



REVISIONE DELLA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA: IL PARERE DEGLI PSICHIATRI

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliata alla World Psychiatric Association

Documento approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Psichiatria

La posizione della Società Italiana di Psichiatria rispetto alle proposte di legge sulla riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica e sulla prevenzione e la cura dei disturbi mentali è stata espressa chiaramente con un documento ufficiale approvato all'unanimità dal Consiglio Direttivo nell'ottobre del 2001 e con forza ribadita nella audizione presso la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati il 31 gennaio 2002.

Con rammarico notiamo che la maggior parte delle preoccupazioni e sollecitazioni sollevate in tale sede non è stata recepita nel testo unificato "Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali" che ripropone sostanzialmente quanto espresso nelle proposte precedenti.

Come già scritto nell'ultimo capoverso del documento della Società, riaffermiamo che: "La Società Italiana di Psichiatria è pronta a collaborare con tutto il suo patrimonio scientifico, culturale e di esperienza operativa alla stesura di un nuovo progetto-obiettivo o di un testo legislativo che integri la Legge 180 (833) senza stravolgerne i principi".

Conveniamo che sia necessaria una riflessione per il miglioramento complessivo dell'assistenza psichiatrica.

Individuiamo schematicamente alcuni problemi:

a) aumentare l'accessibilità dei servizi, superando procedure farraginose e burocratiche, per garantire tempestività nelle risposte;

- b) migliorare l'assetto organizzativo di tutte le strutture del DSM ai fini di una maggiore flessibilità nell'attuazione dei percorsi di cura, soprattutto per i pazienti affetti da disturbi mentali gravi;
- c) rinforzare la rete di interventi domiciliari, anche in situazione di urgenza, e sviluppare una forte continuità terapeutico-assistenziale;
- d) incrementare la dotazione di strutture semiresidenziali e residenziali, a differente gradiente di intensità riabilitativa e assistenziale, finalizzate agli interventi sulle disabilità e all'integrazione familiare e sociale;
- e) sviluppare strategie di intervento precoce, al fine di ridurre il tempo che trascorre tra l'esordio della patologia e la presa in carico, migliorando così sensibilmente le prospettive di guarigione;
- f) definire in modo più appropriato le procedure per gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori, specificando le responsabilità e le titolarità dell'intervento, senza abbassare i livelli di garanzia per il paziente ma rinforzandoli in relazione al diritto all'accesso a una cura tempestiva ed efficace;
- g) 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;
- h) coniugare gli aspetti organizzativi con la possibilità che il paziente sia partecipe ad ogni livello del programma di intervento, anche attraverso la scelta



- consapevole del luogo di cura e del curante per migliorare l'adesione al trattamento;
- i) mettere in campo nuovi strumenti per l'integrazione sociale e lavorativa del paziente, nel contesto del tessuto sociale e non in surrogati di esso, superando barriere e stigmatizzazioni che ancora oggi riducono le opportunità per pazienti e familiari;
 - j) migliorare il funzionamento in rete dei servizi, pubblici e privati, puntando all'integrazione e all'incremento della qualità dell'assistenza erogata;
 - k) favorire il coinvolgimento dei pazienti e delle associazioni dei familiari nell'individuazione delle priorità e nella verifica dell'efficienza dei servizi;
 - l) sviluppare adeguate iniziative di formazione e aggiornamento, per migliorare costantemente la competenza e la motivazione degli operatori.

A nostro parere il nuovo testo non aiuta a rispondere a queste esigenze, in quanto apre più problemi e contraddizioni di quanti non ne risolva.

Tralasciamo un aspetto che dovrà essere affrontato dai giuristi: il testo unificato appare, in molte sue parti, invasivo delle competenze regionali da parte dello Stato.

