

CAMERA (XII Comm) Seduta del 19 sett 2001 Prevenzione e cura delle malattie mentali.

C. 174 Burani Procaccini.

(Esame e rinvio - Abbinamento della proposta di legge C. 152 Cè).

La Commissione inizia l'esame.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che, nella seduta dell'Assemblea di ieri, è stata assegnata alla Commissione, in sede referente, la proposta di legge Cè n. 152, recante materia identica a quella della proposta di legge Burani-Procaccini n. 174, all'ordine del giorno della seduta odierna. Comunica quindi che la proposta di legge n. 152 sarà pertanto abbinata ai sensi dell'articolo 77 del regolamento.

Maria BURANI PROCACCINI (FI), *relatore*, premesso che il testo oggi in discussione ripropone una proposta di legge da lei presentata nella scorsa legislatura e di cui invano aveva chiesto l'inserimento nell'ordine del giorno della Commissione, rileva che la proposta di legge n. 174, nonché la proposta di legge n. 152, di cui è stato disposto l'abbinamento, sono volte a modificare la normativa vigente in materia di assistenza psichiatrica dettata dalla legge n. 180 del 1978. Si tratta di una riforma estremamente attesa, da un lato, e allo stesso tempo estremamente paventata, dall'altro. Nell'invitare tutti i deputati a superare le rigidità dovute ad atteggiamenti ideologici precostituiti, invita la Commissione ad affrontare con serenità il tema della salute mentale che, oltre ad essere un problema di carattere sanitario, rappresenta un gravissimo problema sociale molto avvertito da una grande parte di cittadini, considerato che oggi molto spesso i familiari dei pazienti psichiatrici si trovano ad affrontare da soli il problema della malattia mentale. Osserva che solo recentemente, con il venir meno di alcune contrapposizioni ideologiche e grazie alla disponibilità di dati relativi alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi psichiatrici, si sono potuti osservare gli esiti della riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 con modalità pragmatiche e con quella oggettività scientifica, impedita da rigide teorie sociogenetiche delle malattie mentali. I dati oggi a disposizione hanno evidenziato i limiti del "paradigma psicologista" e quelli, ancor più netti, del "paradigma sociologista". Cosicché la maggioranza degli psichiatri condivide oggi l'affermazione che, senza sottovalutare gli aspetti psicologici e sociali, è necessario recuperare una dimensione biologica e medica della malattia mentale. Non c'è dubbio che il superamento dell'istituzione manicomiale a favore di un modello di intervento prevalentemente *extra moenia* abbia costituito una tappa necessaria di un processo evolutivo e destigmatizzante nell'ambito dell'assistenza psichiatrica. Tuttavia la configurazione

che l'assistenza psichiatrica ha assunto in Italia non è adeguata ai bisogni di una società moderna.

Per restituire autenticamente la dignità ai malati mentali è necessario riconoscerli come tali, cioè malati, e, conseguentemente, provvedere a curarli. Il rispetto per la sofferenza psichica consiste nel riconoscimento della dignità della malattia mentale, una malattia uguale a qualsiasi altra e che, però, necessita di solidarietà ed attenzione per le sue tragiche peculiarità. È necessario dunque che si spenga del tutto l'eco delle vuote dispute ideologiche sulla malattia mentale e sull'uso politico che di essa si è fatto. In questa cornice, è ancora attuale elaborare strumenti di programmazione a maglie larghe, nei quali si diano ampi spazi all'elaborazione ed all'interpretazione tecnica in fase locale. Lo squilibrio tra l'inerzia legislativa ed organizzativa di alcune regioni e l'attività di altre ha determinato un'attuale configurazione dell'assistenza psichiatrica in Italia che molti osservatori hanno definito a macchia di leopardo. È dunque preferibile indicare strade politicamente e tecnicamente più cogenti e conseguenti modelli organizzativi più funzionali. D'altro canto, abbiamo assistito alla sottovalutazione ideologica del problema degli esiti dei trattamenti e delle cure. L'abolizione del manicomio, avvenuta sotto una formidabile spinta ideale, ha determinato però ciò che è stato definito come una forma di iconoclastia dottrinale di tutto ciò che anche lontanamente potesse assomigliare al manicomio o semplicemente ricordarlo. Così, per esempio, si è abolita la parola cronicità (che fu attribuita ideologicamente al manicomio e solo oggi i dati scientifici la correlano alla malattia): non era consentito riflettere sul fatto che la cronicità fosse imputabile all'evoluzione nosodromica, propria della malattia. Così, ancora, gli esiti negativi delle cure sono stati ideologicamente attribuiti alle "cattive famiglie" o alla "cattiva società". Solo recentemente la dimensione biologica e medica delle malattie mentali è stata rivalutata e con essa anche il corretto uso degli psicofarmaci, perniciosamente demonizzati nel passato.

