

LA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA E L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

ASPETTI LEGISLATIVI

- LA LEGGE DEL 1904
(IL MODELLO MANICOMIALE)
- LA LEGGE DEL 1968
(IL MODELLO RIFORMISTA)
- LA LEGGE DEL 1978 E LA LEGGE 180
(IL MODELLO TERRITORIALE)

LA LEGGE DEL 1904 (IL MODELLO MANICOMIALE)

- Tentativo di unificare le varie regolamentazioni esistenti nelle diverse regioni del paese
- Concezione positivista della malattia mentale
- Subordinazione del ricovero in ospedale psichiatrico ad un provvedimento dell'autorità giudiziaria (pubblica sicurezza, pretore, tribunale)
- Orientamento verso la tutela della società nei confronti del deviante (*"persone che siano o possono essere pericolose per sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo"*)
- L'internato veniva immediatamente privato dei diritti civili (*interdizione*) ed il tribunale nominava un tutore.
- Il paziente ricoverato in via definitiva era iscritto nel casellario giudiziario
- La vigilanza dei manicomi era affidata ai Prefetti ed al Ministero dell'Interno

LA LEGGE DEL 1904

IL "MODELLO ASSISTENZIALE"

- La centralità dell'ospedale psichiatrico
- L'obbligo della custodia
- La prevalenza della custodia sulla cura del paziente

ALCUNE CONSEGUENZE

- L'impossibilità delle dimissioni
- L'aumento degli internamenti in manicomio (aumento dei costi ed incremento progressivo dei nosocomi e del numero di posti letto)

LA MINI RIFORMA DEL 1968

ASPETTI INNOVATIVI

- **POSSIBILITA' DEL RICOVERO VOLONTARIO IN OSPEDALE PSICHIATRICO**
(possibilità del ricovero su richiesta del malato e abolizione dell'obbligo della annotazione sul casellario giudiziario)
- **DEFINIZIONE PIU' CHIARAMENTE SANITARIA DELLE STRUTTURE MANICOMIALI**
(definizioni di standard relativi al numero massimo di degenti per struttura e alle caratteristiche dell'organico)
- **POSSIBILITA' DI COSTITUIRE CENTRI DI IGIENE MENTALE** (con il compito prevalente di seguire i pazienti dimessi)

LA MINI RIFORMA DEL 1968

ASPETTI PROBLEMATICI

- **COLLEGAMENTO TRA ASSISTENZA INTRA- ED EXTRA-OSPEDALIERA**
- **SOSTANZIALE ASSENZA DI UN'ASSISTENZA PSICHIATRICA TERRITORIALE ALTERNATIVA A QUELLA MANICOMIALE**

LA RIFORMA DEL 1978 E LA LEGGE 180

ASPETTI INNOVATIVI

- Superamento graduale del manicomio (blocco dei primi ricoveri in ospedale psichiatrico).
- Creazione dei servizi psichiatrici territoriali alternativi al modello assistenziale centrato sul manicomio (responsabilità della cura e dell'assistenza psichiatrica ai residenti in un'area delimitata).
- Costituzione dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) all'interno degli ospedali generali, integrati nel dipartimento di salute mentale (DSM) e dotati di non piu' di 15 posti letto dove effettuare tutti i ricoveri psichiatrici, sia quelli volontari che quelli obbligatori.
- Regolamentazione delle procedure relative ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO), da considerare eventi straordinari da effettuarsi nel rispetto della dignita' della persona e dei diritti civili e politici.

LA RIFORMA DEL 1978 E LA LEGGE 180

I PRINCIPI

- **SUPERAMENTO DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO**
- **SPOSTAMENTO DELL'ASSISTENZA PSICHIATRICA SUL TERRITORIO**
- **INTEGRAZIONE DELLA PSICHIATRIA CON IL SSN**
- **DESTIGMATIZZAZIONE DELLA MALATTIA MENTALE**
- **DIGNITA' AL SOFFERENTE PSICHICO** (consenso)
- **COMPETENZE E RESPONSABILITA' DEGLI OPERATORI**
- **LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE**

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

- Attività di coordinamento e di programmazione delle attività territoriali ed ospedaliere dell'assistenza psichiatrica e delle strutture che insistono nella stessa ASL.

II CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

- Sede organizzativa del servizio e punto di coordinamento dell'attività sul territorio

Svolge:

- attività ambulatoriali e attività domiciliari,
- consulenze,
- filtro per i ricoveri,
- programmazione terapeutica,
- attività di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

- Ubicato presso l'Ospedale Generale
- Provvede alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero
- Trattamento sanitario volontario (TSV) o obbligatorio (TSO)
- 1 letto ogni 10.000 abitanti

LE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (Day-hospital e Centro Diurno)

- Strutture destinate ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione sulla base di programmi di breve, medio e lungo termine

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

LE STRUTTURE RESIDENZIALI

- Strutture relativamente piccole (massimo 20 posti) a diverso grado di protezione
- Accesso sulla base di programmi terapeutico-riabilitativi, tenendo conto:
- della presenza di rilevanti problemi di salute mentale,
- dell'assenza o della dannosità della rete familiare o sociale di supporto
- della presenza di disabilità che non consentano autonomia nell'abitare e nelle attività della vita quotidiana.
- Ospitalità per periodi medio-lunghi

IL CONSENSO IN MEDICINA

- “Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di Legge. La legge non può violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”

(Art. 32 della Costituzione Italiana)

IL CONSENSO IN MEDICINA

- “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell’informarlo dovrà promuovere la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche”

(Art. 30 del Codice di Deontologia Professionale della Federazione degli Ordini dei Medici, 1998)

IL CONSENSO IN MEDICINA

- “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l’acquisizione del consenso informato del paziente”.
- “Il medico deve attenersi, nel rispetto della dignità, della libertà e dell’indipendenza professionale, alla volontà di curarsi, liberamente espressa dalla persona”

(Artt. 32 e 34 del Codice di Deontologia Professionale della Federazione degli Ordini dei Medici, 1998)

IL CONSENSO IN MEDICINA

Condizioni nelle quali si può prescindere dal consenso del paziente:

- “Stato di necessità”(art. 54 C.P.): “non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo di un danno grave alla persona...” (non possibilità, bensì imminenza di danno alla persona; non agire in queste condizioni può configurare il reato di omissione (art. 593 del C.P.).
- Condizioni previste dagli artt. 34 e 35 della Legge 833/78 sui Trattamenti Sanitari Obbligatori.

IL CONSENSO IN MEDICINA

Per essere ritenuto valido il consenso deve essere:

- Personale: cioè espresso direttamente dal paziente (fatta eccezione per i minori e per i soggetti inabilitati o interdetti)
- Libero e spontaneo: cioè riflette la capacità di esprimere la propria volontà coscientemente e liberamente, con una scelta non condizionata o vincolata
- Informato: il paziente deve comprendere la sua malattia, il significato dell’utilità delle cure, ma anche gli effetti indesiderati
- Attuale: il consenso riguarda l’intervento proposto e non ha valore continuativo
- Manifesto: non è implicitamente acquisito con l’assenso di dissenso o con tacita disponibilità.

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il TSO per malattia mentale prevede che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solamente se sono contemporaneamente presenti tre condizioni:

- l'esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici;
- la mancata accettazione da parte dell'infermo degli interventi di cui sopra;
- l'esistenza di condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

CARATTERISTICHE ESSENZIALI DEL TSO

- Evento straordinario
- Finalizzato alla tutela della salute mentale del paziente (non deve essere considerata una misura di difesa sociale)
- Disposto dall'autorità sanitaria
- Attivato solo dopo aver ricercato, con ogni iniziativa possibile, il consenso del paziente ad un intervento volontario
- Proposto e convalidato solo dopo aver effettivamente visitato il paziente (reato di falso ideologico e sequestro di persona)
- Procedura attivabile solo in caso di urgenza, gravità, inevitabilità
- Presenza di garanzie e tutele per l'assistito

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

LA PROCEDURA

- Proposta del medico che certifica l'esistenza delle suddette tre condizioni
- Convalida della proposta da parte di un altro medico, dipendente pubblico
- Emanazione da parte del Sindaco dell'ordinanza esecutiva (entro 48 ore)
- Notifica al Giudice Tutelare (entro 48 ore) che provvede a convalidare o meno il provvedimento, comunicandolo al Sindaco
- Durata del provvedimento: 7 giorni
- Possibilità di proroga (da comunicare al Sindaco ed al Giudice Tutelare)
- Cessazione del TSO da comunicare al Sindaco ed al Giudice Tutelare)

PROPOSTA DI TSO

Sig./ra.....

Nato/a a..... il.....
residente a..... Via.....

Il sig./ra.....
è affetto/a da.....

Verificato che:

1. sono necessari interventi terapeutici ospedalieri urgenti;
2. non sono accettati dal/la paziente;
3. non sussistono, del resto, condizioni e circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Si propone il Trattamento Sanitario Obbligatorio
presso.....

Data.....

Firma e Timbro.....