La Società Italiana di Psichiatria intende affrontare gli aspetti più rilevanti dal punto di vista tecnico ed etico. La psichiatria ha, in oltre venti anni, faticosamente svolto un percorso, che la porta oggi ad essere universalmente riconosciuta come una branca della medicina. Lo scorporo della legge psichiatrica dalla Legge 833, che il testo unificato implicitamente propone, segna una brusca inversione di tendenza, in quanto riporta la normativa riguardante l'assistenza psichiatrica a una condizione analoga a quella precedente il 1978, al di fuori della cornice legislativa riguardante complessivamente la salute della persona.

È antistorico riproporre una categoria astratta "malattie mentali", scientificamente superata e tecnicamente infondata, come se, in analogia, tutta la restante parte della medicina scientifica si riorganizzasse intorno a una categoria astratta di "malattie somatiche" e non su aree tecnico-specialistiche fortemente differenziate per metodologia diagnostica e per strumenti clinico-terapeutici.

La psichiatria si occupa di persone, di patologie e di esigenze molto diverse: disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi di personalità, disturbi dell'adattamento, disturbi psicogeriatrici, disturbi schizofrenici, disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza, dipenden-

ze patologiche, disturbi del comportamento alimentare, disturbi psichiatrici secondari a malattie somatiche di vario tipo e grado.

Che cosa accomuna tutte queste malattie ma soprattutto le persone che ne sono affette?

È davvero necessaria per una buona cura una "legge speciale" per i disturbi mentali, come se fosse riconducibili a una matrice comune e a una unitarietà di base?

La definizione dei processi di cura e della loro appropriatezza è compito della comunità scientifica e non certo oggetto di direttive statali (a qualsiasi livello), che sono invece necessarie per la tutela dei diritti, per gli assetti organizzativi e per l'allocazione delle risorse.

Concentrarsi prevalentemente sulla potenziale pericolosità che riguarda poche e specifiche condizioni patologiche e situazioni – per le quali si richiedono interventi di particolare complessità tecnica e di tutela per il paziente e il contesto – significa trasformare le persone affette da disturbi mentali in persone delle quali diffidare, da temere e da controllare.

Così facendo si finisce per stigmatizzare, discriminare e isolare, danneggiando e indebolendo pazienti e familiari, allontanandoli dalla cura e impoverendo opportunità e qualità della vita.

Crediamo che spingere la psichiatria, e con essa pazienti e operatori, ai margini della medicina scientifica e della sua organizzazione – come è stato per tanti anni proprio fino alla riforma sanitaria – determini la perdita dell'integrazione culturale, scientifica, tecnica e pratica della psichiatria con le altre discipline mediche.

Tale integrazione ha consentito un fondamentale miglioramento della cura degli aspetti mentali in tutte le condizioni somatiche e delle patologie somatiche nelle persone affette da disturbi mentali.

Gli psichiatri e gli operatori della salute mentale non intendono essere ricacciati esclusivamente nel ruolo di controllori della "follia" e dei "folli", che ne delegittima funzione, professionalità, identità e motivazioni.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Carmine Munizza
Ospedale S. Giovanni Bosco
Via Donatore del Sangue, 3
10155 Torino
Tel.: 011-201044
Fax: 011-2426846
E-mail: cmunizza@tin.it



SOCIETÀ PSICOANALITICA ITALIANA

Documento della Società Psicoanalitica Italiana sulle proposte di legge sulla riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica

1. La Legge 180 è ormai patrimonio comune di un vasto arco di professionalità che ne hanno recepito alcuni valori di fondo e si sono riconosciute nelle potenzialità evolutive che essa ha immesso nell'assetto culturale e istituzionale della psichiatria italiana. Essa, non solo ha contribuito al convergere di culture e conoscenze diverse nel trattamento della malattia mentale e ne ha favorito l'integrazione, ma ha dato luogo soprattutto a una radicale trasformazione dei criteri di responsabilità etica e professionale nei confronti della cura della malattia mentale. In questo senso, ha riportato compiutamente la psichiatria nell'ambito della medicina. A questa trasformazione gli psicoanalisti hanno offerto un loro contributo specifico e le esperienze di collaborazione nei Servizi tra psichiatria e psicoanalisi sono state spesso reciprocamente feconde.