Gli esiti costituiscono da sempre l'unico riferimento possibile per giudicare la qualità di un trattamento medico. In realtà ciò che è avvenuto ha determinato la crisi del ruolo e dell'identità dello psichiatra (in bilico

fra una professionalità di tipo sociologico ed una professionalità di tipo medico posta sotto accusa), con il prevalere di frange culturali cristallizzate ed autoreferenziali, poco permeabili alle innovazioni scientifiche e poco inclini al confronto sul piano della verifica e della riproducibilità dei risultati. Il tentativo di "esorcizzare" la malattia mentale indebolendo l'area medica ha giocato negli anni settanta un ruolo nella delegittimazione del manicomio e nel pur condivisibile sviluppo di una psichiatria di comunità. Ma il progresso culturale e scientifico ha messo in crisi visioni anacronistiche e ascientifiche, che spingerebbero la psichiatria nella zona grigia delle *helping professions*. Pianificazione, controllo di gestione e valutazioni dei risultati rappresentano i principi irrinunciabili su cui si fonda la sanità moderna. Il "farsi navigatori per mari sconosciuti", come sostenevano i fautori di una psichiatria basata su un approccio spontaneistico ai disturbi mentali, frustrato dalla realtà della cronicità e della sua difficile gestione, deve oggi lasciare il posto ad un approccio che ricorra a linee guida precodificate secondo il modello medico-scientifico.

Il punto di partenza, come è universalmente noto, fu la prima legge organica in materia approvata nel 1904, che istituiva il manicomio quale struttura cardine dell'assistenza ai malati mentali. Le esigenze di controllo e di custodia lasciano il malato in balia di una intrusività istituzionale spersonalizzante e scarsamente terapeutica.

La seconda fase si apre con la promulgazione della legge Mariotti nel 1968, che introduceva il ricovero volontario in ospedale psichiatrico e istituiva i centri di igiene mentale (CIM).

La terza fase si apre con la legge n. 180 del luglio 1978. La legge viene approvata in fretta sotto la spinta minacciosa di un referendum abrogativo, nella convinzione che il referendum sarebbe stato sconfitto e che il "manicomio" avrebbe riportato una maggioranza schiacciante. La legge ha il merito di aver determinato il passaggio dal prevalente interesse custodialistico ad un approccio terapeutico.

Le lacune normative e attuative, nonché l'impatto dei progressi clinici e terapeutici ed il modificarsi del panorama culturale e scientifico, consentono oggi l'inizio di una quarta fase.

Le gravi lacune nell'attuale configurazione dell'assistenza psichiatrica in Italia concernono in modo particolare la mancanza di "gradi di obbligatorietà" delle cure e di "strutture residenziali terapeutiche" che affrontino il grave problema dei pazienti che necessitano di cure prolungate anche in assenza di consapevolezza di malattia. Inoltre il sistema normativo attuale non riesce a conciliare le esigenze di tutela del malato mentale con le esigenze dei suoi familiari. Gli ospedali psichiatrici giudiziari svolgono, come anche le carceri, la funzione di contenitori di patologia psichiatrica, peraltro in assenza di una vera articolazione con le strutture territoriali. Gli attuali servizi di diagnosi e cura (destinati al trattamento dei pazienti acuti) sono inadeguati alle necessità e ripropongono gli aspetti peggiori dei vecchi ospedali psichiatrici.

