulteriori proroghe sul definitivo “smantellamento”, non sono state realizzate quelle strutture intermedie ed alternative previste:

- a.) per i “malati residuali” degli ex-Presidi Socio-Sanitari, ancora oggi “relegati” nelle strutture ex-Ospedali Psichiatrici,
- b.) per quelli “ospiti” in Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ancora “aperti”, in contrasto con la legge 180, con i dettami della Carta Costituzionale e con il Piano Sanitario Nazionale 2003/2005, strutture poco confacenti all’infermo e ancora sotto le competenze del Ministero di Grazia e Giustizia;
- c.) per quelli “ospiti” negli Ospedali Psichiatrici Privati, vergognosamente ancora “aperti”;
- d.) per quelli che soffrono il disagio psichico nelle carceri, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230 e quanto previsto dal Piano Sanitario 2003-2005;
- e.) per quanti da quella “legge Basaglia” sono stati forzatamente relegati nelle famiglie in difformità dell’art. 32 della Costituzione Italiana Titolo 2° dei Rapporti Etico-Sociali, che “tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo”;

- che l’Ente Pubblico non pone in essere quella pianificazione della salute mentale **da ben 30 anni**, mentre nell’attuale situazione urgente e necessaria, sono coinvolte famiglie, Istituzioni Caritative Religiose Cattoliche e Private. E’ superfluo rilevare che è difficile conoscere dove possono essere curati schizofrenici, portatori di turbe psichiche o affetti da psicosi e la maggioranza dei cittadini si ritrova disinformata sulle strutture cui accedere per i provvedimenti diagnostici e per terapie, salvo i servizi psichiatrici degli Ospedali Generali dove il malato resta ricoverato, secondo la legge, solo per il tempo della crisi e rinviato a casa;

- che le conclusioni della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati su “Indagine conoscitiva sulla chiusura degli Ospedali Psichiatrici del 16 luglio 1997”, non sono state una costante attenzione sui problemi del disagio mentale. Ed ancora che con Risoluzione n. 7/00555 allegato 1° dell’8 marzo 2000 la stessa Commissione ha ammesso essere **“una vera mistificazione la chiusura degli ex-o.p.”** e che **“la logica manicomiale ancora esiste”** ed è **“un vero e proprio scandalo la situazione della disabilità mentale in Italia”**. Inoltre fra altre affermazioni impegnare il Governo a far rispettare le procedure amministrative ed attuare quelle legislative che devono essere svolte dalle singole Regioni ed a presentare la **Relazione Trimestrale** prevista dal punto 24 della legge n. 662/1996. **La Relazione ultima risale al 21 gennaio 2005 aggiornata al 30 giugno 2004.** Inoltre nella 14° Legislatura la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica nella Seduta n. 300 del 22 novembre 2005 ha definito **“la salute mentale ancora lontana dall’essere condivisa “...” che non si può negare che la logica basagliana si è rivelata essenzialmente fallimentare e quindi intrinsecamente debole”**(Legislatura XIV - Resoconto Sommario n. 312 del 01.02.2006 - Senato della Repubblica);

- che fra i numerosi “risvolti” giuridico-sociali di questi sventurati e modifiche della disciplina dell’istituto dell’interdizione, sono compresi quella incerta destinazione dei redditi ancora, si presume, giacenti presso depositi bancari o postali. Altri “risvolti” riguardano l’attività personale, quali: affettività, sessualità, aborto, sterilizzazione, eutanasia, “problemi” e restano di competenza dei consultori familiari;

- che uno Stato di diritto qual’è l’Italia, facente parte dell’Unione Europea e di piena adesione agli orientamenti generali degli Accordi di Maastricht-Amsterdam, nei cui Trattati si assicura una adeguata tutela sociale anche per quei cittadini con particolari patologie psico-fisiche, non farebbe bella figura né sarebbe altamente democratico consentire l’abbandono dei cittadini psicolabili o

tollerare situazioni di disagio sociale o costringere le famiglie di questi ammalati a vivere in condizioni di emarginazione;

- che la Commissione Europea “raccomanda” di “attribuire alla salute mentale una maggiore importanza in particolare verso bambini, giovani, persone anziane nonché sul luogo di lavoro” (risposta a n/s Petizione n. 146/99 del 29.5.2000 290.531 CM/412554IT doc. prot. 120359 Commissione per le Petizioni);

- che il 10 ottobre 2005, Giornata della Salute Mentale, è stato redatto dagli esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità un documento di consultazione denominato “**Green Paper: promoting the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union**” – “Libro Verde: Promuovere la salute mentale della popolazione. Verso una strategia per la salute mentale in Europa”. Tale “documento” costituisce una riflessione su una tematica politica specifica della Commissione a livello europeo e rappresenta il primo passo verso sviluppi legislativi successivi. Lo scopo del Documento è quello di dare l'avvio ad un ampio dibattito sull'importanza della salute mentale per alcuni degli obiettivi di politica strategica dell'UE, come ad esempio promuovere la solidarietà e la giustizia sociale e portare vantaggi tangibili alla qualità di vita dei cittadini e sulla necessità di una strategia della UE sulla salute mentale e le sue possibili priorità;

- che il dr. Jacques Barrot Vice Presidente della Commissione Europea nel contesto della politica antidiscriminatoria dell'UE “... 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 l'Europa migliore in cui nessun cittadino sia discriminato per nessuna ragione” (risposta a nostra richiesta prot. FLM/ad D (2005) del 14/04/2005);

- che nei confronti delle persone che presentano handicap di natura psichica, uno dei gruppi più vulnerabili della popolazione europea e che incontrano maggiori difficoltà nell'accesso al mercato del lavoro, è stato cofinanziato nell'ambito del programma comunitario per la sanità pubblica 2003-2008, un progetto “Mental health European Economics Network” (Rete Economica europea per la salute mentale);

- che con la Decisione n. 1786/22002/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 23/12/2002 al punto 1° precisa, fra altre, la necessità “di contribuire al benessere dei cittadini europei” che potrebbero condurre a “fattori che suscitano preoccupazione tra i suoi cittadini”, concetto ribadito dal dr. Markos Kyprianou, “Commissario Europeo responsabile della sanità pubblica”, nella Conferenza di Helsinki dell'OMS sulla salute mentale del 12-15 gennaio 2005, “che la salute mentale in Europa sia elevata al rango delle priorità politiche” e “risoluto a risolvere questa situazione” perché “la malattia mentale è il killer invisibile in Europa” che “procura decessi superiori alle vittime di incidenti stradali” e che “il 15% della popolazione soffre di depressione grave ed il 50% è candidata al suicidio”;