2. È innegabile d'altronde che sul piano operativo l'applicazione di questa legge ha lasciato spesso irrisolti rilevanti problemi che determinano gravi difficoltà nel lavoro istituzionale e gravi sofferenze nei pazienti e nelle loro famiglie. Molti di questi problemi ruotano, specie nelle aree metropolitane, intorno a quello del ricovero ospedaliero. Se è vero infatti che la legge nella sua formulazione attuale offre importanti garanzie contro un abuso del ricovero come misura coattiva e tutela le libertà fondamentali dell'individuo anche in situazioni di patologia estrema, è anche vero che la spesso eccessiva brevità della degenza ospedaliera, e talvolta le condizioni stesse in cui essa si svolge, non offrono altrettante garanzie di appropriatezza delle cure. Tutela di tali libertà fondamentali e appropriatezza delle cure sono invece aspetti inscindibili, pena il costituirsi di esiti molto problematici.

3. In questo quadro, è necessario e realistico affrontare le carenze delle strutture e di alcuni meccanismi istituzionali, ma va nello stesso tempo sottolineato il rischio che nell'introdurre correttivi alla legge vada

perduta la necessaria attenzione agli aspetti più propriamente clinici dell'assistenza psichiatrica e si introducano al contrario norme e vincoli all'attività terapeutica che ne compromettano i presupposti.

4. Tra questi presupposti se ne possono mettere in evidenza alcuni che si riferiscono ad aspetti specifici del contributo teorico e professionale della psicoanalisi:

- a) *la necessità di salvaguardare il carattere di personalizzazione, unicità e continuità della relazione terapeutica*; va cioè tenuto conto del fatto che il percorso terapeutico si organizza intorno ai bisogni di un individuo (il paziente) così come risultano dal rapporto personale e unico con un altro individuo (il curante) e che qualsiasi organizzazione dell'assistenza psichiatrica deve garantire le condizioni normative, di spazio e di tempo che permettano l'instaurarsi di tale relazione e il suo sviluppo; questa impostazione trova il suo corrispettivo nella centralità del DSM, e più specificatamente della sua componente ambulatoriale (il Centro di Salute Mentale territoriale), nell'organizzazione dell'intervento terapeutico; un'attenzione prioritaria posta ai momenti – pure essenziali – del ricovero, della residenzialità e delle attività riabilitative può distorcere e danneggiare l'intero processo terapeutico; rientrano in questo ambito la salvaguardia e la valorizzazione delle attività psicoterapeutiche che costituiscono una componente imprescindibile dell'operare psichiatrico;
- b) *la necessità di porre la massima attenzione a un corretto coinvolgimento nell'intervento terapeutico – ove se ne ravveda l'opportunità – del nucleo familiare del paziente* secondo modalità che tengano conto degli obblighi di riservatezza nei confronti del paziente da una parte e delle necessità di assistenza e di tutela dei familiari stessi dall'altra;
- c) *la necessità di tener conto che nell'incontro con il disturbo psichico si generano nei curanti, come singoli e*



come gruppo, problematiche emotive complesse che hanno forti conseguenze sull'operatività clinica e che pertanto devono essere specificatamente affrontate sia con un continuo lavoro formativo che ne sviluppi la comprensione sia con un'attenzione costante ai meccanismi istituzionali e alle loro dinamiche; una parte del malfunzionamento e della "stanchezza" dei Servizi psichiatrici, e dunque del disagio dell'utenza e del suo costo economico, deriva dalla scarsa attenzione spesso portata a questo aspetto e dalla conseguente mancata attuazione di condizioni che consentano questo tipo di lavoro;

- d) *la necessità di tener conto anche delle patologie e delle problematiche "meno gravi"*; l'attenzione privilegiata, e socialmente giustificata, portata dai Servizi psichiatrici alle patologie gravi non deve distogliere l'attenzione dei Servizi stessi da quelle patologie che, apparentemente meno socialmente costo-

se, costituiscono in vario senso l'anticamera di disturbi più gravi e da quelle situazioni in cui un adeguato intervento terapeutico migliorerebbe le prospettive di vita di molte persone evitando l'insorgere di condizioni di invalidante cronicità.