Non c'è dubbio che l'anello debole dell'organizzazione attuale è costituito dalla mancanza di strutture intermedie per i pazienti cronici.

Il dibattito sulle strutture residenziali, sulla loro natura ed organizzazione, sulla loro tipologia e sul loro utilizzo è stato reso difficile da precomprensioni e pregiudizi di natura ideologica. Oggi tuttavia il ricordo del manicomio è lontano, le polemiche ideologiche attengono a sparuti gruppi autoreferenziali e sono infine disponibili ampi riferimenti a linee guida precodificate secondo il modello medico-scientifico. La proposta di legge n. 174, con l'istituzione di strutture residenziali comunitarie e l'introduzione di gradi di obbligatorietà più flessibili, sino ad un periodo di due mesi, risponde alle esigenze attuali. Nella proposta di legge in questione vengono fissati adeguati interventi a favore delle famiglie dei pazienti, che non possono essere obbligate alla convivenza in situazioni spesso drammatiche come accade oggi.

Altro punto problematico nell'assistenza attuale è dato dalla gestione dell'emergenza-urgenza, che nella proposta di legge n. 174 è garantita da un'obbligatoria azione dei centri di salute mentale (CSM).

La proposta di legge n. 174 consente il superamento di due contrapposizioni incistate nell'attuale sistema.

La prima contrapposizione è tra pubblico e privato. Il sistema attuale, pur criminalizzando in modo ideologico il privato, non ha potuto, per evidente necessità, eliminarlo. Nella proposta di legge n. 174 l'integrazione fra gli ambiti pubblici e privati è compresa e prevista.

L'altra contrapposizione è tra servizi e università. Anche in questo caso è prevista un'efficace integrazione.

La proposta di legge n. 174 esplicita un bisogno negato ai cittadini: quello della libera scelta della struttura erogante le cure. Un incredibile e rigido sistema, attualmente in atto in molte parti, impedisce al cittadino affetto da patologie psichiatriche di scegliere il servizio in funzione della qualità dello stesso. Questa palese violazione dei diritti, che ha ricostruito manicomi senza mura, viene finalmente superata.

Nel complesso, con la proposta di legge n. 174, si apre la quarta fase dell'evoluzione dell'assistenza psichiatrica, nella quale, senza rinnegare i contributi del passato, vengono recepite le più importanti esigenze dei pazienti e dei loro familiari.

In ordine alla proposta di legge n. 152 dell'onorevole Cè, di cui è stato disposto l'abbinamento, ritiene che i suoi contenuti consentano di integrarla utilmente con la proposta di legge n. 174 di cui lei stessa è firmataria.

Illustra quindi i punti più qualificanti della proposta di legge n. 152, che pone

l'accento, in primo luogo, sull'elemento della cronicità psichiatrica (di cui la legge n. 180 aveva implicitamente negato l'esistenza) e di conseguenza sulla necessità di prevedere strutture anche per trattamenti di lunga durata. Ritiene poi che possa essere oggetto di riflessione comune la previsione di istituire una serie di presidi differenziati per rispondere più adeguatamente alle esigenze poste dalle varie patologie.

Dichiara inoltre di considerare molto interessante la previsione contenuta nell'articolo 5 della proposta di legge n. 152, che disciplina la dimissione in affidamento, delineando la figura dell'affidatario, incaricato di seguire il paziente psichiatrico nel processo di cura al di fuori delle strutture ospedaliere; si realizza così una valida alternativa alla necessità di ricoveri ospedalieri in trattamento sanitario obbligatorio eccessivamente prolungati, grazie alla possibilità di trattamenti sanitari obbligatori extra-ospedalieri.

Nel concludere, invita nuovamente tutti i membri della Commissione ad affrontare il problema della salute mentale senza preconcetti ideologici; ritiene infatti necessario procedere serenamente alla discussione in vista di un obiettivo fondamentale, quello cioè di varare un testo in grado di andare incontro alle esigenze dei malati di mente e delle loro famiglie, troppo spesso costrette ad affrontare da sole il problema della malattia mentale.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, concorda con il relatore sull'importanza del provvedimento in esame e sull'ormai imprescindibile necessità di rivedere la legge n. 180 del 1978, che ha bisogno a suo avviso di alcuni aggiustamenti, soprattutto con riferimento al trattamento sanitario obbligatorio.