- che i Ministri Europei degli Affari Sociali e del Lavoro riuniti nel febbraio 2005 in Lussemburgo affrontando l'argomento salute 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”;

- che, inoltre, nella Decisione n. 1786/2002/CE vengono specificate le finalità e le azioni comunitarie incluse il settore inerente la sanità mentale, nonché l'ammontare finanziario fissato in 312 milioni di eur, ripeto, nel Programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica 2003-2008, che il Consiglio Sanità svoltosi a Bruxelles il 18 novembre 1999 aveva già adottato

all'unanimità con una Risoluzione sulla promozione della salute mentale al punto 9° della Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee 09/10/2002 L. 271/1;

- che con Petizione n. 146/99 presentata dal proponente per conto dell'Associazione "Cristiani per servire", introdotta presso il Parlamento Europeo e nelle cui conclusioni di risposta del 29 maggio 2000 prot. PE 290.531 CM/412554IT. Doc., la Commissione Europea "considera impellente la necessità di una promozione della salute mentale nel quadro della strategia comunitaria di salute pubblica" e ci informa con prot. n. 15406 del 14 novembre 2000 OG-EMPL-DEPART "che ogni Stato membro della UE può richiedere il sostegno finanziario comunitario per l'organizzazione di una "Giornata Nazionale di informazione sulla disabilità" e "il tema delle malattie mentali potrebbe essere al centro di una tale iniziativa";

- che la famiglia italiana è turbata, indignata, preoccupata e non può che esprimere la sua protesta, il suo dissenso e rammarico per come e con quale disinteresse vengono non risolti tali problemi di enorme rilevanza che investono e coinvolgono la serenità della famiglia stessa e la sicurezza dei cittadini

Propone

Onde consentire una più consona realizzazione delle strutture intermedie ed alternative previste dai "Progetti-Obiettivi della salute mentale":

1. **Il pieno rispetto della dignità della persona malata psichicamente** quale cittadino ad ogni effetto, globalmente riconosciuto nella sfera giuridico-personale di uomo dalla Costituzione Italiana, dalla "Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo" delle Nazioni Unite (10/12/1948), dalla "Convenzione Europea per la protezione dei diritti dell'uomo", dalla "Dichiarazione di Helsinki" del giugno 1964 Prot. 612 F – 314IT Gestodene/EE2, dal "Trattato di Amsterdam", i cui valori "non possono essere considerati acquisiti, ma costantemente riconquistati (punto H delle Risoluzioni di quel Trattato che nell'art. 13 (TCE) prevede un Atto Finale sui portatori di handicap), dalla "Dichiarazione dei diritti dell'handicappato mentale" proclamata dall'ONU il 20 dicembre 1971 dove si afferma che "l'handicappato mentale deve godere in tutta la misura possibile degli stessi diritti degli altri esseri umani", dalla Costituzione Europea art. II-63, dal Rapporto all'attenzione dei Ministri e dell'Assemblea Parlamentare Italiana del "Commissario Europeo per i diritti umani" Alvaro Gil-Robles in Italia 10/17 giugno 2005 nelle cui conclusioni ha ribadito "è mio compito rammentare che lo Stato ha la responsabilità di offrire alle persone affette da disturbi mentali ed alle loro famiglie delle strutture adattate alle loro malattie che richiedono un'assistenza completa e cure costanti che possono essere fornite solo in strutture ospedaliere chiuse".
2. **L'autorizzazione al Trattamento Sanitario Obbligatorio** anche in assenza del consenso del paziente, almeno in determinate condizioni, con le garanzie di rispetto del paziente considerata persona non padrona delle proprie azioni e dei suoi familiari che, in caso di crisi, non sono in grado di interagire.
3. **La realizzazione di Strutture Territoriali di Riabilitazione** di lunga durata per i casi più difficili da riabilitare, onde evitare che sulle famiglie gravino un carico insostenibile di disagio, costi e pericoli. La competenza di istituire Servizi di Riabilitazione territoriali, che consentono di rilevare precocemente comportamenti anormali di pazienti conosciuti od ignoti, è una competenza regionale, ma l'aspetto sanitario è solo una parte perché quello sociale è altamente importante. Infatti i sostegni economici alle famiglie che si gravano dell'assistenza ai pazienti con handicap mentale, il Fondo Speciale Economico (Dopodinoi)

di cui al punto 5°, l'inserimento lavorativo, il sostegno scolastico e quant'altro, sono temi che i vari Ministeri non hanno ancora posto in essere.

4. **La prevenzione dei disturbi di comportamento e di psicopatie in età evolutiva**, a tutt'oggi non è ancora valutata, perché essa - prevenzione - può consentire di affrontare le psicosi ed in particolare la schizofrenia in modo migliore ed efficace.
5. **L'eventuale costituzione di un Fondo Speciale Economico (Dopodinoi)**, nel quale confluire quelle parti di patrimonio, risparmi o beni che in eredità andrebbero ai "malati" che un giorno resteranno soli. Per i "malati" indigenti occorre una prestazione di natura assistenziale da parte delle Istituzioni (Stato - Regione - Provincia - Comune), come ancora vigenti gli artt. 154 e 155 del Regio Decreto 773/1931 che le Regioni nel dare attuazione alla legge 328/2000 dovrebbero riprendere per confermare il diritto al ricovero, così come è stato fatto dalla Regione Piemonte con la legge 1/2004. E' vero che la legislazione italiana prevede il curatore, tutore, amministratore di sostegno che si assumono l'onere di amministrare i beni del "malato", ma se amministrato da un Ente Pubblico, quest'ultimo sarà sempre operante ed attivo garantendo una naturale continuità che la persona fisica non è in grado di farlo.
6. **Un servizio di pronto intervento a domicilio**, fatto salvo quanto previsto al punto 2°, anziché in ospedale in sostituzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) finora previsto per la cura delle situazioni più urgenti (crisi acute previste dalla legge 833/1978, dalla Legge Regione Liguria n. 39 del 4/8/19881, e dal "Progetto-Obiettivo Tutela Salute Mentale del 1992"). Ciò richiederebbe un notevole sforzo organizzativo, ma forse meno oneroso rispetto alla degenza ospedaliera ed una diminuzione del costo economico-sociale.
7. **La possibile attivazione della ricerca scientifico-farmacologica sulle malattie mentali**, offerta e proposta dal V Programma Quadro della Comunità Europea per il periodo 1998-2002.
8. **Aggiornamento degli assegni di assistenza ai "malati" psico-fisici** che non "vivono", ma sopravvivono all'andamento, al rialzo economico del vivere quotidiano. **Una situazione che costituisce una autentica vergogna!**, per l'importo **2008** di euro 246,73 al mese.
9. **Il riconoscimento della deducibilità dal reddito complessivo agli effetti IRPEF delle spese socio-alberghiere** sostenute dalle famiglie i cui familiari dimessi dagli ex-ospedali psichiatrici (ove il SSN provvedeva a tutte le spese) sono stati ricoverati nelle varie strutture religiose, cattoliche e private. Richiesta più volte rappresentata al Ministro delle Finanze nella 13° Legislatura.
10. **Chiusura Ospedali Psichiatrici Giudiziari**, adeguando la normativa penale a quella civile. **Attivazione d'interventi nel disagio psichico nelle carceri** secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n. 230. Attualmente esistono 6 OPG con circa 1282 pazienti (dati del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Fonte ricerca "Anatomia degli OPG italiani" Dap. 2002) e secondo le dichiarazioni del Presidente della Soc. SIMSPE dr. 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 27/09/2004). Per lo stato in cui si trovano gli OPG, severa la Relazione del dr. Alvaro Gil-Robles "Commissario Europeo per i diritti umani". **(Vedere allegato C per situazione composizione "ospiti" al 12 marzo 2001)**

