

A trent'anni dall'approvazione della legge di riforma dell'assistenza psichiatrica restano forti squilibri fra le regioni, e dentro le regioni stesse, nei livelli di assistenza garantiti alla popolazione, come ha mostrato l'indagine PROGRES e quella presentata il 7 novembre 2008 dall'UNASAM a Bologna. La rapida fine del governo Prodi ha impedito il compimento del percorso che avrebbe dovuto portare nella primavera 2008 alla seconda Conferenza nazionale per la salute mentale. Intanto il Piano Strategico 2008 per la salute mentale, vale a dire il lavoro del gruppo di Marco D'Alema è stato fatto proprio dalle Regioni italiane per le quali quindi non sarebbe necessario cambiare la legislazione in vigore e la Conferenza stato regioni ha fatto proprie le linee guida elaborate dal gruppo che ha lavorato sull'«applicazione coerente e omogenea su tutto il territorio nazionale delle procedure» per l'Accertamento sanitario obbligatorio (a.s.o) e il Trattamento sanitario obbligatorio (t.s.o) per le quali vigono prassi spesso assai diverse da regione a regione.

Alle elezioni politiche dell'aprile 2008 il partito di Berlusconi si è presentato con un programma che prevede la *«riforma della legge 180 del 1978 in particolare per ciò che concerne il trattamento sanitario obbligatorio dei disturbati psichici»*. Quindi è presumibile che l'attuale maggioranza si impegni a cambiare la normativa in vigore ricercando il consenso fra gli operatori, gli psichiatri in primis, le famiglie e le loro organizzazioni.

Le proposte di modifica della legislazione in vigore sinora presentate sono 9: alla Camera le proposte Ciccioli (2065), Guzzanti (1423), Marinello (919); Barbieri (1984), Jannone (2831), Picchi e Carlucci (2927), Garagnani e altri (3038); al Senato le proposte Carrara (348) e Rizzi (1423).

Dopo che nel novembre 2009 le proposte di modifica sono state incardinate nell'ordine del giorno della XII Commissione della Camera, il 10 febbraio scorso l'on. Ciccioli ha svolto la relazione di apertura. Altre due sedute sono state tenute il 25 febbraio e l'8 aprile.

## Proposte presentate alla Camera dei Deputati

La **proposta Ciccioni** (PdL), (Camera 2065) assegnata alla XII Commissione Affari Sociali il 9 febbraio 2009, si presenta come integrazione/modifica piuttosto che abrogazione/sostituzione delle norme sull'assistenza psichiatrica del 1978. Dell'impianto vigente sono mantenute:

- La titolarità del s.s.n. e delle Regioni per la tutela della salute mentale del cittadino, della collettività, ma anche della «famiglia»;
- La centralità dei Dipartimenti di salute mentale (dsm) nel lavoro di prevenzione, cura e riabilitazione di tutti coloro che soffrono di disturbi psichici *di qualsiasi gravità e per l'intero ciclo di vita* (positiva quest'ultima indicazione se si considerano le odiose e immotivate –dal punto di vista clinico- prassi invalse, ad esempio in Lombardia, per le quali le persone ultra65enni in carico ai Dsm sono scaricate automaticamente nel circuito delle residenze per anziani non autosufficienti).

Ciccioni propone che:

- I Dsm svolgano attività di *prevenzione* della salute mentale in scuole, luoghi di lavoro, «ogni situazione socio-ambientale di rischio psicopatologico», quindi, pare di capire nelle carceri, nei campi rom, nei Cpt ecc. ;
- nei Dsm si pratichino anche la medicina «psicosomatica» e quella «alternativa e complementare».

Quanto alle nuove normative per il t.s.o.:

- può avere sede non solo negli Spdc, ma anche in «altri centri accreditati» (cliniche private, comunità terapeutiche) nonché al domicilio del paziente. Fra le giustificazioni del t.s.o. è inserito il criterio della «non coscienza di malattia»;
- è prevista la possibilità di un ricovero coatto, in attesa del t.s.o. ordinario, presso il Dipartimento di emergenza (Dea), in *osservazione* per ragioni di necessità e urgenza della durata di 48 ore;
- è previsto il t.s.o.p. (prolungato), della durata di 6 mesi prorogabili, senza il consenso del paziente, in strutture di lungodegenza accreditate. La proposta di t.s.o.p. è redatta dallo psichiatra del Dsm; il ricovero in regime di t.s.o.p. è disposto dal Sindaco dopo approvazione da parte del Giudice tutelare. Sono previste «relazioni trimestrali» sull'evoluzione della situazione del paziente. Le limitazioni della capacità e della libertà di agire del paziente sono prescritte dal Giudice tutelare nel progetto di t.s.o.p.;
- il t.s.o.p. può essere sostituito dal *contratto terapeutico vincolante* o «contratto di Ulisse», sottoscritto a suo tempo dal paziente<sup>1</sup>. Il Dsm è responsabile del contratto terapeutico, del suo rispetto, nonché dell'adesione da parte dei curanti e del paziente.