5. Su questi (e altri) aspetti la SPI è disponibile a dare il proprio apporto attraverso quanto deriva dalla propria tradizione scientifica e professionale e dall'esperienza degli psicoanalisti attivi a vario titolo nei Servizi psichiatrici territoriali sin dalla loro costituzione.

*Il Comitato Esecutivo della
Società Psicoanalitica Italiana*

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giuseppe Berti Ceroni
Via S. Stefano, 130
40123 Bologna
E-mail: lad8197@iperbole.bologna.it



SOCIETÀ ITALIANA DI EPIDEMIOLOGIA PSICHIATRICA

OSSERVAZIONI SULLE PROPOSTE DI LEGGE DI RIFORMA DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA IN ITALIA

Documento del Consiglio Direttivo approvato dall'assemblea dei soci

A. Situazione attuale dell'assistenza psichiatrica in Italia

Il processo di adeguamento dell'assistenza psichiatrica alle conoscenze scientifiche, alle reali necessità dei malati e agli orientamenti di sanità pubblica progressivamente realizzatosi in Italia nel corso degli ultimi 30 anni, è stato avviato dalle Leggi 431/68, 180/78 e 833/78 (artt. 33, 34, 35) sulla base dell'impegno congiunto di psichiatri, operatori della psichiatria, loro organizzazioni professionali e scientifiche, amministratori regionali e locali, associazioni di familiari e di volontariato, con il fattivo contributo di molti professionisti di altre aree della medicina generale e specialistica. Lo sviluppo di questo processo propone oggi due ordini di evidenze

1) L'avvenuto raggiungimento sul piano culturale, tecnico, operativo e sociale di alcuni obiettivi che non possono essere ignorati

- a) il superamento degli ospedali psichiatrici, luoghi di isolamento affettivo e relazionale per i sofferenti di disturbi mentali e, in quanto tali, causa riconosciuta di disabilità croniche e di isolamento sociale;
- b) l'integrazione della psichiatria nell'ambito della medicina e, quindi, del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò ha prodotto un complessivo e rilevante miglioramento degli interventi rivolti alla salute mentale della popolazione, ma anche alla salute fisica delle persone affette da disturbi mentali, attraverso la collaborazione dei medici di medicina generale e degli specialisti delle aziende ospedaliere, dei servizi per anziani, per le tossicodipendenze, per l'handicap e di tutti quei servizi a

valenza sanitaria e sociosanitaria che compongono la rete assistenziale delle aziende sanitarie locali;

- c) un orientamento comunitario dell'assistenza alle persone con disturbi mentali e lo sviluppo in Italia, così come nella maggioranza dei Paesi europei e in molti altri Paesi extraeuropei, di una cultura improntata alla *Community Psychiatry*, disciplina che si occupa dell'organizzazione delle risorse assegnate a fini sanitari e assistenziali in popolazioni definite, in base a criteri di efficacia, di evidenze scientifiche e di valutazione degli interventi;
- d) una focalizzazione della missione della psichiatria, degli psichiatri e di tutti gli operatori impegnati nei servizi di salute mentale su precisi compiti di natura medica e assistenziale, attraverso percorsi di "presa in carico" delle persone affette da disturbi mentali, mirati ai loro bisogni di salute, alle necessità di trattamento a breve e a lungo termine e ai problemi delle loro famiglie;
- e) in questo contesto il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è solo uno dei numerosi strumenti di intervento, da attuarsi a fini terapeutici e in situazioni cliniche ben definite: l'esperienza di questi ultimi 20 anni ha dimostrato che situazioni di emergenza tali da richiedere un TSO sono eventi relativamente poco frequenti laddove i Servizi territoriali sono presenti e funzionano;
- f) una profonda modificazione, rispetto al passato, della cultura generale che ora esprime una migliore conoscenza dei disturbi mentali lievi e gravi e un rispetto e una tolleranza maggiori verso le persone ammalate, cui sono pienamente riconosciuti gli



indiscussi diritti di cittadinanza, ivi inclusi quelli elementari di essere curate e assistite;