11. **Chiusura Ospedali Psichiatrici Privati**. Secondo i dati statistici, che non si discostano da quelli presentati il 20 ottobre 2003, secondo la Relazione Trimestrale del Ministro della Salute del 21/01/2005 riferiti al 30/06/2004 (Atti Parlamentari Doc. CXXVI n. 3) esistono 7 o.p.p. con 940 pazienti. Entrambi le strutture sono in contrasto con la legge 180/1978, con la Costituzione Italiana (artt. 2-13-32), con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 in quanto la legge 180 e la legge 833 non hanno distinto il malato mentale responsabile di atti criminosi da quelli relativamente innocui, come stabilito dal Codice Rocco (ricovero in manicomio criminale). Se i 940 “ospiti” in OPP, i 1282 “ospiti” nei OPG ed i 31.548 “ospiti” nelle carceri italiane per un totale di 33.770 ricoverati 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.**(Vedere allegato A e B).**
E’ un’autentica vergognosa condizione per un Paese civile!
12. **Nuove terapie in psichiatria**, evitando il ricorso all’elettroshock, allo shock insulinico, alla lobotomia, agli psicofarmaci, in particolare di quelli “retard” che hanno prodotto tragedie umane inaccettabili e lesive della persona, ai legacci, cinghie di contenzione e braccialetto elettronico.
13. **Aumento dei posti letto da 15 a 30 (anche per i minori)**. Non ha senso impegnare nelle 24 ore medici, infermieri, psicologi, assistenti sociali, riabilitatori solo per un massimo di 15 pazienti, quando pare logico raddoppiare il numero come le unità operative delle altre discipline di base.
14. **Riqualificazione Operatori Sanitari**. Le Regioni devono provvedere ad una nuova organizzazione interna del personale medico pari alle altre branche specialistiche ed una profonda formazione professionale del personale medico e paramedico. E’ importante ridefinire il ruolo della psichiatria come specialità medica curando la formazione dei medici, modalità vincente per garantire il migliore livello di prestazione per la prevenzione, la cura e l’eventuale riabilitazione del “malato”. Per i possibili malati mentali che possono essere riabilitati, le strutture terapeutiche di assistenza a Direzione Universitaria preparano anche gli specialisti in psichiatria alle tecniche riabilitative in generale ed alla psicoeducazione in particolare. Per quest’ultime a cura delle Regioni vengano create scuole di tecnici della riabilitazione psichiatrica e psicosociale.
15. **Che si porti a conoscenza:**
 - a) come è stato utilizzato il finanziamento di 30 mila miliardi ex-lire che l’art. 20 della legge 67/1988 dispone per la realizzazione di RSA (Residenze Sanitarie Assistite);
 - b) se i ricavati sono stati utilizzati nel settore psichiatrico nella alienazione di ex-aree ospedali psichiatrici per l’attuazione prevista dal Progetto - Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1994-1996” in base alla legge 23 dicembre 1994 n. 724 art. 3 comma 5°.
16. **L’uso di parte del gettito dell’otto per mille dell’IRPEF** a sostegno di progetti, di strutture moderne capaci di accogliere e curare i malati mentali:
 - a) oltre i normali finanziamenti previsti dal Servizio Sanitario Nazionale;
 - b) l’utilizzazione di una parte dei proventi derivanti dalla gara per le licenze UMTS (Universal Mobile Telecommunication System) il telefonino di 3° generazione.
17. **La promozione di una Indagine Parlamentare:**

- a. sulla situazione in atto dell'assistenza psichiatrica in Italia per conoscere i risultati raggiunti a seguito della chiusura degli ex-O.P., sulle strutture realizzate per i residuali, per gli "ospiti" nel O.P. Giudiziari e negli Ospedali Psichiatrici Privati e per quelli che trovandosi nelle famiglie non possono trovare alcuna collocazione;
- b. sull'uso ed impiego illegale della terapia dell'elettroshock e della possibile applicazione del braccialetto elettronico che contrasta con la volontà del Legislatore che intende garantire interventi integrati e dignitosi per il malato psichico nelle varie fasi del suo trattamento;
- c. per conoscere quale "collocazione" è stata disposta alle pensioni non riscosse od altro di pertinenza dei "malati" ospiti degli ex-O.P. giacenti nelle banche nonché Uffici Postali;
- d. i proventi dei pazienti residuali, siano essi depositi bancari, postali od in altre misure a suo tempo disposte dall'Autorità Giudiziaria, previo accertamento di rendiconti delle passate gestioni delle singole Direzioni Amministrative che provvedevano alle esigenze giornaliere dei titolari. Le stesse Direzioni devono semestralmente redigere relazioni di gestione alle Autorità Giudiziarie Mandamentali.