Ciccioni affronta anche la questione dell'assistenza psichiatrica negli Istituti di prevenzione e pena prevedendo che in ogni Casa circondariale siano presenti e operativi spazi (e addetti) per il trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei detenuti imputabili. Pare di capire, ma il testo non è chiaro, che gli Ospedali psichiatrici giudiziari continueranno a funzionare come sono finché non sarà disponibile una rete di presidi sanitari (psichiatrici?) nelle Case circondariali. Ciccioni prevede poi l'integrazione delle attività di assistenza, formazione e ricerca dei Dsm con quelle dell'Università.

### Osservazioni

1. Ciccioni vede lo psichiatra come *dominus* incontrastato della relazione di cura perché può/deve disporre, decidere i destini di vita dei pazienti e delle famiglie. Nello scenario

---

<sup>1</sup> È interessante notare il contrasto con le posizioni in tema di «fine vita».

delineato non compaiono mai squadre multi professionali di operatori, gruppi di auto aiuto, famiglie come protagoniste di progetti di salute – e non solo «vittime» dei propri congiunti folli, agenzie per il lavoro, la cultura, il tempo libero;

2. l'enfasi è posta su emergenza e urgenza, stati di necessità, situazioni quindi di grande allarme sociale, prima ancora che clinico cui dover provvedere con rapidità attraverso la coazione delle cure (farmacologiche). La proposta si occupa principalmente pertanto di un controllo delle persone e dei comportamenti prolungato nel tempo, sia pure cercando di tenere separate le responsabilità della cura da quelle della custodia;
3. il Dsm diventa lo spazio in cui si concentrano tutte le forme e le tecniche di assistenza psichiatrica che dovrebbero provvedere al trattamenti di tutti i disturbi mentali, anche non gravi, di tutta la popolazione. Ciccioli (che viene dal mondo dei Sert e della criminologia) con la proposta del t.s.o.p. trasferisce nelle pratiche della psichiatria punti di vista e «pedagogie speciali» maturati dalla destra italiana negli ultimi venti anni nel mondo delle tossicodipendenze. In sintesi egli propone come risposta efficace e universale da una parte la costrizione prolungata di chi non aderisce al progetto pensato da altri come ottimale per lui e dall'altra un modello medico paternalistico e manipolatorio che non tiene conto del ruolo centrale del paziente nel percorso verso la guarigione e il riscatto sociale;
4. manca qualsiasi cenno al tema del rispetto della dignità dei pazienti (v. contenzioni).

**La proposta Guzzanti** (Gruppo misto) (Camera 1423), assegnata il 1 dicembre 2008 alla Commissione, prevede l'abrogazione degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e la loro sostituzione con un nuovo articolato per andare oltre una legislazione accusata di essere responsabile di aver portato l'aumento della violenza in famiglia, l'ideologizzazione e la deresponsabilizzazione degli operatori, la mancata selezione degli stessi secondo i requisiti di "autenticità, empatia e rispetto".

Le novità sono molte, compresa quella della proposta di cliniche psichiatriche "a misura d'uomo", che in forza di questa dizione non rischierebbero più di essere neo-manicomiali.

La proposta sostituisce i "Dipartimenti di salute mentale" con "Dipartimenti di psichiatria" che, coordinati con la neuropsichiatria infantile, la psicogeriatra , i Sert hanno compiti di prevenzione, cura e riabilitazione, educazione sanitaria, aggiornamento del personale, gestione del sistema informativo, verifica della corretta esecuzione dei tso e dei tsou (urgenti) e convalida di tutti i provvedimenti di coazione. Sono sede dell'amministratore di sostegno.

Al dipartimento di psichiatri afferiscono le seguenti strutture:

- Centro di salute mentale (Csm) con compiti di diagnosi e cura ambulatoriali e domiciliari, di prevenzione ed educazione sanitaria, convalida dei tso, delle dimissioni, di sostegno alle famiglie, controlli periodici dei pazienti al loro domicilio (almeno 1 ogni due mesi, obbligatoriamente);
- Spdc, col mantenimento dello standard di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti; devono disporre di aree verdi, tenere stretti rapporti col Csm;
- Pronto soccorso psichiatrico che assicuri anche interventi urgenti al domicilio;
- Cliniche psichiatriche "umanizzate" e strutture residenziali, gestite anche da IRCCS, Case di cura ex art. 43/833, o soggetti accreditati. Devono disporre di personale con requisiti professionali adeguati e in numero sufficiente a garantire le attività. Possono essere ricavate anche nelle aree exOP. Sono articolate in:
  - comunità protette fino a 15 posti letto con standard di 3 posti letto ogni 8.000 abitanti

comunità protette per pazienti con “doppia diagnosi”  
appartamenti protetti fino a 5 posti letto con standard di 2 letti ogni 8.000 abitanti  
appartamenti autogestiti (con controllo bisettimanale da parte degli operatori)  
centri diurni o *day hospital* psichiatrici, uno ogni 40.000 abitanti aperti 8 ore al giorno  
5 giorni la settimana.