Maura COSSUTTA (Misto-Com.it), intervenendo sull'ordine dei lavori, ritiene inopportune le considerazioni di merito del presidente, che deve garantire invece l'intera Commissione. Chiede quindi se la Commissione procederà nella fase istruttoria ad approfondire i contenuti del provvedimento attraverso un ciclo di audizioni.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, premesso che non ritiene assolutamente di essere venuto meno al suo ruolo *super partes*, con riferimento alla richiesta del deputato Cossutta, fa presente che al riguardo deciderà l'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi, ma ritiene comunque che le audizioni siano in questo caso dovute.

Carmelo PORCU (AN), intervenendo sull'ordine dei lavori, esprime preoccupazione per i toni accesi che hanno contraddistinto, nella seduta odierna, l'avvio del dibattito sui provvedimenti concernenti la salute mentale. Sottolineata la necessità di rivedere la legge n. 180 del 1978, evidenzia l'esigenza di affrontare la discussione con maggiore serenità.

Giulio CONTI (AN), intervenendo sull'ordine dei lavori, concorda con le considerazioni del deputato Porcu. A nome del gruppo di Alleanza nazionale si dichiara favorevole a procedere nella fase istruttoria ad una serie di audizioni che consentano di approfondire la materia. Ritiene comunque necessario superare i preconcetti ideologici, tenendo presente che si tratta di discutere, a distanza di tanti anni dalla sua entrata in vigore, di una legge che, pur avendo dato alcuni risultati positivi, presenta sicuramente numerose e gravi lacune. Nel concludere, richiama la proposta di legge presentata in materia nella scorsa legislatura dal deputato Carlesi, appartenente al gruppo di Alleanza nazionale e non rieletto nell'attuale legislatura.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 16.

CAMERA (XII Comm) 20 sett 2001 "Prevenzione e cura delle malattie mentali"

C. 152 Cè, C. 174 Burani Procaccini

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame, rinviato nella seduta del 19 settembre 2001.

Rosy BINDI (MARGH-U), stigmatizzato il fatto che le prime proposte di legge di iniziativa parlamentare esaminate dalla Commissione siano così marcatamente ideologizzate e che relatore su di esse sia la firmataria di una delle proposte, esprime forti rilievi critici sui provvedimenti in esame, che sono a suo avviso irrispettosi del lavoro faticosamente svolto negli anni scorsi in questo campo, i cui risultati positivi hanno ricevuto riconoscimenti e attestati anche in sede internazionale. Dopo aver richiamato l'approfondita indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici svolta dalla Commissione nella XIII legislatura, osserva che il riconoscimento della bontà del percorso avviato negli scorsi anni si è registrato, da ultimo, nella prima Conferenza nazionale per la salute mentale svoltasi nel gennaio del 2001.

Dichiara di considerare pericolosamente anacronistica la relazione svolta ieri dalla relatrice e stigmatizza la rozzezza culturale delle argomentazioni che a suo avviso contraddistinguono tale relazione, che per giunta ricalca pedissequamente un documento presente in un sito Internet a firma di un consulente della 12^a Commissione del Senato.

Atteso che i provvedimenti all'ordine del giorno rischiano a suo avviso di aprire nel paese ferite che a fatica si erano rimarginate e di determinare un forte arretramento nella legislazione, ricorda come nel passato si fosse riusciti ad affrontare il problema della salute mentale superando le rigide impostazioni ideologiche.

Fermo restando che vi sono ancora problemi da risolvere, ritiene però che la causa delle disfunzioni che si registrano nel paese nel campo dell'assistenza ai malati di mente vada ricercata nella mancata applicazione in tutto il territorio nazionale dei progetti obiettivi del 1996 nonché dei progetti obiettivi 1998-2000 che dovevano dare attuazione alla legge quadro, rilevando che, dove gli stessi sono stati applicati, si sono invece registrati risultati positivi. Si sofferma quindi su alcuni punti salienti dei provvedimenti in esame, esprimendo innanzitutto forti perplessità sul fatto che in essi si torni a parlare del malato di mente come pericoloso per sé e per gli altri, essendo questa la concezione alla base della creazione dei manicomi. Dopo aver osservato che nelle proposte non si parla affatto di riabilitazione e che in esse si ipotizza un uso a suo avviso incostituzionale del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), rileva come, con la creazione delle strutture residenziali con assistenza continuata (SRA), si finisca in sostanza per ricostituire i manicomi.