Si fa presente che nella 14° Legislatura nel Documento conclusivo della 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, autorizzata dal Presidente del Senato in data 28 novembre 2005, nella seduta 300 del 22 novembre 2005, nel punto 2) ha definito che **"Il problema della salute mentale è ancora lontano dall'essere universalmente condiviso; ciononostante, non si può negare che la logica basagliana si è rilevata essenzialmente fallimentare e quindi intrinsecamente debole"**.(Legislatura XIV - Resoconto Sommario n. 312 del 01.02.2006 - Senato della Repubblica).

- 18. **Dotare strutture, oltre gli spazi interni, anche di uno spazio verde esterno** e di libero accesso considerato anch'esso come strumento terapeutico-riabilitativo. Un ambiente ricco di stimoli, ma non ansiogeno, organizzato verso il mondo agricolo (come accudire animali domestici da cortile, colture di fiori e varie), nonché incontri con animali domestici i cosiddetti "Pet Therapy") che sollecitando attività motorie salvaguarda la dignità del "malato" restituendo fiducia nelle proprie capacità ed un vivo rapporto con il mondo esterno;
- 19. **L'immissione di un Testo Unico per raccogliere le diverse normative sull'handicap oggi troppo frammentarie.**
- 20. **Richiesta della Relazione Trimestrale del Ministro della Salute sulle iniziative adottate a livello Nazionale e Regionale. L'ultima, aggiornata al 30/06/2004, è stata pronunciata in Parlamento il 21 gennaio 2005.(ai sensi dell'art.1 comma 24 della legge 23 dicembre 1996 n. 662. (Doc.CXXVI n.3 del 21 gennaio 2005 Atti Parlamentari).**
- 21. **Indizione di una "Giornata Nazionale di Informazione"** sul tema della malattia mentale, come ipotizza la "Commissione Europea-Direzione Sicurezza Sociale Integrazione delle Persone con Disabilità", Ufficio di Bruxelles, in risposta a nostra richiesta prot. 15406 del 14 novembre 2000.

Nel rispetto dei valori etico-sociali, che una quasi giornaliera diffusa metodologia psicopatologica vuole distruggere considerandosi autonoma e svincolata da ogni rapporto umano-sociale, ritenendo la persona umana un "oggetto da buttare",

considerando impellenti Servizi specifici e cure in strutture adeguate, il sottoscritto:

Chiede

che nel contesto della regionalizzazione, la Camera dei Deputati ed il Senato della Repubblica si attivino per una rapida approvazione di:

una **legge-quadro sull'assistenza psichiatrica** necessaria, in modo che le singole Regioni possano indirizzarsi in maniera omogenea ed emanare norme legislative, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione italiana, in materia di salute mentale non in contrasto con l'interesse nazionale e con meccanismi di perequazione per migliorare la qualità di servizio uguale in **tutte** le Regioni

- a.) a **tutela della salute per i sofferenti psichici**, cittadini come gli altri, che necessitano ed abbisognano più degli altri di promozione della loro dignità e dei loro diritti;
- b.) a **garanzia della sicurezza di tutti i cittadini**.

Previte Francesco

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

e-mail: previtefelice@libero.it

Al quale si uniscono le Famiglie direttamente interessate, che qui rappresentiamo, auspicando provvedimenti solleciti e concreti.

Castiglione di Sicilia, 15 aprile 2008



Allegato A

Da **Atti Parlamentari XIV Legislatura.**

Relazione sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e sull'attuazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996".

Articolo 1°, comma 24, della legge 23 dicembre 1996 n. 662.

Relazione del Ministro della Salute 2003 aggiornata al 31/12/2002

(Doc. CXXV I n. 1 Atti Parlamentari).

Il 20 ottobre 2003 il Ministro della Salute ha inviato alle Camere la Relazione trimestrale ai sensi dell'art. 1 comma 24 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli ospedali psichiatrici aggiornata al 31/12/2002.

In essa sono documentati tutti i programmi di superamento degli **ex-ospedali psichiatrici pubblici** completati in favore di strutture residenziali come luogo di destinazione elettiva.

La più alta percentuale d'inserimento residenziale si è avuta in Calabria (100%), la più bassa in Sicilia (87,7%). Gli inserimenti a domicilio si attestano intorno al 1% del totale.

Ancora in fase di completamento il processo di superamento degli **ex-Ospedali psichiatrici privati convenzionati e 7 sono ancora in funzione:**

pazienti non psichiatrici	930
pazienti psichiatrici	195
Totale	1125

La percentuale più alta d'inserimento domiciliare si sono avute:

in Basilicata	6,5%
in Piemonte	4,9%
in Lombardia	0,9%

I soggetti inseriti in residenze costituiscono il 50,7% del totale con la più alta percentuale d'inserimento residenziale:

in Abruzzo	89,5%
nel Lazio	21,8%

Perché continuano ad essere ricoverate le persone non psichiatriche con prevalenti patologie geriatriche o disabili?

Perché per i "residuali manicomiali" le residenze sono ancora ubicate in ex-aree dove sorgevano i "manicomi"?

Perché nella Relazione non risultano le persone riconosciute colpevoli di reato, ma sofferenti di problemi psichici detenuti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari?

Perché nella Relazione non risultano, a garanzia costituzionale dei diritti alla salute, quanti soffrono il disagio psichico nelle carceri, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n.230 e quanto previsto dal Piano Sanitario Nazionale 2003-2005?



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

Allegato B

Da **Atti Parlamentari XIV Legislatura.**

Relazione sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli Ospedali Psichiatrici e sull'attuazione del Progetto-Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996"

Articolo 1°, comma 24, della legge 23 dicembre 1996 n. 662

Relazione del Ministro della Salute 2004 aggiornata al 30/06/2004.

Doc. CXXVI n. 3 del 21/01/2005 Atti Parlamentari

Il 21 gennaio 2005 il Ministro della Salute ha inviato alle Camere la Relazione Trimestrale ai sensi dell'art. 1 comma 24 delle legge 23 dicembre 1996 n. 662, sulle iniziative adottate a livello nazionale e regionale per la chiusura degli ospedali psichiatrici aggiornata al 30/06/2004.

In essa si afferma che "tutti i programmi di superamento degli ex-o.p. pubblici sono stati completati".