I tso per malattia psichica diventano di tre tipi (art. 3):

1. domiciliare o presso il Csm, per visite o somministrazione di farmaci, per effettuare esami clinici e di laboratorio negli ospedali pubblici e convenzionati,
2. urgente (tsou) presso l'Spdc con osservazione e trattamento della durata fino a 72 ore delle persone «verosimilmente affette da malattia psichica e, pertanto, bisognose di accertamenti e di cure», incapaci di intendere e volere e pericolose alle cose, a sé e agli altri,
3. ospedaliero ordinario in Spdc, nelle «cliniche psichiatriche umanizzate» e nelle strutture residenziali protette diurne, notturne o continuative della durata fino a 1 mese, prorogabile fino a 3, validato dal «gruppo di lavoro multidisciplinare del Csm» (quindi non solo dal medico psichiatra) entro 72 ore dalla richiesta.

In ogni Spdc, i pazienti in tso devono essere tenuti in una sezione separata rispetto a quelli in trattamento volontario.

Il tso è effettuato, di norma, da personale sanitario e infermieristico (non è specificato se del 118 o del Dipartimento di psichiatria), ma anche con l'ausilio della forza pubblica in caso di pericolosità sociale.

Alla convalida del tso è nominato un tutore; alla cessazione del tso il tutore decade.

Ad ogni provvedimento di coazione, segue automaticamente la nomina di un tutore e di un affidatario (v. infra).

È proposta l'istituzione di una Commissione per i diritti del malato psichico presso il Tribunale, con funzioni ispettive e di controllo, composta magistrato ordinario, psichiatra, psicologo, assistente sociale, un rappresentante delle associazioni dei famigliari.

Il malato e i suoi famigliari dovrebbero avere diritto per legge:

- a un trattamento empatico e rispettoso della loro dignità e dei loro valori (art. 1)
- al lavoro (se le condizioni cliniche e la sua capacità di relazione lo consentono). È il Csm a trovare le soluzioni idonee. Se il paziente non è in grado di tenere un lavoro, è inserito in laboratori protetti con una retribuzione di almeno 1/3 di quanto gli spetterebbe di norma
- alla scelta del curante e della struttura
- alla possibilità da parte della famiglia di rifiutare la convivenza col congiunto malato
- a somme di denaro per il lavoro di assistenza e cura riconosciute alle famiglie, nonché all'assicurazione contro i reati commessi e i danni provocati dal congiunto malato.

Sono vietate le sperimentazioni cliniche psicofarmacologiche contro placebo.

Sono previsti inoltre:

- commissari *ad acta* per le amministrazioni inadempienti
- il 6% del Fondo sanitario nazionale di cui il 10% destinati alla ricerca scientifica
- la selezione, la formazione di base e permanente degli operatori ispirate ai criteri della “psicologia umanistica” secondo la quale sono richiesti “capacità di ascolto e di rapporto empatici, di rispetto del paziente, dei famigliari e dei loro valori e bisogni, nonché di valorizzazione della creatività e delle vocazioni professionali della persona assistita” <sup>2</sup>(art. 1, comma 4)

---

<sup>2</sup> La Psicologia Umanistica, in alternativa alla psicoanalisi e al comportamentismo, mette al centro nella psicoterapia la persona nella sua interezza; lo sviluppo delle potenzialità latenti, dell'autorealizzazione, della creatività, la dignità della persona.

- una Commissione nazionale permanente con rappresentanti degli operatori e delle famiglie (ma non pazienti) con funzioni ispettive e, a cascata, commissioni simili nelle singole regioni e aziende
- l'affido etero familiare e la sua regolamentazione.

Sulla base del seguente assunto ispiratore

*i familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati psichici pericolosi. Le regioni prevedono[ ...] forme di sostegno economico al coniuge o al convivente e ad altri familiari disponibili a mantenere in famiglia il malato. Il centro di salute mentale opera affinché, in tale ipotesi, i familiari ottengano i necessari aiuti, nonché adeguate pause nella convivenza stessa (art. 7, comma 3),*

dopo un secolo si ripropongono prescrizioni del Regio Decreto 16 agosto 1909, n. 615, il regolamento per l'esecuzione della legge 1904 n. 36 «Disposizioni sui manicomi e sugli alienati».

Il testo regola l'assistenza psichiatrica e la tutela dei malati psichici concentrando la sua attenzione sul dovere dei servizi psichiatrici di esentare la famiglia da una convivenza pericolosa con un pziente. La proposta, oltre che sul tso, che si dovrebbe condurre ovunque e per i più svariati motivi, si sofferma e dilunga sulle dimissioni (art. 4), e più specificamente sul rientro del paziente in famiglia al termine del tso, qui recuperando il tema dell'affido omo ed etero familiare, un tema antico della psichiatria del XIX e del XX secolo.

