

## **DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA**

### **Documento approvato dalla Conferenza delle Sezioni Regionali della SIP**

La Società Italiana di Psichiatria ha già avuto occasione di intervenire in questi anni in merito a proposte di sostituzione o integrazione degli articoli 33, 34 e 35 della Legge 833 avanzate nell'ultimo decennio con propri documenti dell'11 ottobre 2001, del 9 novembre 2002, del 5 giugno 2004, del 13 Maggio 2008, del 7 marzo 2009, e in occasione dell'audizione presso la Commissione Parlamentare del 20 maggio 2010.

Con il documento del 2009, confermato in occasione della successiva audizione, la SIP ha indicato quali dovrebbero essere a suo avviso i punti sui quali un eventuale norma nazionale o regionale applicativa della legge 833 per quanto riguarda l'area della Salute mentale, dovrebbe concentrarsi, e dobbiamo purtroppo rilevare che nessuno di quei punti sembra recepito dal nuovo Testo unico.

Quanto alle diverse proposte di legge, occorre osservare innanzitutto che i documenti di volta in volta discussi presentano alcuni aspetti comuni, rispetto ai quali la posizione della SIP rimane la stessa e non può che essere di volta in volta ribadita.

Si coglie infatti un primo limite nella scelta di varare una legge specifica sull'assistenza psichiatrica, al di fuori del quadro giuridico complessivo che regola l'assistenza sanitaria, che apre un rischio di allontanamento della disciplina psichiatria dall'ambito complessivo della medicina, e soprattutto sembra realizzare una pesante stigmatizzazione dei malati affetti da malattia mentale rispetto agli altri malati.

Un secondo limite, nel riferimento a un concetto generale, e generico, di malato di mente, senza tener conto del fatto che le malattie mentali sono molte, molto diverse tra loro, e che per ciascuna di esse molto diverse sono le fasi e le condizioni psicopatologiche nelle quali la persona malata può trovarsi nel tempo.

Un terzo limite, in una costante tendenza a regolare su base nazionale materie che, invece, a seguito della recente evoluzione della legislazione in senso federale, sono di pertinenza delle Regioni.

Ciò detto per questi elementi costanti nel decennio, il testo oggi alla nostra attenzione consta di 11 articoli.

L'art. 1 stabilisce che ciascuna regione istituisca un'Agenzia Regionale per la prevenzione, programmazione socio – sanitaria, realizzazione e coordinamento e monitoraggio delle attività del DSM con area di competenza NPI, Psichiatria, Psicogeriatrics, Psicologia e Dipendenze Patologiche. Nulla da eccepire da parte nostra, ovviamente, su questo punto, se non l'osservazione che si tratta verosimilmente di materia oggetto dell'autonomia decisionale delle regioni.

L'art. 2 richiama la necessità di attività di prevenzione in ambito scolastico, lavorativo e in altre situazioni a rischio; anche in questo caso il richiamo trova la SIP concorde, ma non è possibile esimersi dal richiamare come la possibilità di effettuare interventi preventivi efficace sia strettamente correlata alla disponibilità di risorse adeguate, senza le quali in ambito medico è proprio la prevenzione una delle aree più a rischio di essere sacrificata.

L'art. 3 riguarda l'attività di cura, e si apre con un convinto richiamo alla natura dipartimentale dell'assistenza psichiatrica nonché alla necessità d'integrazione sociosanitaria, che paiono entrambi assai condivisibili, mentre l'esigenza di servizi ad hoc per la doppia diagnosi con la tossicodipendenza e il deficit intellettivo dovrebbe essere attentamente valutata sulla base della consistenza epidemiologica di questi fenomeni. La garanzia di libera scelta del

medico, operatore sanitario e luogo di cura sembra richiamata al comma 3 in modo opportunamente bilanciato con una valutazione realistica della sua concreta fruibilità, mentre per quanto riguarda l'urgenza trattata al comma 4 la SIP ritiene che l'opportunità o meno di realizzare equipe mobili 24 ore su 24 per aree metropolitane rappresenti un problema tecnico-organizzativo che debba essere valutata alla luce dei risultati delle sperimentazioni già effettuate (Roma, Torino ecc.) e della compatibilità con le risorse complessivamente disponibili, e che analoga considerazione valga per la disponibilità di uno spazio di osservazione psichiatrica presso il DEA.