Ma continuano ad essere aperti **7 ospedali psichiatrici privati convenzionati**, che dovendo ancora completare il programma previsto, "ospitano" 940 pazienti di cui:

	psichiatrici	188
	non psichiatrici, con prevalenti patologie geriatriche o disabili	752
	Totale	940

Nello specifico, la situazione:

<i>Ospedali psichiatrici privati convenzionati</i>			<i>Pazienti</i>
Lombardia	S. Colombano al Lambro		107
	Cernusco sul Naviglio	2	
Lazio	S. Maria Immacolata di Guidonia	1	195
Puglia	S. Maria di Foggia		600
	Don Uva Bisceglie	2	
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%) e 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 nell'area ex-o.p. in Abruzzo (57,1%), Basilicata (78,4%),Lazio(79,1%) e Lombardia (74,8%).

Previte



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

Allegato C

Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Dati aggiornati al 12 marzo 2001

(Fonte: "Anatomia degli OPG Dipartimento Amministrazione Penitenziaria 2002").

	Nord	Centro	Sud	Isole	Estero	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

Un vuoto legislativo caratterizza gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in quanto nessuna legge ha previsto la chiusura, le cui strutture non sono state considerate né dalle leggi 180 e 833 del 1978, né da norme di riordino delle carceri.

Conclusioni

Così alla luce di questi dati (*allegati A-B-C*), a distanza di ben 28 anni dalla emissione della legge 180 e 833 che hanno aboliti gli ospedali psichiatrici, **33.770** persone, cittadini italiani, insistono in strutture definibili manicomiali:

Persone ricoverate in 7 Ospedali Psichiatrici Privati o Convenzionati	940
Persone ricoverate in 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari	1.282
Persone "ospiti" nelle carceri italiane	31.548
Totale	33.770

Ma non è scandaloso tutto ciò? Oppure dobbiamo sperare che tale "problema" di degrado susciti l'interesse di qualche solerte Procura della Repubblica o l'intervento della Corte dei Conti su una situazione così paradossale che costituisce, anche, una lesione allo spirito di solidarietà e di altruismo della pubblica opinione?

Se i compiti dei NAS dei Carabinieri sono indirizzati alla tutela dei diritti e della dignità dei "malati", com'è avvenuto finora, allora la Benemerita svolge un'opera meritoria ed abbiamo fiducia che si continui in questa azione meritoria, umanitaria, di garanzia giuridica e di "spinta" per la soluzione del gravissimo problema dei disagiati psico-fisici.

Previte



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

A.R. n. 13408508737-1 del 15 Aprile 2008

A.R. n. 13408508738-2 del 15 Aprile 2008

**Al Signor Presidente Senato della Repubblica
Palazzo Madama
00186 Roma**

**Al Signor Presidente Camera dei Deputati
Palazzo di Montecitorio
00186 Roma**

Signor Presidente,

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (Sixty-first session) il 6 dicembre 2006 ha adottato la "**Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità**" (Distr.General A/61/611), Documento sottoscritto il 30 marzo 2007 a New York da parte del Governo Italiano tramite il Ministro della Solidarietà Sociale insieme al Sottosegretario stesso Dicastero.

Inoltre l'Italia dal 20 giugno 2007 doveva a far parte del Consiglio Mondiale di DPI (Disabled Peoples' International).

Molti Paesi per l'attuazione di questa "Convenzione", hanno adottato:

1. che la "Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo" del 10 dicembre 1948 delle Nazioni Unite contempla anche i diritti dei diversamente abili, quindi "Convenzione" ritenuta superflua;
2. altri, che ogni Stato dovrebbe promuovere un proprio percorso di integrazione della "Convenzione"
3. mentre ancora altri, affermano che le leggi nazionali vigenti assicurano una maggiore protezione dei disabili di quanto potrebbe fare la "Convenzione".

Signor Presidente

La nostra Associazione ritiene che nella "Convenzione" non sono emerse "**attenzioni specifiche verso i malati mentali**", che come tali non possono partecipare alle attività sociali e culturali continuando a trovare ostacoli , anche, nella **legislazione italiana** che impediscono in maniera prioritaria al vivere sociale soffrendo di continue violazioni dei loro diritti che si "trascinano" da ben 30 anni (cioè dall'emanazione della legge 180/1978 che ha ordinato la chiusura dei "manicomi").

In parole povere quello che non è condivisibile:

a.) è il voler associare il **malato con minorazioni fisiche** (es. precaria deambulazione, difficoltà motorie degli arti) con il **malato mentale** (sofferente dalla depressione- primo disordine funzionale della persona - alla schizofrenia o dissociazione mentale) in quanto mentre per il primo sussistono possibilità di inserimento sociale e lavorativo, per il secondo si possono attuare cure specifiche, ma non si possono prevedere né tempi di recupero e né proposizioni di intendimenti lavorativi (art. 27 "Convenzione") che richiedono coesione di intelletto e responsabilità. Quindi la **disabilità fisica** che lo stesso Preambolo considera un concetto in evoluzione, deve essere considerata in **handicap mentale** per la sua natura specificatamente e particolarmente psichica.

b.) per quanto si riferisce la materia **riproduzione** e la **pianificazione familiare** (artt.23 e 25 "Convenzione") l'argomento è molto contestato, **ma siamo in sintonia ed abbiamo riserve** con

quanti non approvano le decisioni assunte dalla “Convenzione” perché pur considerandola ottima ed importante per il miglioramento della qualità della vita dei 650 milioni di persone con disabilità del mondo (l’80% dei quali vivono in Paesi in via di sviluppo), quegli articoli autorizzando l’accesso ai servizi riproduttivi favoriscono l’aborto, la limitazione delle nascite, lo stesso concetto non responsabile dei rapporti sessuali, metodologie di sterilizzazione, proposte che offendono la dignità della persona, specie per quelle popolazioni più povere e più vulnerabili.

Siamo per la vita!

E’ veramente inconcepibile e profondamente contraddittorio che in una società civile che tende costantemente e giustamente a riaffermare il **valore della vita** (no alla guerra, no al terrorismo, no alla pena di morte) la si neghi questa vita attraverso il tentativo di costruire norme, ripeto, che inducono alla soppressione radicale della funzione procreatrice, ancor più terribile se trattasi di persone disabili.

In conclusione non vogliamo fare tra i due “aspetti di malati” una discriminazione, ma soltanto creare non dico una corsia preferenziale, ma diversa con provvedimenti legislativi da parte dell’Italia specifici per la risoluzione di questo particolare disagio sociale.