In analogia con l'art. 66 del regolamento del 1909<sup>3</sup>, è previsto sia possibile, su proposta del responsabile del Spdc, convalidato dal Centro di salute mentale e con il consenso del tutore, dimettere il paziente dal Spdc, sempre mantenendo il regime del tso, ad un soggetto affidatario accreditato (un familiare o una qualsiasi altra persona o famiglia) sulla base di una scelta convalidata dal Centro di salute mentale e con il consenso del tutore, con compiti di "cura e custodia", come scritto chiaramente nell'articolo:

*l'affidatario ha il compito di assistere, proteggere e consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito e vestito, nel rispetto di condizioni igieniche personali e ambientali decorose, di vigilare sul suo stato di salute fisica e psichica e di garantire la regolare esecuzione delle terapie prescritte, riferendone costantemente al personale curante, nonché di assicurare la sua presenza alle visite di controllo. (art. 4, comma 2, punto d).*

Da parte sua

*il paziente, al momento della dimissione, deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario e deve impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento (articolo 4, comma 2, punto e).*

---

<sup>3</sup> **Art. 66 R.D. 615/1909** : Il direttore [del manicomio] può, in via di esperimento consegnare alla famiglia l'alienato che abbia raggiunto tale grado di miglioramento da potere essere curato a domicilio, avvisandone contemporaneamente il procuratore della Repubblica presso il tribunale nella cui giurisdizione ha sede il manicomio, l'autorità di pubblica sicurezza ed il sindaco del Comune cui appartiene.

Se la famiglia si rifiuta di ricevere l'alienato licenziato n via di esperimento, il direttore ne informa il procuratore della Repubblica, il quale provvede immediatamente alla nomina di una persona incaricata di prendere cura dell'alienato in via di guarigione L'Amministrazione provinciale corrisponde, ove occorra, a tale persona una congrua retta pel mantenimento e la cura dell'alienato. Uguale retta potrà essere corrisposta alla famiglia che non abbia mezzi sufficienti per la cura e il sostentamento di esso Durante l'esperimento la famiglia deve inviare ogni quattro mesi, per mezzo del sindaco, al direttore un certificato medico sullo stato dell'ammalato Quando il direttore dichiara che ammalato in esperimento è guarito ne dà avviso al procuratore della Repubblica, perché provochi il decreto di licenziamento definitivo. Verificandosi durante l'esperimento la necessità del ritorno del malato al manicomio, questi vi è riammesso in base a semplice certificato medico. [...]

Per la dimissione in affidamento è necessario che il paziente, a sua volta abbia raggiunto un sufficiente stato di compenso psichico, che sia consenziente e «disponibile ad accogliere le regole dell'affidamento» e che sia

*improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia in grado di badare a sé e di sottoporsi con regolarità alle necessarie cure o di tutelarsi da maltrattamenti o da tentativi di sfruttamento o di guardarsi dal commettere azioni gravemente irresponsabili (art. 4, comma 1, a), 2).*

Il responsabile del Spdc è tenuto a monitorare l'andamento dell'affidamento, potendo sempre e comunque disporre la revoca e, in accordo con il tutore, sostituire l'affidatario o spostare il paziente in un'altra residenza protetta, chiedere anche l'intervento della pubblica sicurezza per un tso.

La cessazione del tso è dichiarata dal responsabile del centro di salute mentale e comporta riscontri e garanzie da dare, in particolare alla famiglia, accertando che

- le condizioni cliniche siano sufficientemente migliorate,
- il paziente dia "valido consenso", sia ritenuto credibile (sic!) che continuerà ad assumere in regime di trattamento sanitario volontario le «terapie necessarie».

### Commenti

Certamente esistono situazioni di abbandono in famiglia di persone con gravi disturbi mentali e del comportamento senza adeguati ed efficaci supporti da parte dei Dsm. Ed è giusto e doveroso andarle a visitare, interrogare chi dovrebbe intervenire e non lo fa, capire le ragioni e i fattori che provocano grandi sofferenze e per tempi tanto lunghi in alcune famiglie, praticare vie d'uscita rispettose della dignità della persona. Ciò detto, vale la pena di chiedersi se sia necessario e utile rovesciare l'impianto della legislazione del '78, magari cercando risposte nelle elaborazioni di un secolo fa, ergoterapia compresa.

Ancora, che senso ha far diventare chi subisce un tso una sorta di "sorvegliato speciale", un pericolo pubblico di cui diffidare, costruendo spazi e percorsi differenziati e separati rispetto ai pazienti "volontari", allestendo una bardatura pesantissima di procedure di controllo, custodia e tutela che possono durare per tutta la vita? Ha senso reintrodurre la presunzione della pericolosità sociale nonché l'incapacità di intendere e di volere, liquidando l'esperienza dell'amministratore di sostegno, perché una persona con disturbi mentali non assume (tutti) gli psicofarmaci? Così non si aiutano certamente i pazienti, ma sono sicuri i firmatari della proposta che così si aiutano seriamente le loro famiglie?

Non c'è una qualche grave contraddizione fra l'affermazione che -nella psichiatria di comunità- i trattamenti sono, di norma, volontari per poi volere trattamenti obbligatori praticamente ovunque e per le prestazioni e i trattamenti sanitari più svariati, allo scopo di "uncinare" cittadini in gran numero disponendo una coazione perenne di quelli a più basso potere contrattuale?