Dal comma 6 dell'art. 3 si introduce il tema del trattamento sanitario obbligatorio, che viene ridefinito "necessario" (TSN) senza che siano esplicitate le ragioni di questa scelta. Sebbene la SIP abbia più volte ribadito che la durata del TSO ospedaliero rappresenta un falso problema, in quanto il periodo iniziale di 7 giorni può secondo la normativa attuale essere prorogato per tutto il tempo necessario, in questo testo la durata viene protratta a 21 giorni, ma in realtà a 10 perché dopo tale periodo è necessario verificarne per iscritto la persistente necessità, il che assomiglia molto all'eventuale richiesta di proroga che l'attuale normativa prevede necessaria dopo 7 giorni. Non si conoscono quali siano le osservazioni epidemiologiche su cui queste modifiche della tempistica si basa, né si comprendono con chiarezza le finalità che con essa si intendono perseguire. Più importante invece è il fatto che, contrariamente a quella che è oggi la prassi corrente nei DSM anche se non la è lettera della legge, il TSN possono essere realizzati nell'SPDC, ma anche presso strutture sanitarie di riabilitazione delle ASL, e presso il domicilio del paziente. Sul primo di questi casi, la SIP intende ricordare come simili ipotesi, già presenti in altri disegni di legge, hanno sollevato da parte degli operatori del settore l'obiezione dell'impossibilità di realizzare un trattamento riabilitativo, che ha come presupposto la libera adesione del paziente, in condizioni di obbligatorietà. Sul secondo, ci si limita a sottolineare i rischi, del resto richiamati dagli stessi proponenti, legati al fatto di lasciare una persona verosimilmente amareggiata e talvolta ostile per aver subito un intervento obbligatorio breve, da solo o con la propria famiglia, senza che la cosa abbia un adeguato tempo di decantazione sotto monitoraggio sanitario. Il comma 8 modifica le attuali condizioni per la realizzazione del TSO, aggiungendo un riferimento alla tutela della salute del malato che estende l'uso di questo strumento spostando decisamente l'equilibrio tra i principi bioetici di beneficiabilità e di autonomia a scapito del secondo. Se ciò da un lato potrebbe offrire una maggiore tutela in situazioni nelle quali è necessaria, dall'altro espone, soprattutto attraverso il generico riferimento alla tutela della salute al rischio di una eccessiva compressione dei diritti delle persone alla propria libertà in ordine alle scelte dei propri stili di vita e degli atti inerenti la sfera della salute. Il comma 10, infine, introduce il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato (TSNEP), della durata di sei mesi, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per l'acuzie, nonché ad avviare la persona malata a un percorso terapeutico riabilitativo di tipo prolungato. Tale strumento è finalizzato a vincolare la persona malata al rispetto di alcuni principi terapeutici quali l'accettazione delle cure e la permanenza in una struttura per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico riabilitativi, e può essere revocato quando il paziente aderisca a un Contratto Vincolante di Cura. E' da notare che il testo non specifica la tipologia di struttura psichiatrica in cui il TSNEP potrebbe essere realizzato, e cioè se esse siano rappresentate solo da quelle ad alta intensità di cura, solo a quelle con presenza di operatori sulle 24 ore, o genericamente anche a quelle a medio- bassa intensità. E introdurrebbe il principio in base al quale un trattamento che, comunque lo si chiami, si svolge in condizioni di limitazione della libertà personale può essere delegato a un soggetto privato. Nei documenti relativi a precedenti proposte di legge, la SIP ha già manifestato la propria preoccupazione che la maggiore durata di un provvedimento di obbligatorietà possa presentare il rischio di un disinvestimento dall'obiettivo – certo faticoso – di raggiungere il consenso del paziente alle cure,

che è anche uno dei presupposti per la loro piena efficacia, sia relativamente a singoli atti che al trattamento complessivo.