Signor Presidente,

per questo mi permetto inoltrare **ulteriore Petizione** affinché il Legislatore riconosca con “leggi appropriate” e senza discriminazione come sancisce l’art. 4 della “Convenzione”, anche **l’handicappato mentale** che “**deve godere in tutta la misura possibile degli stessi diritti degli altri esseri umani**” come proclamato dalla “Dichiarazione dei diritti dell’handicappato mentale” dell’ONU del 20 dicembre 1971, delle libertà fondamentali enunciate dalla “Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità” e da Trattati Internazionali, ma, ripetiamo, **con la diversificazione tra disabile fisico e handicappato mentale** (legge 104/1992).

Conoscendo la **Sua** sensibilità verso i problemi sociali. **Le** chiedo cortesemente di esaminare la richiesta onde avviare l’iter necessario ed utile al fine di concretizzare questo grave ed urgente disagio sociale non bene evidenziato dalla “Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità” richiedendo di conoscere:

- a.) **se è stata ratificata la “Convenzione Internazionale dei Diritti delle Persone Disabili”**
- b.) **se fattibile l’emissione di un emendamento in base all’art.47 paragrafo 1) della “Convenzione”** per far riconoscere lo stato giuridico-sociale del termine di **handicappato mentale**, emendamento che ai sensi dell’art.47 dovrà essere sottoposto al Segretario Generale della Nazioni Unite.

In attesa, porgo deferenti ossequi.

Previte

Castiglione di Sicilia (CT) 15 aprile 2008



Cristiani per servire

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

e-mail previtefelice@libero.it

Il Presidente

PETIZIONE

Ai sensi dell'art. 50 della Costituzione Italiana.

A.R. n. 13408508737-1 del 15 Aprile 2008

A.R. n. 13408508738-2 del 15 Aprile 2008

Al Signor Presidente
del Senato della Repubblica
Palazzo Madama
00186 Roma

Al Signor Presidente
della Camera dei Deputati
Palazzo di Montecitorio
00186 Roma

Il sottoscritto cittadino italiano, chiede cortesemente:

a.) di conoscere se il Parlamento ha **ratificato** entro il 2007, ai sensi dell'art.43 della stessa, la **“Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità”** (Prot. Distr.General A/61/611 United Nations) **approvata a New York dalle Nazioni Unite.**

b.) se s'intende adottare **un emendamento** onde riconoscere lo stato giuridico-sociale del termine **handicappato mentale**, quale norma migliorativa in base all'art. 47 paragrafo 1) della **“Convenzione”**.

Premesso

- che l'Assemblea Generale della Nazioni Unite (Sixty-first session) ha approvato il 6 dicembre 2006 (prot. Distr. General A/61/611 United Nations) la **“Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità”** adottata da 191 Stati membri delle Nazioni Unite con “l'obiettivo di promuovere, proteggere ed assicurare **pari** diritti alle persone disabili nel rispetto della **dignità di ognuno** (art. 1);

Considerato

- che gli Stati membri delle Nazioni Unite si obbligano, fermo restando il diritto di ogni Paese ad applicare **norme migliorative** adottando **“leggi appropriate”(art. 4) della “Convenzione”**, e ratificare la **stessa** nel termine dell'anno 2007;

Constatato

- che l'Italia da ben 30 anni dall'emissione della legge n. 180 del 13 maggio 1978 e della legge n. 833 del 23 dicembre 1978 **non ha pianificato normative legislative sulla salute mentale**, così come evidenziato da ben 4 legislature dalla nostra Associazione a mia prima firma nella Petizione ultima presentata il 29 aprile 2006 n. 1 al Senato della Repubblica ed assegnata alla 12° Commissione Igiene e Sanità e col n. 9 alla Camera dei Deputati assegnata alla 12° Commissione Affari Sociali

Atteso

- che l'Italia il 30 marzo 2007 ha **sottoscritto** la “Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con disabilità” a New York per conto del Governo Italiano il Ministro della Solidarietà Sociale con il Sottosegretario dello stesso Dicastero, impegnando il Governo “a

ridurre i tempi ed a promuovere le indispensabili misure legislative per la concreta applicazione dell'accordo" e che il 20 giugno 2007 la nostra Nazione doveva entrare a far parte del Consiglio Mondiale di DPI (Disabled Peoples' International);

Ricordando

- che nella trascorsa 15° Legislatura la presente Petizione è stata assegnata col n.558 alla 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica e col n. 379 alla 12° Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati;

Tenuto conto

- che la stessa Petizione viene ripresentata in questa XVI Legislatura e che nella "Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità" non sono emerse specifiche "attenzioni" verso i malati psichici, malgrado la sottoscrizione da parte italiana e prima della opportuna ratifica da parte del Parlamento Italiano;

si ritiene non condivisibile:

- a.) il volere associare il **malato con minorazioni fisiche** con **il malato mentale**, perché mentre nel primo sussistono possibilità di inserimento socio-lavorativo, per il secondo si possono attuare prevenzioni, cure, possibile inserimento sociale ed affettivo, ma non si possono prevedere tempi di recupero e proposizioni di intendimenti lavorativi (art. 27 "Convenzione") che richiedono coesione di intelletto e responsabilità. Quindi la **disabilità fisica** che lo stesso Preambolo della "Convenzione" considera un concetto in evoluzione, deve essere distinta in **handicap mentale** qualora intervengono menomazioni mentali per la sua natura specificatamente e particolarmente psichica;
- b.) per quanto si riferisce la materia **riproduzioni e pianificazioni familiari**, (artt. 23 e 25 "Convenzione") siamo in sintonia ed unicità di riserve con quanti non approvano le decisioni assunte dal Consiglio Mondiale di DPI (Disabled Peoples' International) , perché pur considerando ottima ed importante la "Convenzione" per il miglioramento della qualità della vita dei 650 milioni di persone con disabilità nel mondo (l'80% dei quali vivono in Paesi in via di sviluppo), quegli articoli autorizzando l'accesso ai servizi riproduttivi, favoriscono la limitazione delle nascite, travisano il concetto responsabile dei rapporti sessuali che aumentano l'espandersi dell'epidemia dell'HIV/AIDS, non promuovono la procreazione responsabile, adottano metodologie di sterilizzazioni, favoriscono l'aborto azione che offende la dignità della persona, specie per quelle popolazioni più povere e più vulnerabili che ogni giorno muoiono a causa dell'AIDS, si dice, proprio per il fatto di non poter accedere a questi servizi riproduttivi.
Inoltre sono in contrasto con l'art. 10 della "Convenzione" per "l'inalienabile diritto alla vita", con l'art. 15 dove "nessuno dovrà essere sottoposto ad esperimenti medico-scientifici" e con l'art. 16 dove si è contro "ogni forma di sfruttamento, violenza od abuso"
A nostro sommo avviso queste metodologie sembrano richiamare l'eugenismo, pratica biomedica che spianò la strada alle terribili selezioni della razza e del genere umano tentate nella guerra 1940/45 da una "parte" dei belligeranti; oppure alla sterminio in altra parte belligerante dallo "Einsatzkommando 3" dei malati di mente; od alla teoria dell'economista britannico Malthus che attribuiva all'eccesso di popolazione i mali e le miserie sociali. Queste miserevoli "azioni" registrano il concreto passaggio dal massacro eugenetico allo sterminio genocidio vero e proprio.