L'articolato che riguarda le dimissioni impressiona per la carica di diffidenza nei confronti del paziente e l'alta discrezionalità di giudizio assegnata agli psichiatri, e non solo gli psichiatri, nel decidere della vita quotidiana e della libertà di movimento dei pazienti psichiatrici. Riprendo al riguardo l'*incipit* del già citato punto 2), par. a), comma 1, art. 4) nel quale è scritto che il responsabile del Spdc può disporre la dimissione in affidamento, mantenendo il regime del tso quando

*è improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia in grado di badare a sé... o l'incipit del comma 5 dell'art. 3 che a proposito delle giustificazioni del tso, recita: qualora una persona verosimilmente affetta da malattia psichica e, pertanto bisognosa di accertamenti e cure...*

Non si capisce poi cosa c'entri in tale cupo scenario di coazioni e di restrizioni la «psicologia umanistica», un indirizzo culturale e un complesso di tecniche di trattamento che partendo dalle “terapie centrate sul cliente” (la parola *cliente* non può essere certamente usata a proposito di individui da coartare e custodire magari per tutta la vita, i mostri su cui si esercita la proposta Guzzanti), esaltano la libertà e la creatività della persona. E quando anche, alla faccia del pluralismo delle scuole e degli approcci culturali, filosofici e scientifici, tutti gli operatori della psichiatria (e delle tossicodipendenze?) fossero perfettamente formati al verbo umanistico, a cosa servirebbe se la gestione delle situazioni più dure e dolorose per mesi ed anni è assegnata a un “affidatario” al quale si richiedono i requisiti di cui al sopra citato comma 2, punto d) dell'articolo 4?

Nell'ansia di mettere sotto controllo i potenziali «rei folli», dall'articolato non si capisce chi, dopo la proposta e la convalida, disponga il tso, una misura di limitazione della libertà personale che, con la reintroduzione della presunzione della pericolosità sociale e della incapacità di intendere e di volere, non può certo essere disposta da operatori sanitari, sia pure e per quanto «umanizzati».

Infine, perché censurare l'effetto placebo, visto che dello stesso è sperimentalmente dimostrata l'efficacia?

**La proposta Marinello e altri (P d L) Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali** (Camera 919), assegnata l'8 ottobre 2008 alla Commissione è una proposta di 17 articoli per la completa sostituzione degli articoli 34, 35 e 64 della legge 833/78. Il Ministero emana le nuove linee guida per i requisiti di qualità dell'assistenza; è confermato il ruolo di regia del DSM ( che comprende anche le UONPIA), a guida medica, corresponsabile della cura insieme al medico di famiglia. Le questioni trattate sono le seguenti:

- La definizione dei criteri di valutazione della qualità dell'assistenza
- I costi, in considerazione dei quali si afferma improponibile una «sanitarizzazione di massa» di 100.000 persone<sup>4</sup>.
- La riorganizzazione del sistema nazionale con il collocamento obbligatorio, l'offerta di percorsi lavorativi in cooperative, di comunità residenziali fra cui almeno una struttura per regione ad alta protezione in alternativa all'OPG per chi abbia compiuto reati minori, il pieno uso delle «Case di cura con indirizzo neuropsichiatrico».
- L'istituzione della figura del garante del paziente psichiatrico
- Una nuova normativa per il t.s.o., tutti in strutture pubbliche, con Accertamenti Sanitari Volontari (ASV) se si ha fondato sospetto di presenza di alterazioni psichiche, t.s.o. d'urgenza valido 72 ore nella divisione ospedaliera di psichiatria e t.s.o. ordinario della durata massima di un mese<sup>5</sup>, rinnovabile solo tre volte nella divisione ospedaliera di psichiatria e nelle SRA ad alta protezione.

---

<sup>4</sup> In tale contesto il manicomio è definito

*Un luogo dove persone che non hanno commesso reati, vengono rinchiusi per mesi, anni o l'intera vita, perché dicono o fanno cose ritenute incomprensibili o irrazionali e dove coloro che li hanno rinchiusi affermano di averlo fatto per curarli.*

<sup>5</sup> La spiegazione di tale scelta offerta nella relazione (pag. 4) è davvero singolare:

*[...] in considerazione del fatto che la durata media del trattamento, rilevata oggi sul territorio nazionale, risulta aggirarsi attorno ai 10 giorni, si è stabilito un limite massimo di un mese.*

- La conduzione di programmi di prevenzione nelle scuole con la individuazione anche dei soggetti superdotati da avviare a percorsi differenziati.
- Il vincolo del 5% del Fondo sanitario nazionale

**La proposta Barbieri (Pd L)** *Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180 in materia di trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (Camera 1984), presentata il 4 dicembre 2008 parte dall'incredibile affermazione che nel 2008 in Italia le persone con disturbi mentali sono essere ricoverate o in un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG) se autrici di reato o in un "normale" ospedale psichiatrico («chi tenta il suicidio, i drogati o gli alcolizzati» sic!). Allo stesso presentatore non risulta l'esistenza dei Dipartimenti di salute mentale e, nel loro ambito, degli Spdc negli ospedali generali. Egli è preoccupato di correggere gli abusi e le violazioni della dignità del paziente in caso di t.s.o. che sarebbero gestiti in modo disinvolto ed arbitrario dagli psichiatri. Infatti, mentre il ricovero in OPG è disposto da un giudice, un'autorità terza, il t.s.o., «una reclusione [...] senza processo», è deciso praticamente da due psichiatri (il sindaco non conta niente). Pertanto, secondo il nostro, il t.s.o. dovrebbe essere possibile solo per chi sia già stato internato in OPG o qualora il paziente