Giudica inoltre fortemente centralistiche le due proposte di legge in esame, a fronte degli sbandierati progetti federalisti dell'attuale maggioranza: si finisce in pratica per sottrarre alle regioni competenze ormai acquisite e per regolare nuovamente con legge materie che erano invece oggetto di progetti obiettivi. Ritiene indispensabile, al riguardo, consultare la Conferenza Stato-regioni e il coordinamento degli assessori, sottolineando comunque che la normativa vigente già prevede, a fronte dell'inerzia

delle regioni nel porre in essere le linee guida del piano sanitario nazionale il ricorso ai poteri sostitutivi dello Stato. Manifesta inoltre perplessità sul fatto che le proposte di legge in esame provvedano anche a fissare un tetto di spesa a fronte della tanto invocata autonomia decisionale delle regioni.

Evidenziato come sottesa ai provvedimenti in esame vi sia una mentalità escludente e segregativa nei confronti del malato, che viene considerato "diverso", ribadisce che il rischio è quello di un grave arretramento in termini di civiltà.

Invita quindi la Commissione, nello spirito di confronto tra diversi approcci culturali che aveva caratterizzato il lavoro svolto nella scorsa legislatura, a ripartire dal cammino intrapreso, in particolare dall'indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici e dalla Conferenza nazionale per la salute mentale,

sottolineando l'opportunità di avviare una serie di audizioni per verificare l'attuazione dei progetti obiettivi (anche provvedendo ad istituire un apposito Osservatorio).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, associandosi a quanto già detto nella seduta di ieri dal collega Porcu, invita la Commissione ad affrontare la discussione sui provvedimenti all'ordine del giorno con maggiore serenità, evitando il ricorso ad espressioni non consone al linguaggio parlamentare quali appunto quella usata dal deputato Bindi che ha parlato di "rozzezza" riferendosi alle argomentazioni culturali della relazione. Auspica quindi che si riesca a proseguire i lavori in uno spirito costruttivo, nell'interesse principalmente dei malati.

Rosy BINDI (MARGH-U) esprime forti rilievi critici sulle considerazioni svolte dal presidente, invitandolo a mantenere un ruolo *super partes*.

Augusto BATTAGLIA (DS-U), intervenendo sull'ordine dei lavori, si dichiara sorpreso di quanto appena affermato dal presidente. Ritiene che non si possano porre limitazioni alla libertà del dibattito, tenuto anche conto della portata dell'argomento all'ordine del giorno che rimette in discussione principi fondamentali che si ritenevano acquisiti. Conclude sottolineando l'opportunità di procedere nel corso della fase istruttoria dei provvedimenti in esame a tutti gli approfondimenti necessari attraverso una serie di audizioni.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ribadendo che ogni decisione in merito sarà assunta dall'ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi, dichiara di ritenere senz'altro opportuno in questo caso lo svolgimento di una serie di audizioni.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (MARGH-U), intervenendo sull'ordine dei lavori, formula rilievi critici nei confronti delle considerazioni svolte dal presidente, da lui giudicate eccessivamente di parte. Stigmatizza inoltre il fatto che per il provvedimento sulla BSE, di cui la Commissione ha poc'anzi concluso l'esame, si sia proceduto alla deliberazione di conferire il mandato al relatore in assenza dello stesso. Invita quindi il presidente a prestare particolare attenzione al rispetto delle norme regolamentari concernenti il numero legale in occasione dello svolgimento di sedute in sede referente.

Con riferimento all'intervento svolto dal deputato Bindi, che ha espresso con argomentazioni molto valide una posizione diametralmente opposta a quella della relatrice, ritiene che esso abbia offerto un contributo notevole al dibattito. Sottolinea comunque l'esigenza di sgombrare il campo da atteggiamenti preconcetti. A suo avviso, nell'espressione usata dal deputato Bindi non vi era alcun intento offensivo.