Siamo per la vita, dono del Creatore, per i metodi naturali e non per programmi contraccettivi che distruggono la società civile.

Lo scrivente si permette esporre quanto segue:

Il 30 marzo 2007 l'Italia ha sottoscritto la "Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità" adottata dai 191 Stati membri delle Nazioni Unite, "Carta" che vuole promuovere e proteggere i diritti e la dignità dei circa 650 milioni di persone colpite da ogni forma di disabilità in tutto il mondo.

Una Convenzione - secondo il Dizionario **Melzi** della Lingua Italiana - è un "Trattato tra due o più Stati per regolare questioni di interesse comune".

Quindi "normativa" che riconosce il pieno rispetto della dignità e dei diritti delle persone disabili quali **cittadini ad ogni effetto globalmente riconosciuti nella sfera giuridico-personale di uomo.**

Ancora una volta, dunque, la comunità internazionale ha richiamato i principi proclamati nella "**Dichiarazione Universale dei diritti dell'Uomo**" del 10 dicembre 1948 delle Nazioni Unite che riconosce la pari dignità ed i diritti inalienabili degli esseri umani quali presupposti indispensabili per la pace, la giustizia, la libertà senza discriminazioni.

La "Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità" doveva entrare in vigore in quegli Stati che l'approvano e la ratificano entro il 2007.

Molti però si chiedono - e noi con loro - quale differenza è stata condivisa nella **differenziazione tra il disabile fisico e l'handicappato mentale** per come è stata definita nel Testo?

E' noto che la legge 5 febbraio 1992 n. 104 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (pubblicata nel supplemento ordinario n. 30 alla G.U. n. 39 del 17 febbraio 1992) ha introdotto in Italia il termine **handicappato.**

Anche se a livello internazionale questo termine, pare sia superato, il Documento che l'aveva introdotto l'ICIDH è stato sostituito nel 2001 dall'ICF, ma sarebbe opportuno che l'Italia conservasse la distinzione in questa differenziazione perché **legge votata** dal Parlamento Italiano in nome del popolo, **legge che è e resta indiscutibile sino alla sua modifica!**

Disabile è colui che è privato di una forza fisica sopravvenuta o congenita, di una certa incapacità, ma conservante la lucidità intellettuale.

Handicappato è colui che ha ricevuto uno svantaggio in partenza, od un sopravvenuto ostacolo, un intralcio, una inferiorità interna od esterna che impedisce di manifestare il massimo della potenzialità più psichica e meno fisica.

La **disabilità** nella generica interpretazione socio - legislativa è comunemente considerata quale privazione della forza fisica, una menomazione funzionale fisico-mentale o di emarginazione che concerne **tutti i disabili.** Sostanzialmente eliminazione delle molte barriere etico-sociali ancora esistenti nel consesso civile per mettere in grado le persone disabili a svolgere le attività quotidiane e partecipare attivamente e materialmente alla vita sociale come i normo-dotati.

L'handicap è considerata per legge (104/1992), di natura specificatamente e particolarmente psichica e nella considerazione letterale difficoltà psicologica, menomazione o involuzione della mente, ostacolo o svantaggio in origine, di manifesta inferiorità che vieta od impedisce di esprimere quel processo e complesso di efficienza globale e continua, di inferiorità autonoma di volontà intellettuale congenita o acquisita, come ritenuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In analisi ove si negasse al rapporto de quo il diritto al riconoscimento dell'handicappato mentale, ma se ne capirebbe cosa esso in realtà sia, si compirebbe una **discriminazione** di cui alla "Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità" (artt. 5-12-13) e recentemente all'art. 13 del Trattato della Unione Europea, a meno, dunque, di non creare una nuova figura giuridica al pari, me ne sia consentito il paragone, di un fantasma senza nome e senza volto< che si aggira nell'ambito delle Nazioni Unite e della Unione Europea e di cui tutti cercano di liberarsi o di sottovalutare.

La schizofrenia e la depressione-ansia, facenti parte delle malattie mentali, colpiscono il 2% della popolazione di tutti i Continenti e secondo l'OMS la **depressione** è considerata la seconda patologia nel mondo.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (da Atti 1° Conferenza Internazionale Vaticana **Dolentium Hominum** n. 34 anno XII 1997 n. 1 "Disagio della mente Umana - Chiesa e salute nel mondo):

0	1500	milioni di persone soffrono di disordini neuropsichiatrico
480	500	milioni di persone soffrono d'ansia,
200	350	milioni di persone soffrono di tono dell'umore
60	83	milioni di persone sono ritardati mentali
0	30	milioni di persone sono epilettici
22	29	milioni di persone soffrono di demenza
18	22	milioni di persone soffrono di schizofrenia

A questo punto è quasi superfluo, ma ugualmente necessario rilevare, che l'handicappato psichico abbisogna, come ogni paziente, di **cure mediche**, di attrezzature ad alta tecnologia atte alla prevenzione, alla cura ed all'eventuale inserimento sociale, affettivo (vedi legge 180/1978) per ogni suo periodo di sofferenza **e non di propositi lavorativi come contempla l'art. 27 della "Convenzione"**.

Quella evidente "inferiorità psichica" non consente all'individuo di avere quella consapevolezza e responsabilità necessarie per assolvere qualsivoglia impegno e può portare a **gravi conseguenze alla famiglia nonché alla società** se non si danno misure sanitarie-etico-sociali specifiche per ridurre anche **i rischi dell'esclusione sociale**, come anela giustamente la "Convenzione" stessa.