*possa uccidere o ferire qualcuno o comunque commettere un qualsiasi reato penale.*

Il ricovero in regime di t.s.o. dura trenta giorni e non può essere prorogato per più di 90 giorni. In modo alquanto contorto si propone la gestione in circuiti separati dei pazienti giudicati socialmente pericolosi.

**La proposta Jannone (Pdl)** *Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di prevenzione, assistenza e cura delle malattie mentali* (Camera 2831), presentata il 19 ottobre 2009, esordisce affermando che "la storia degli ospedali psichiatrici inizia negli anni cinquanta" (sic!) e denuncia che, dopo la legge 180/78 l'assistenza ai pazienti psichiatrici è diventata un carico insopportabile per le famiglie.

Jannone segnala l'urgenza di dare una risposta al problema dei malati "non collaborativi", quelli che non riconoscono la propria malattia e richiama la Risoluzione Tzambatzi approvata dal Parlamento europeo nel febbraio 2009 per chiederne la concreta applicazione in Italia. A tale scopo egli propone di integrare la legge 833 agli articoli 10 (predisporre strutture per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie mentali), 24 (elaborare e condurre *da parte del Ministero* attività di educazione sanitaria e prevenzione, diagnosi precoce dei disturbi mentali nelle scuole) e 26 (obbligo delle attività di riabilitazione con il coinvolgimento e la formazione degli imprenditori e delle maestranze), nonché l'istituzione di una Commissione di vigilanza, sempre ministeriale, con poteri anche sanzionatori nei confronti degli inadempienti.

**La proposta Picchi e Carlucci (Pdl)** *Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori* (Camera 2927) presentata il 12 novembre 2009, inserisce esplicitamente la questione dell'assistenza psichiatrica nel dibattito sulla "sicurezza", reintroducendo i termini della "incapacità di intendere e di volere" e della "pericolosità sociale".

Partendo da una lettura distorta delle procedure vigenti del t.s.o. (afferma che richiederebbe il consenso del paziente) propone che il t.s.o. si prolunga a 20 giorni e che possa/debba avere il consenso del tutore e dell'amministratore di sostegno. Oggetto della coazione dovrebbero essere

anche persone incapaci di intendere e di volere per abuso di alcool e stupefacenti. È sottolineato l'obbligo di riconoscere e potenziare le "istituzioni private di ricovero e cura".

La proposta Garagnani e altri (Pdl) *Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180, in materia di trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale* (Camera 3038) presentata il 14 dicembre 2009 intende intervenire sui "casi di malati gravissimi, incapaci di intendere e di volere, in grado di danneggiare se stessi e gli altri e per i quali il t.s.o rinnovabile ogni 6 giorni (sic!) non è più sufficiente". Per tali pazienti dovrebbe valere un t.s.o. della durata di 6 mesi, rinnovabili, in "strutture ospedaliere di lungodegenza. A garanzia del paziente, la prescrizione di una relazione trimestrale sul suo stato.

L'obiettivo è di tutelare la famiglia e la società, "curare meglio e continuamente il malato, dando tranquillità alla famiglia. Introduce la "possibile" pericolosità sociale nel determinare il t.s.o..

## Proposte presentate al Senato

La proposta Carrara, Bianconi e Colli (PdL) (Senato 348) di modifica e integrazione degli articoli 33, 34, 35 della legge 833/78, si propone di *snellire le procedure di ricovero e ristrutturare, in senso liberale (?), il sistema delle garanzie.* L'elaborato si concentra quindi sul tso che:

- è disposto dal sindaco *su proposta motivata di qualsiasi medico* eserciti la professione in Italia; la convalida spetta al medico psichiatra del Spdc;
- dura 30 di norma giorni prorogabili;
- riguarda persone di cui siano certificati lo *stato di malattia psichica* (una dizione che lascia intendere l'inguaribilità, l'irrecuperabilità delle persone con disturbi mentali), il bisogno urgente di cure, l'indisponibilità delle persone a riceverle, ma anche qualsiasi persona *ragionevolmente sospetta* di versare in uno stato di malattia psichica che si «sottrae attivamente alla valutazione medica»;
- può essere ospedaliero o extraospedaliero per trattamenti coatti di medio e lungo periodo domiciliari (obbligo di seguire un programma ambulatoriale o semiresidenziale disposto dallo psichiatra del Dsm) o riabilitativi-residenziali comunitari della durata di 6 mesi, prorogabili. Il trasporto nell'ospedale generale è eseguito usando *idonee ambulanze.*