- g) lo sviluppo, la diffusione e l'elaborazione critica di un vasto settore di conoscenze che si estende dalle scienze umane sino alle neuroscienze. Ciò permette al nostro Paese di competere nello scenario scientifico internazionale con altri Paesi ben più ricchi e lungimiranti nel campo della ricerca. Ci si riferisce, solo per fare alcuni esempi, alle ricerche in campo epidemiologico, alle iniziative concrete e spesso innovative nella vasta area della riabilitazione psicosociale, ai numerosi corsi universitari di diverso indirizzo e livello attivati nel corso degli anni, premessa essenziale per un'ulteriore crescita del livello culturale degli operatori.

2) Le differenze sui risultati ottenuti nelle varie Regioni italiane

Alcune Regioni hanno rispettato e realizzato gli adempimenti previsti e dispongono oggi di sistemi assistenziali che – pur con modelli anche diversi – possono essere fra di loro paragonati rispetto alla qualità dell'assistenza erogata. Il confronto con altri Paesi europei ed extraeuropei mostra come quanto realizzato in queste Regioni sia sovrapponibile o, in alcuni casi, qualitativamente superiore.

In altre Regioni invece esiste solo parzialmente o non esiste affatto un convincente sistema di cure per le persone con disturbi mentali, oppure sono presenti solo sporadiche esperienze di elevato livello qualitativo.

Questa situazione di significativa discrepanza tra diverse aree geografiche del nostro Paese è inaccettabile non solo sotto il profilo tecnico ma anche sotto quello civile e rende indispensabile e urgente l'introduzione di vincoli e, se del caso, di sanzioni che impongano la realizzazione su tutto il territorio nazionale della rete dei servizi già previsti dai Progetti Obiettivi. A tal fine è possibile utilizzare i modelli operativi applicati nelle Regioni adempienti.

B. Commenti critici sulle proposte di legge

Sono all'esame del Parlamento alcune proposte di legge attualmente riunite in un testo unico che mirano a modificare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, prefigurando percorsi e procedure antistorici, non fondati sulla conoscenza delle acquisizioni scientifiche più attuali, privi di una visione strategica riguardo lo sviluppo futuro della psichiatria, inadeguati a dare una reale risposta alle richieste che

provengono dai malati e dai loro familiari. Si tratta pertanto di proposte inaccettabili sotto il profilo etico e scientifico.

Non è questa la sede per vagliare nel dettaglio l'articolato di legge, tuttavia desideriamo affermare con chiarezza e con forza che alcune indicazioni che emergono dalle attuali proposte di legge non sono accettabili in quanto prive di un'adeguata consistenza scientifica ed etica, e in particolare le seguenti:

- 1) la psichiatria riceve una connotazione in cui prevalgono concetti non sanitari di controllo e custodia, al punto da configurarla come una "anomalia" sanitaria a cui conseguirebbe: a) una definizione del ruolo dello psichiatra e dei trattamenti psichiatrici estesa a compiti di natura non sanitaria; b) una marginalizzazione della psichiatria dal Servizio Sanitario Nazionale; c) seri ostacoli alla partecipazione della psichiatria all'attuale processo di regionalizzazione della Sanità;
- 2) una concezione del TSO che, da strumento per situazioni di emergenza clinico-psichiatrica, sconfini in un provvedimento relativo alla gestione dell'ordine pubblico e si estende anche a patologie di pertinenza non psichiatrica;
- 3) la missione e le dimensioni delle strutture residenziali, che nel testo dei progetti di legge assumono una configurazione che non tiene in alcun conto le conoscenze e le raccomandazioni della comunità scientifica nazionale e internazionale;
- 4) la totale disattenzione a una gestione unitaria e coerente delle problematiche esistenziali, cliniche e sociali della persona affetta da disturbi mentali e dei suoi familiari, cosa che è invece ritenuta dalla comunità scientifica cardine essenziale dell'assistenza psichiatrica. Tale compito può essere realizzato appieno solo da una struttura coordinata, pluriprofessionale e con competenze diversificate, quale configurata dal modello del Dipartimento di Salute Mentale.

C. Miglioramenti necessari nell'assistenza psichiatrica in Italia

I cambiamenti che sono certamente da introdurre per migliorare l'attuale stato delle cose devono:

- 1) essere preceduti da un attento esame delle valutazioni epidemiologiche già disponibili e dall'eventuale raccolta di analoghi dati nelle realtà ove queste rilevazioni non siano ancora state condotte;



- 2) non essere pensati facendo riferimento a una situazione nazionale considerata come omogenea. È fuorviante, sia sotto il profilo tecnico che sotto quello normativo, non tenere conto dello stato delle realizzazioni: ciò comporterebbe sia una inefficiente sottovalutazione del contributo conoscitivo e di esperienza che deriva dalle realtà italiane che hanno messo in atto modelli efficaci di assistenza psichiatrica sia ulteriori gravi ritardi proprio là dove è più che mai urgente colmare lo iato tra esistente e necessario.

Quindi i cambiamenti da introdurre devono essere prioritariamente rivolti a sanare la situazione di enorme disparità esistente fra le diverse Regioni. Ciò va affrontato con azioni adeguate, quali:

- 1) l'individuazione delle risorse necessarie laddove oggi sono insufficienti secondo standard che possono essere derivati dalle Regioni che hanno livelli assistenziali qualitativamente più elevati;
- 2) l'imposizione di precisi vincoli per le Regioni inadempienti;
- 3) la definizione della missione delle strutture residenziali, così come il loro accreditamento (sia per le pubbliche che per le private) e il loro organico collegamento con i dipartimenti, onde evitare spreco di risorse, meccanismi antiterapeutici di delega, aggravio di sofferenza per familiari e malati;
- 4) la definizione dei compiti da attribuire ai privati nell'assistenza psichiatrica, riconoscendo al "privato" – ricondotto a criteri di operatività comuni così come previsto dalla normativa sull'accreditamento – funzioni e responsabilità simili a quelle dell'area pubblica, mantenendo forme di controllo e coordinamento da parte del "pubblico", in particolare da parte del Dipartimento di Salute Mentale;
- 5) un'opera attiva e concreta per ridurre il contenzioso tra le diverse componenti il mondo della salute

mentale (politici, operatori della psichiatria, amministratori, associazionismo, poteri sanitari e giurisdizionali), contenzioso che non sempre riflette il bisogno di chi soffre di disturbi mentali;

- 6) l'attivazione, analogamente a quanto attuato dal 1949 negli Stati Uniti e recentemente in Gran Bretagna con il *National Mental Institute of Health*, oltreché in vari altri Paesi del mondo, di una struttura che coordini la raccolta di dati, promuova ricerche specifiche in ambiti ritenuti di interesse prioritario, produca linee guida, costituendo un punto di riferimento scientificamente orientato per le politiche sanitarie nazionali e regionali.

Riteniamo che questi obiettivi siano realizzabili con l'ausilio dei tecnici, senza mettere in discussione le prerogative del Legislatore, ma anche senza disattendere le conoscenze scientifiche condivise e basate sulle evidenze e i principi giuridici consolidati, che appartengono a una moderna concezione dell'assistenza psichiatrica i cui modelli sono affermati in molte Regioni italiane e in Paesi europei ed extraeuropei.