Nei successivi articoli, sempre della "Convenzione", gli Stati aderenti si dovranno fare carico del **recupero fisico, cognitivo e rispetto dell'integrità**, sempreché l'ONU sappia imporre l'applicazione di quelle ottime normative le quali, però, ancora oggi, per quanto riferito **al comparto psichico, poco compaiono nella stesura della "Convenzione"**.

Nel Preambolo della "Convenzione" si richiamano i principi proclamati dalle Nazioni Unite e la piena partecipazione dei disabili senza discriminazione **"che soffrono di deficit di lunga durata"**, comprensivi di quanto ha affermato la **"Dichiarazione dei diritti dell'handicappato mentale"** del 20 dicembre 1971 dell'ONU, dove si sostiene che **"l'handicappato mentale deve godere in tutta la misura possibile degli stessi diritti degli altri esseri umani"**.

Ora a nostro sommo avviso, la nuova "Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità", **non considera specificatamente** - ripeto -, **l'handicappato mentale**, perché l'uso del termine "malato" come sinonimo di persona con disabilità, non è quello promosso dalla "Convenzione" stessa che segna invece un distacco molto chiaro **da un approccio medico-assistenziale per un approccio di diritti umani**.

Sarebbe opportuno sperare che la "Convenzione", nel quadro della strategia mondiale di salute pubblica che si è proposta, adottasse **specifiche normative in favore del malato mentale** ed esortasse gli Stati aderenti ad abolire forme di discriminazione, specialmente in riferimento ai Paesi in via di sviluppo.

Quindi lo scopo della "Convenzione" è quello di "proteggere ed assicurare il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità", il che significa che **qualsiasi natura abbia la disabilità** che è "il risultato dell'interazione tra persone con minorazioni e barriere attitudinali ed ambientali che impedisce loro piena ed efficace partecipazione nella società su una base di parità con gli altri", queste persone malate mentali devono essere considerate **titolari degli stessi diritti e libertà fondamentali**, su base di eguaglianza riguardo agli altri cittadini.

In questo senso fondamentale è l'articolo 12 della "Convenzione".

E' necessario, ripeto, che l'Italia tenga nella dovuta considerazione quanto il Legislatore ha introdotto nella legge 104/92, ritenuta legale e concreta la distinzione tra **disabile** e **handicappato** e nel quadro della strategia nazionale di salute pubblica che si è proposta con la sottoscrizione della "Convenzione Internazionale sui Diritti della Persone con Disabilità" apporti norme migliorative,

nella ratifica parlamentare, in quella differenziazione sopra esposta, rispettando la “Convenzione” stessa e “della dignità di ognuno” come recita l’art. 1.

Lo Stato Italiano deve rispondere senza discriminazione alle differenti esigenze dei suoi cittadini sulla base di un nuovo approccio culturale basato sui diritti umani, elaborando forme di servizi sanitari che tengano conto nelle specifiche differenze, quelle normative in favore del malato mentale, come abbiamo tra l’altro richiesto più volte e ultima nella Petizione n. 1 e n. 9 del 29 aprile 2006 della passata XV Legislatura presso il Senato della Repubblica e la Camera dei Deputati citata all’inizio di questa Petizione.

E’ opportuno sperare che l’Italia nel quadro della strategia nazionale di salute pubblica che si è proposta, attui specifiche normative in favore del malato mentale, come:

a) **meccanismi interpretativi uguali** nell’universalità e nell’interdipendenza senza discriminazioni;

b) **adozione di servizi reali e specifici** nell’ambito delle competenze economiche-organizzative di ciascun Stato-membro nel pieno rispetto della dignità di persone portatrici di handicap psichici, cure adeguate in strutture ad alta tecnologia riconoscendo tutti i diritti negli stessi luoghi e nelle comunità in cui vivono (art. 19 “Convenzione”);

c) **attivazione della ricerca scientifico-farmacologica** e sviluppo tecnologico sulla malattia mentale come ogni comparto sanitario;

d) **formazione di un Fondo Economico Finanziario Speciale (non incluso nel Testo della “Convenzione”)** anche con il sostegno finanziario delle Nazioni Unite per le persone indigenti, dove confluire quelle parti di patrimonio o risparmi che per legge naturale andranno in eredità al “malato”, amministrato da un Ente Pubblico che costituisce naturale continuità che il singolo tutore, curatore od amministratore di sostegno non può garantire fisicamente e che costituisce una dolorosa preoccupazione che assilla le famiglie di questi “malati”.

E’ opportuna ed urgente una forte azione preventiva delle malattie mentali perché la crisi dei valori e l’affermazione di disvalori accrescono la solitudine, fanno cadere le tradizionali forme di coesione sociale, sfaldando i gruppi di aggregazione in particolare sul piano culturale, come molto bene considera la “Convenzione”, screditando la famiglia cellula primaria della società e base-fondamento per ogni sana civiltà.

La dominante cultura della nostra società sempre più chiusa ed egoistica non ci deve portare a dimenticare od emarginare la sofferenza perché ciò può portare gravi conseguenze sulla salute mentale dei cittadini.

Nel rispetto della dignità dei cittadini italiani che hanno il diritto di godere del più alto standard conseguibile di salute senza discriminazioni sulla base della disabilità di ciascun ambito sanitario, **considerando impellenti Servizi specifici e cure in strutture adeguate**, il sottoscritto

CHIEDE di conoscere

a.) se è stata eseguita la **ratifica** ai sensi dell’art. 47 della “Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone Disabili”;

b.) se il Senato della Repubblica e la Camera dei Deputati con sollecita urgenza apportino norme migliorative ai sensi dell’art. 3 come sottoscritte con la “Convenzione Internazionale sui Diritti delle Persone con Disabilità” adottando:

1.)“**leggi appropriate**” come sancisce l’art. 4, della “Convenzione” riconoscendo i diritti e le necessità degli handicappati mentali per la tutela della salute, per le loro famiglie e per garantire la sicurezza a tutti i cittadini.

2.) un **emendamento**, quale norma migliorativa, nella ratifica della “Convenzione” in base all’art. 47 paragrafo 1, per far riconoscere lo stato giuridico-sociale del termine handicappato mentale per essere sottoposto al Segretario Generale delle Nazioni Unite.

Previte Francesco

Castiglione di Sicilia, 15 aprile 2008