Il t.s.o. extraospedaliero è proposto e convalidato da due medici psichiatri del Dsm e disposto dal Sindaco e riguarda i pazienti che «per ragioni di malattia» si oppongono ai trattamenti terapeutici ritenuti per loro idonei. I t.s.o. extraospedalieri riabilitativo-residenziali si svolgono in Comunità terapeutiche accreditate con un numero di posti letto inferiori a 20;

Sono modificate anche le norme di garanzia che sono affidate al Giudice Tutelare che si avvale di una *Commissione psichiatrica di garanzia* composta da 2 medici psichiatri specialisti del Servizio sanitario regionale (allo scopo retribuiti) operanti presso un Ufficio di coordinamento dei medici di medicina generale (CMMMG) da istituire presso ogni ASL. I commissari di garanzia svolgono sopralluoghi, almeno annuali in caso di proroga di un t.s.o. extraospedaliero. Il paziente può nominare uno psichiatra di fiducia, come consulente di parte solo nel caso di sopralluogo annuale; Quando il t.s.o. riguarda «cittadini stranieri e apolidi» ne vanno informati il Ministero dell'interno e i consolati competenti.

È la proposta che più si avvicina al testo Guzzanti (v. le *idonee ambulanze*, le disposizioni per *cittadini stranieri e apolidi*). È proclamato l'obbligo della cura; molto alta è la discrezionalità

degli interventi di coazione che possono essere disposti quasi da chiunque; le garanzie sono scarse.

La **proposta Rizzi e Boldi (LNP) Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e disposizioni in materia di tutela della salute mentale** (Senato 1423), assegnata alla Commissione il 4 marzo 2009 è composta di 4 articoli e sostituisce una precedente presentata nel dicembre scorso composta di due soli articoli. L'assunto di base è che la società non ha colpa della malattia mentale e pertanto è suo diritto e dovere che i malati si curino, soprattutto in ospedali (anche privati purché accreditati) per trattamenti di lunga durata. Tre sono le finalità dichiarate: tutelare la dignità della persona malata, garantire un "percorso clinico scientificamente corretto" e la sicurezza del malato della società. La malattia (art. 1) è intesa come limitazione delle libertà della persona che quindi andrà protetta e controllata dalla famiglia e dal medico, corresponsabili del rispetto delle prescrizioni. Sono previste tre forme di coazione: *l'accertamento psichiatrico obbligatorio* (disposto dal sindaco, della durata di 48 ore per patologie intellettive e affettive che mettano a rischio di fallimento esistenziale), la *prescrizione psichiatrica obbligatoria* (della durata di 90 giorni- si tratta di una procedura per informare il paziente dei trattamenti cui deve sottoporsi se vuole evitare un t.s.o) e il *trattamento sanitario obbligatorio* (intra ed extraospedaliero della durata di 7 giorni prorogabili). Per intanto si prevede che ambulatori ospedalieri presso i Dipartimenti di Emergenza siano dedicati al trattamento dei disturbi depressivi.

Si sottolinea la necessità di un nuovo governo della salute mentale, ma si mostra consapevolezza della complessità del problema dell'assistenza psichiatrica per cui la definizione del nuovo possibile scenario è rinviata ad un Comitato tecnico permanente presso la Conferenza Stato-Regioni che dovrà predisporre nuove linee guida e criteri di gestione e valutazione, in specie in ordine al finanziamento differenziato dei Dsm, alla adozione di indicatori di risultato.

.....

### Note di commento

Nel loro complesso le proposte di modifica della 180 sinora presentate in Parlamento fino a tutto il 2010 ignorano i progressi realizzati nella salute e nella qualità della vita quotidiana delle persone con disturbi mentali grazie al protagonismo loro e delle famiglie nel contesto dei servizi di psichiatria di comunità (v. il bel film *Si può fare* di Claudio Bisio) e ignorano del tutto le indicazioni a livello europeo in tema di politiche per la salute mentale dal Libro Verde, alla risoluzione Bowis del 2006, al recentissimo *European Pact for mental health and well-being* del luglio 2008, alla Relazione Tzambatzi sulle politiche per la salute mentale del Parlamento europeo approvata nel febbraio 2009. I testi presentati sembrano costruiti sulla base di informazioni ricavate da cronache giornalistiche e racconti di delitti attribuiti a persone con disturbi mentali, invece che sulla conoscenza di quanto succede nella realtà dei servizi di salute mentale che corrisponde a quanto scritto nel primo comma dell'art. 33 della legge 833/78: *gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.*

Non solo nella politica ma anche nella magistratura stanno emergendo orientamenti preoccupanti in grado di indurre una deriva dei servizi di salute mentale in direzione di una « psichiatria difensiva» (rispetto ai rischi della relazione con chi sta male e fa fatica a vivere) che porta ad abdicare alla funzione alla cura (= psichiatria come braccio della magistratura o della polizia), a più trattamenti coatti, evitamento delle situazioni più emblematiche e rischiose (e quindi minore tutela della comunità), più ricorsi al giudice, al carcere all'OPG, a una sicurezza (dello psichiatra) ottenuta tramite la coercizione del paziente.

.....