Quanto richiamato nel presente documento si basa su di un insieme di evidenze scientifiche che la *Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica* – Società che ha come principio statutario fondamentale l'attenzione al rigore metodologico, alla promozione e alla diffusione delle conoscenze nell'ambito dell'epidemiologia psichiatrica – può contribuire a produrre nelle sedi opportune.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Angelo Cocchi
U.O.P. Az. Osp. Niguarda Cà Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
E-mail: uop47@ospedaleniguarda.it



PSICHIATRIA DEMOCRATICA

CURIAMOLI, NON RINCHIUDIAMOLI

La proposta di legge Burani-Procaccini privilegia la difesa sociale e il controllo, rilanciando il concetto di pericolosità. Infatti:

- prevede “l’inserimento coatto in struttura protetta” quando i comportamenti della persona “affetta da disturbi mentali costituiscono rischio per sé o per gli altri”;
- stabilisce la separazione fra divisioni ospedaliere psichiatriche e servizi territoriali, azzerando il concetto della centralità territoriale e dell’integrazione degli interventi in salute mentale sancito dalla Legge 180;
- esaspera l’aspetto medico-ospedaliero quando prevede che “la divisione ... si articola in area di degenza per l’acuzie, area di degenza post-acuzie e riabilitazione precoce, area degenze specializzate per patologie specifiche, area degenza diurna per sub-acuzie” (art. 6);
- restringe fortemente la libertà personale, violando un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione Italiana, quando prevede che il Trattamento Sanitario Obbligatorio Urgente (TSOU) può essere effettuato anche per affezioni non psichiatriche, per “patologie fisiche o per soggetti anziani ultrasessantenni”. Il TSOU, per il quale scompaiono le garanzie a favore del paziente, può essere esteso a persone con problemi di alcool o tossicodipendenza (art. 7);
- espropria il Giudice Tutelare dei compiti di difesa e garanzia della libertà individuale, relegandolo al ruolo di una “Commissione con funzioni ispettive e di controllo” (art. 7);
- stabilisce, per ogni Regione, la costituzione di almeno 3 strutture residenziali ad alta protezione, ciascuna di 20 letti, “per accogliere le persone affette da gravi psicopatologie e che rifiutino l’inserimento in altre strutture in comunità”, dove sono ricoverati anche “i malati destinati all’ospeda-

le psichiatrico giudiziario”. “Dovranno essere dotate di aree residenziali protette per assicurare il rispetto dello svolgimento di eventuali misure di sicurezza emesse dalla Autorità Giudiziaria”;

- ripropone l’ergoterapia e la rieducazione forzata, squalificando l’impresa sociale, quando considera la remunerazione del lavoro come un optional (“eventuali compensi devono essere assegnati al paziente che ha svolto il lavoro”, art. 8);
- riserva alla gestione pubblica i soli interventi di urgenza ed emergenza nonché quello di ispezione sulle strutture private, possibili anche una sola volta ogni due anni (art. 9);
- riapre concretamente i manicomi quando prevede che “le aree e gli edifici degli ex Ospedali psichiatrici siano utilizzati per la realizzazione di strutture in favore di persone affette da disturbi mentali”(art. 12).

Questi sono i motivi principali per cui Psichiatria Democratica ritiene fermamente che questo testo sia *inemendabile* e, sulla base di una trentennale esperienza pratica di lavoro nei servizi, *inapplicabile* perché incapace di affrontare i problemi degli utenti e delle loro famiglie.

L’Italia è oggi un Paese senza manicomi.

