

# LA LEGISLAZIONE PSICHIATRICA

## LEGGE DEL 1904

### MODELLO ASSISTENZIALE:

- centralità dell'ospedale psichiatrico
- obbligo della custodia
- prevalenza della custodia sulla cura del pz
- impossibilità delle dimissioni → aumento degli internamenti in manicomio → aumento dei costi, del numero dei nosocomi, del numero dei posti letto

## MINIRIFORMA DEL 1968

### 1. ASPETTI INNOVATIVI

- possibilità del ricovero volontario (su richiesta del malato) in ospedale psichiatrico, senza annotazione nel casellario giudiziario
- definizione più chiaramente sanitaria delle strutture manicomiali
- possibilità di costruzione di *CENTRI DI IGIENE MENTALE* con il compito di seguire i pz dimessi

### 2. ASPETTI PROBLEMATICI

- collegamento tra assistenza intra ed extra-murale
- sostanziale assenza di un'assistenza psichiatrica territoriale alternativa ai manicomi

## RIFORMA DEL 1978 E LEGGE 180

- superamento graduale del manicomio
- creazione di servizi psichiatrici territoriali alternativi ai manicomi
- 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 (volontari ed obbligatori)
- regolamentazione delle procedure relative al *TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)*

## TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO)

Il trattamento sanitario obbligatorio è da considerarsi un evento straordinario da effettuarsi nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici; deve essere finalizzato alla tutela della salute mentale del paziente e non deve essere considerato una misura di difesa sociale; prevede che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solamente se sono presenti CONTEMPORANEAMENTE tre condizioni:

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

### Procedura:

1. si attiva solo dopo aver ricercato, con ogni iniziativa possibile, il consenso del pz ad un intervento volontario
2. proposta del medico che certifica l'esistenza delle 3 condizioni di cui sopra
3. convalida della proposta da parte di un altro medico, dipendente pubblico
4. emanazione (entro 48 ore) da parte del sindaco dell'ordinanza esecutiva
5. notifica (entro 48 ore) al giudice tutelare che provvede a convalidare o meno il provvedimento, comunicandolo al sindaco
6. durata del provvedimento: 7 giorni con possibilità di proroga o di cessazione del TSO (entrambi da comunicare al sindaco ed al giudice tutelare)

# L'ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI

## DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)

Svolge attività di coordinamento e di programmazione delle attività territoriali ed ospedaliere, dell'assistenza psichiatrica e delle strutture che esistono nella stessa ASL

## CENTRO DI SALUTE MENTALE (CSM)

Sede organizzativa del servizio e punto di coordinamento dell'attività sul territorio. Svolge:

- attività ambulatoriali e domiciliari
- consulenze
- fa da filtro per i ricoveri
- la programmazione delle terapie
- attività di informazione e di assistenza alle famiglie dei pz

## SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (SPDC)

- ubicato presso l'ospedale generale
- provvede alla cura di pz che necessitano di trattamenti con ricovero in ambiente ospedaliero
- svolgono il trattamento sanitario volontario (TSV) ed il trattamento sanitario obbligatorio (TSO)
- hanno 1 letto ogni 10.000 abitanti

## 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

## STRUTTURE RESIDENZIALI

Strutture relativamente piccole (max 20 posti letto) a diverso grado di protezione a cui si accede sulla base di programmi terapeutico-riabilitativi, a medio-lungo termine, che tengono 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

---

Pasquale Scognamiglio [pasquale@bruttocarattere.org](mailto:pasquale@bruttocarattere.org) © 2005

Questo file e' distribuito con una licenza *Attribuzione - Non Commerciale - Condividi allo stesso modo 2.0 Italia* Creative Commons.

Una nota riassuntiva della licenza e' reperibile su <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/it/>

Una copia integrale della licenza e' reperibile su <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.0/it/legalcode>