A portare argomenti a chi vuole restituire tutto il potere sulla vita quotidiana e i destini dei pazienti psichiatrici ai medici, sono commentatori e studiosi che accreditano una lettura della riforma del 1978 come la vittoria di una improvvisazione sconsiderata e di orientamenti velleitari ispirati all'antipsichiatria. Con questo ignorando il lavoro diffuso per il superamento del modello manicomiale e l'integrazione dell'assistenza psichiatrica nei nuovi assetti della sanità italiana affidata alla responsabilità delle Regioni. Oggi in Italia, oltre ai temi della devastante crisi economica mondiale in corso, due questioni sono al centro del dibattito politico nazionale: quella del federalismo e quella della scuola. Il tema del diritto alla salute mentale può trovare cittadinanza e interlocutori in questo contesto anche perché se il diritto alla salute mentale e a una buona assistenza psichiatrica sono, e certamente lo sono, un problema di ordine nazionale, vale la pena di chiedere conto alle Regioni del lavoro da loro svolto in questi trent'anni per assicurare alla popolazione buoni servizi di salute mentale. Perché potrebbe essere che molte Regioni abbiano fallito l'obiettivo e in tale caso, provocatoriamente, si potrebbe chiedere che siano dei commissari *ad acta* o i prefetti anziché gli assessori regionali alla sanità a garantire tale diritto.

Inoltre troppo si ignora che nel nostro paese il problema della formazione del personale è stato *sistematicamente eluso* e che, prima e dopo la 180, *l'Università non è stata all'altezza del compito*. Nel loro complesso, salvo rare eccezioni, le facoltà mediche e di psicologia, in questi trent'anni si sono disinteressate di quanto stava accadendo nel campo dell'assistenza psichiatrica e non hanno formato quadri con una preparazione competente ed adeguata col risultato che i più hanno dovuto, e devono, continuare a farsela «sul campo». Se si vogliono quindi affrontare seriamente i problemi della povertà di garanzie di buoni servizi di salute mentale in troppe parti d'Italia, insieme al tema delle risorse, della qualità delle relazioni e dei trattamenti, del rispetto dei diritti di cittadinanza e della lotta allo stigma, bisognerà mettere a fuoco il «buco» decennale di gran parte delle agenzie di formazione dei professionisti (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, personale ausiliario).

Sarebbe pertanto utile promuovere una inchiesta sulle informazioni e sui contenuti trasmessi agli allievi nelle scuole di specializzazione post laurea per medici e psicologi, nei corsi delle lauree per infermieri ed educatori professionali, nei corsi per gli operatori dell'assistenza. Molte delle proposte presentate intendono unificare nei Dsm i servizi di salute mentale per gli adulti, i minori e per le tossicodipendenze. Un aspetto da mettere in evidenza è che le politiche di contrasto alle dipendenze patologiche sono regolate da più di vent'anni da una legislazione proibizionista e da pratiche (e propaganda di pratiche e stili di trattamento) centrate sul ruolo di leadership carismatiche, su pedagogie molto severe nei confronti degli assuntori di droghe illegali. Senza riferimenti quindi agli approcci di tipo medico-biologico al disturbo mentale e del comportamento, proprio quel modello che è posto al centro delle proposte di modifica della 180. L'assistenza psichiatrica, almeno a partire dagli anni del secondo dopoguerra, ha avuto una storia diversa rispetto alle pratiche salvifiche in uso nel trattamento delle dipendenze patologiche. Mi pare quindi che prima di inserire negli attuali Dsm anche i Sert (e il variegato mondo delle Comunità terapeutiche) sia necessario avere un adeguato confronto sugli stili e le culture professionali. Tutte le proposte puntano a costruire destini e percorsi, nonché ad allestire spazi separati per i pazienti «buoni e remissivi», «di buon comando», come si diceva in manicomio e quelli «cattivi e riottosi». Segnalo che, se questo sciaguratamente si realizzasse, fra le tante altre conseguenze, gli Spdc finirebbero alla lunga coll'essere espulsi dagli ospedali generali. Anche per questo non bisogna smettere di battersi per le «porte aperte» e il «no

**Luigi Benevelli, *I progetti parlamentari di riforma della legge 180/78.*  
Roma, 27 aprile 2010**

*restraint* ». Fra i tanti meriti della riforma italiana del '78 vi è stato quello di aver incoraggiato, promosso, sostenuto il rapporto di fiducia fra chi sta male, chi vive con lui e l'equipe multi professionale che si occupa di lui. Ci vuole poco per distruggere questo circuito virtuoso di relazioni che facilita l'opera dei fattori di miglioramento, guarigione, *recovery*, un termine ignoto o, se noto, disprezzato dagli esperti che hanno redatto le proposte esaminate.

A parte l'on. Ciccio, che si occupa professionalmente di tossicodipendenze e di criminologia, nessun altro parlamentare presentatore di proposte è della materia e sarebbe interessante sapere a chi abbiano commissionato o chi abbia confezionato per loro i testi che abbiamo passato in rassegna e che mostrano una sconsolante, preoccupante ignoranza della situazione e dei problemi dell'assistenza psichiatrica italiana.

