

L'assistenza psichiatrica in Italia

Aspetti legislativi

- **La legge del 1904**
- **La legge del 1968**
- **La legge del 1978 e la legge 180**

La legge del 1904

Legge 14 febbraio 1904 n. 36: “Disposizioni e regolamento sui manicomi e sugli alienati”

Art. 1: “debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano e non possano essere convenientemente custodite e curate fuorché nei manicomi ...”

La legge del 1904

Regio Decreto n. 615 del 16 agosto 1909: “Regolamento per l'esecuzione delle legge 14 febbraio 1904/n. 36”

Procedura ordinaria: ricovero provvisorio
certificato medico
autorizzazione del pretore
atto di notorietà
periodo di osservazione di 15-30 gg.
il ricovero diventa definitivo solo su richiesta del Pubblico Ministero e dopo relazione del Direttore del Manicomio

Procedura straordinaria:
è necessario un certificato medico, che va comunicato entro tre giorni all'autorità politica o di pubblica sicurezza, per convertire il ricovero in definitivo

La legge del 1904

- Tentativo di unificare le varie regolamentazioni esistenti nelle diverse regioni del paese
- 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 paziente (*“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

- 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

- **Mancanza di collegamento tra assistenza intra- ed extra-ospedaliera**
- **Sostanziale assenza di un'assistenza psichiatrica territoriale alternativa a quella manicomiale**



Legge 180 del 13 maggio 1978
“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” (legge Basaglia)
 poi inclusa nella legge 833 del 23/12/1978
“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”

Aspetti innovativi della legge 180

- Superamento graduale del manicomio (blocco dei nuovi 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 più 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 dignità 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 responsabilità degli operatori
- Tutela della salute mentale

Articolo 64 della legge 833

- Divieto di effettuare nuovi ricoveri in ospedali psichiatrici (OP) a partire dal 31/12/1980
- Divieto di costruire nuovi OP, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, e di istituire in OP divisioni psichiatriche, neurologiche o neuropsichiatriche
- Istituzione nelle Regioni di servizi psichiatrici delle USL (poi ASL) dall'1/1/1979
- La destinazione alle ASL del personale e dei beni delle istituzioni pubbliche che provvedono al ricovero e alla cura degli infermi di mente

Istituzione nelle regioni dall'1/1/1979 dei servizi psichiatrici delle USL (poi ASL)

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**
- **Include:**
 - ✓ Il centro di salute mentale (CSM)
 - ✓ Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC)
 - ✓ Le strutture residenziali e semi-residenziali

Istituzione nelle regioni dall'1/1/1979 dei servizi
psichiatrici delle USL (poi ASL)

IL CENTRO DI SALUTE MENTALE

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

Svolge:

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

Istituzione nelle regioni dall'1/1/1979 dei servizi
psichiatrici delle USL (poi ASL)

IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

- **Situato 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**

Istituzione nelle regioni dall'1/1/1979 dei servizi
psichiatrici delle USL (poi ASL)

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

Istituzione nelle regioni dall'1/1/1979 dei servizi
psichiatrici delle USL (poi ASL)

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

Procedure per il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

- La proposta può essere effettuata da qualsiasi medico, la convalida della proposta può essere effettuata solo da un medico afferente alla struttura pubblica
- Il provvedimento emanato dal Sindaco deve essere notificato entro 48 ore al Giudice Tutelare che, entro 48 ore, convalida o meno il provvedimento, dandone comunicazione al Sindaco
- La durata massima di una proposta di TSO per malattia mentale è di 7 giorni
- Nel caso sia necessario prolungare il TSO, il medico responsabile dell'SPDC nel quale è ricoverato il paziente propone al Sindaco un prolungamento indicando la durata presumibile del trattamento stesso
- La cessazione del TSO deve essere comunicato al Sindaco e al Giudice Tutelare

“Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori” - legge 180 del 13 maggio 1978

Art. 2: “... la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se:

- **esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici**
- **gli interventi non vengono accettati dall'infermo**
- **non vi sono le condizioni e le 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 è una misura di difesa sociale)**
- **Disposto dall'autorità sanitaria**
- **Attivato solo dopo aver ricercato, con ogni iniziativa possibile, il consenso del paziente per 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**

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 consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

Si propone il Trattamento Sanitario Obbligatorio

presso.....

Data.....

Firma e Timbro.....