Questa grande scelta di civiltà e di progresso è stata possibile anche perché è ormai sedimentata nella nostra cultura la consapevolezza che non ci si prende cura delle persone con disturbi psichici rinchiodendole e privandole della loro libertà, ma ascoltandole e trovando concrete risposte ai loro bisogni. La proposta di legge Burani-Procaccini, riproponendo il concetto di pericolosità dei malati mentali, ricaccia il vivere civile a cento anni fa: si torna, nei fatti, alla “legge speciale” del 1904, fondamento degli orrori ben noti dei manicomi. È un salto indietro, nel buio, per tante persone affette da disagio mentale il cui



diritto ad essere curate dignitosamente sul territorio viene violato.

Se questa legge dovesse sciaguratamente essere approvata, anche i familiari ne soffrirebbero nel vedere i loro congiunti sottoposti ad obblighi e imposizioni, ridotti a oggetto in mano a una psichiatria che opprime. Le parole “controllo”, “obbligatorio”, “forze dell’ordine”, spesso adoperate, sono più adatte ad una legge di polizia che ai bisogni sociosanitari dei cittadini sofferenti e le stesse strutture residenziali indicate, dove si prevede non la vita ma controllo e segregazione, assomigliano più a caserme, più a carceri, con regole rigide che non a luoghi che accolgono e curano. Questa proposta, postulando un controllo ossessivo sul comportamento del paziente, induce e stimola regressione, sofferenza addizionale, opposizione, determinando la circolare risposta più repressiva del sistema, come ormai ben noto: il paziente “diviene pericoloso” mano a mano che trova insopportabile la detenzione.

Meraviglia che la Burani-Procaccini sia presentata come un’innovazione quando ripete tutte le procedure del paradigma manicomiale. Infatti la suddivisione in “aree di degenza” esige che il paziente si adatti a strutture separate che ricordano decisamente l’organizzazione di un’istituzione totale, con i suoi reparti diversificati sulla base del comportamento. Psichiatria Democratica rifiuta categoricamente la logica del nuovo internamento che è alla base di ciascun articolo di questa proposta, che farebbe uscire l’assistenza psichiatrica dal circuito dei servizi pubblici a favore dello sviluppo di aggregazioni private, cui affidare la custodia delle persone.

L’impegno di Psichiatria Democratica contro il testo Burani-Procaccini va al di là dello specifico della psichiatria: è una battaglia di civiltà contro un sistema istituzionalizzato che produrrebbe sequestri di persona, sottraendo alla magistratura il ruolo di garante dei

diritti. In questi trent’anni, nonostante enormi ostacoli frapposti dai “padroni” dei manicomi e delle cliniche private sempre pronti a trarre profitto dalla sofferenza delle persone e dai drammi delle famiglie, si sono realizzate in Italia, al Nord, come al Centro, come al Sud, esperienze di grande livello qualitativo, che molti Paesi nel mondo stanno imitando.

Non si vogliono negare alcune mancate risposte ai bisogni di salute mentale della gente, soprattutto nelle grandi aree urbane. Deve essere chiaro, però, che questo dipende principalmente dalla mancanza di attuazione del Progetto Obiettivo Nazionale 1988-2000 “Tutela della Salute Mentale” a causa della scarsità e della sottrazione delle risorse necessarie. Stupirebbe che questa maggioranza parlamentare, dopo avere bocciato un emendamento alla precedente Legge Finanziaria che tendeva a vincolare una quota appena sufficiente del Fondo Sanitario per realizzare o potenziare i Dipartimenti di Salute Mentale, volesse adesso cimentarsi nella discussione di una proposta di legge la quale, oltre che essere un pericolo per gli elementari diritti di cittadinanza, richiederebbe per la sua applicazione un’enorme quantità di risorse economiche aggiuntive.

Psichiatria Democratica esprime il proprio sostegno e l’attiva solidarietà agli utenti, ai loro familiari e a quegli operatori che, attraverso il loro duro lavoro accanto a chi soffre, hanno dimostrato che è possibile fare salute mentale vicino alla gente, senza avere mai più bisogno di vecchi o nuovi manicomi.

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Rocco Canosa
DSM
Via Gramsci, 10
75100 Matera
E-mail: r.canosa@tin.it