Evidenzia quindi come nella relazione svolta dal deputato Burani Procaccini non si sia fatto alcun cenno alla prevenzione, cui pure si fa esplicito riferimento nel titolo della proposta di legge n. 174.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, invita il deputato Burtone ad attenersi esclusivamente all'ordine dei lavori, ferma restando la possibilità di iscriversi a parlare nel corso dell'esame preliminare.

Giovanni Mario Salvino BURTONE (MARGH-U), ribadendo che il suo era solo un intervento sull'ordine dei lavori, con riferimento al merito dei provvedimenti in esame dichiara di riconoscersi pienamente nelle considerazioni svolte dal deputato Bindi.

Luana ZANELLA (Misto-Verdi-U), premesso che concorda pienamente con le considerazioni svolte dal deputato Bindi, ritiene non condivisibile la logica di fondo delle due proposte di legge in esame sia per l'impianto culturale che le contraddistingue che per la loro portata ideologica. Anche alla luce dell'esperienza da lei maturata nell'amministrazione locale, ritiene che avviare la discussione sul delicato tema della salute mentale sulla base delle proposte di legge all'ordine del giorno equivalga a tornare indietro lungo un percorso che si credeva ormai acquisito. Richiamata la Conferenza nazionale per la salute mentale svoltasi pochi mesi fa, pur convenendo con i presentatori delle proposte di legge in esame sull'esigenza di colmare le evidenti lacune che si registrano in Italia in materia di assistenza psichiatrica, ritiene comunque che non vada messa in discussione la legge quadro n. 180 del 1978, che a suo avviso ha incontrato finora molte resistenze nell'attuazione. Paventando il rischio che finiscano per essere vanificate esperienze positive che potrebbero essere prese a modello, osserva che occorre semmai potenziare e rafforzare strumenti già previsti dalla normativa vigente.

Esprime perplessità sui contenuti dei provvedimenti in esame, che a suo avviso presentano alcune incongruenze. Giudica innanzitutto eccessivamente limitato il finanziamento previsto a fronte della volontà di ricostituire vere e proprie strutture manicomiali, a meno di non tagliare tutti quei servizi e quegli interventi di diversa natura che pure sono indispensabili per l'assistenza al malato di mente. Con riferimento poi al trattamento sanitario obbligatorio (TSO), al di là degli evidenti tratti di incostituzionalità che esso presenta, ritiene poco chiare le modalità di applicazione previste al riguardo.

Osserva, conclusivamente, che, lungi dal risolvere i problemi, i provvedimenti in esame rischiano di aprirne di nuovi creando anche una spaccatura nella comunità scientifica.

Dorina BIANCHI (CCD-CDU), rilevato come il fallimento dell'attuale normativa sull'assistenza psichiatrica sia ormai evidente, ritiene che le cause di tale fallimento siano dovute all'effetto combinato sia di mancate od errate applicazioni locali della legge, sia di finanziamenti insufficienti e non coordinati, sia di carenze intrinseche della legge stessa.

Osserva quindi come uno dei più gravi errori della legge n. 180 del 1978 sia quello di aver negato implicitamente l'esistenza della cronicità psichiatrica e conseguentemente la necessità di prevedere anche strutture di lunga degenza.

Un'altra grave carenza della legge n. 180 va poi a suo avviso individuata nel modo in cui viene affrontato il delicato problema dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO): ritenendo demagogicamente che anche il malato psichico grave possa comunque esprimere il suo consenso, attualmente è resa impossibile di fatto la cura del malato mentale grave.

Dopo aver convenuto sull'opportunità di procedere nel corso della fase istruttoria a una serie di audizioni al fine di approfondire le problematiche esistenti, ritiene importante, attesa la particolarità della malattia mentale, prevedere gradi diversi di obbligatorietà del ricovero.

Giudica inoltre opportuno il coinvolgimento del medico di famiglia nonché un approccio multidisciplinare alla malattia mentale che veda il ricorso, non solo ai farmaci, ma anche a tecniche psicoterapeutiche e psicosociali.

Giuseppe LUMIA (DS-U), premesso che il lungo e faticoso percorso avviato negli scorsi anni nel nostro paese ha posto l'Italia all'avanguardia in materia di assistenza psichiatrica nel contesto europeo ed

internazionale, ritiene che con l'avvio della discussione dei provvedimenti in esame si sia interrotto il lavoro proficuo svolto nella scorsa legislatura dall'allora maggioranza e dall'allora opposizione. Ricorda al riguardo l'introduzione di un'ampia gamma di strumenti innovativi, di opzioni e di servizi, in grado di responsabilizzare, le famiglie, gli ammalati, i cittadini, le amministrazioni locali e le regioni, nonché lo svolgimento dell'indagine conoscitiva sulla chiusura degli ospedali psichiatrici svolta dalla XII Commissione e l'istituzione di un apposito Comitato permanente. Le proposte in esame, aprendo il campo alle contrapposizioni ideologiche, rischiano a suo avviso di vanificare tutto il lavoro fin qui svolto.

Respinge con forza il rilievo mosso dal relatore, secondo cui la legge n. 180 è frutto di una cultura pesantemente condizionata da preconcetti ideologici. A suo avviso, sono semmai i provvedimenti in esame ad avere un forte connotato ideologico, visto che percepiscono il disagio mentale come pericoloso per sé e per gli altri, laddove le esperienze positive rese possibili grazie alla legge n. 180 hanno dato rilievo alla capacità relazionale del malato di mente.

Esprime forte preoccupazione in ordine al contenuto delle proposte di legge in esame. Sulla base di quanto previsto dai provvedimenti all'ordine del giorno il malato di mente viene separato dal suo ambiente e inserito in un contesto chiuso, viene espropriato di tutti i suoi diritti e finisce per ripiegarsi inevitabilmente su sé stesso. Con la creazione di strutture coercitive quali le strutture residenziali con assistenza continuata (SRA), con le disposizioni sul trattamento sanitario obbligatorio (TSO) - che assume un ruolo predominante nell'impostazione dei provvedimenti in esame - e con la possibilità che le strutture del dipartimento di salute mentale siano raggruppate in un unico luogo, si finisce per riaffermare il concetto dell'istituzionalizzazione, che era stato invece ampiamente superato dalla legge n. 180. Paveggia quindi il rischio della ricostituzione delle vecchie strutture manicomiali con tutto il carico di violenza che le caratterizzava.

Sottolinea altresì il rischio che venga vanificato il proficuo lavoro di integrazione tra pubblico e privato sociale svolto negli anni precedenti, dando eccessivo spazio al privato che agisce a fini di lucro. Evidenzia inoltre la contraddizione di considerare l'ammalato di mente cronico pericoloso per sé e per gli altri e privo della capacità di relazionarsi con l'ambiente circostante per poi riconoscere demagogicamente al malato la libertà di scegliere se curarsi in strutture pubbliche o in strutture private.

Ben consapevole delle ancora gravi carenze riscontrabili sul territorio nel campo dell'assistenza psichiatrica, rileva però che obiettivo della Commissione dovrebbe essere non lo smantellamento della legge n. 180 e di quanto di positivo è stato finora possibile realizzare grazie ad essa, bensì l'individuazione di tutti coloro che in questi anni hanno ostacolato o impedito la completa attuazione della legge n. 180.

Dichiara inoltre di essere rimasto sorpreso nel leggere la relazione svolta ieri dalla relatrice Burani Procaccini, che ricalca pedissequamente le considerazioni di uno "pseudoconsulente" dell'ufficio di presidenza della 12^o Commissione del Senato, ritenendo che il lavoro svolto in passato dalla relatrice avrebbe dovuto in realtà portarla ad altre conclusioni.

Richiamato infine il costruttivo apporto fornito in materia nella scorsa legislatura dal deputato Carlesi, non rieleto nelle ultime elezioni, invita l'opposizione a portare avanti con forza il lavoro avviato in passato.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ***rinvia il seguito del dibattito ad altra seduta***