Gli art. 4, 5, 6 regolano la materia della riabilitazione, il rapporto con l'università, l'intervento in favore di detenuti e internati in OPG, intervenendo nel primo caso, con il rischio di introdurre elementi di confusione, su una materia delicata nella quale la competenza delle Regioni, molte delle quali hanno già legiferato o si sono date comunque degli indirizzi nel merito, appare particolarmente evidente, e limitandosi a ribadire nell'ultimo caso disposizioni già in atto.

Gli art. 7, 8 e 9 sembrano invece testimoniare un atteggiamento di assoluta sfiducia verso le capacità professionali degli psichiatri italiani, e di stigmatizzazione verso le persone affette da malattia mentale. In entrambi i casi, le ragioni di questo atteggiamento paiono poco comprensibili.

L'art.7 prevede infatti che il DSM debba assicurare l'intervento entro cinque giorni dall'aver ricevuto una richiesta da parte sostanzialmente di chiunque e per qualunque motivo, o dopo che un paziente, qualunque siano le sue condizioni di salute mentale, non si è presentato a un appuntamento.

Il legislatore in questo caso non può distinguere tra la gravità o meno dei fatti segnalati in una richiesta d'intervento, né può distinguere tra la gravità o meno del fatto che un paziente non si sia presentato senza preavviso. E non può farlo perché queste valutazioni, di carattere eminentemente tecnico, competono allo psichiatra, che come ogni altro medico valuterà sulla base delle nozioni rese disponibili dalla propria disciplina scientifica, se e quando sia necessario intervenire. E risponderà, come ogni altro medico, degli errori e delle omissioni eventualmente compiuti in questa valutazione. Gli psichiatri, italiani in altre parole, non possono accettare la grave umiliazione della propria dignità professionale di essere considerati per legge incapaci di svolgere il proprio lavoro e di essere ridotti per legge ad automi incapaci (unici tra i medici) di fare diagnosi delle situazioni e ben operare nei tempi e nei modi necessari. Né possono accettare di vedere i propri pazienti, attuali o potenziali, considerati come una categoria di cittadini "a parte", tutti uguali a prescindere dalle caratteristiche cliniche e dalle condizioni del momento.

L'art. 8, ingiunge allo psichiatra del DSM di informare sullo stato di salute mentale del paziente e sulle cure necessarie il coniuge, i genitori, i fratelli, i figli maggiori di età ecc. e rappresenta una sospensione della norme esistenti sulla riservatezza dei dati sanitari e sulla privacy, che avviene non in un caso eccezionale ma costantemente e in modo generalizzato per una "categoria a parte" di cittadini, peraltro anche male definita e male definibile, quella dei "pazienti del DSM". Sarebbe così introdotto un elemento di evidente iniquità la cui contrarietà alla Costituzione, a numerosi documenti internazionali ratificati dal nostro Paese (Conferenza di Helsinki del 2005, Libro Verde del Consiglio d'Europa del 2006, Convenzione ONU sulla Disabilità del 2008), al Codice deontologico i cui effetti, peraltro, sulla confidenza e fiducia tra medico e paziente indispensabile al lavoro psichiatrico sarebbero facilmente immaginabili.

L'articolo 9, poi, prevede poi che "nei casi in cui la convivenza con la persona affetta da disturbi mentali comporta rischi per l'incolumità fisica della persona stessa o dei suoi familiari, il DSM, in collaborazione con i Servizi Sociali del Comune, trova una soluzione residenziale idonea nell'ambito degli alloggi di edilizia residenziale pubblica". Ancora una volta, il cittadino affetto da malattia mentale viene considerato, anche quando commette violenza, un cittadino a parte, il cui destino è totalmente iscritto nel suo rapporto a due con il DSM. E la SIP si limita ad osservare, in questo caso, che quando chiunque compia violenza nella propria famiglia, è il Magistrato a valutare la situazione di rischio e a prendere i provvedimenti del caso. Se poi si vorrà stabilire per legge che nel caso in cui la persona allontanata è affetta da malattia questa dovrà essere rialloggiata da parte del Comune, questa sarà senz'altro una disposizione certo condivisibile, la cui

concreta praticabilità peraltro appare assai dubbia. Una norma, questa come le due precedenti, che sembra mossa dall'intenzione di andare incontro ai bisogni e alle richieste dei familiari, come se questi fossero i "nemici" dei servizi e dei pazienti, desiderosi più di prendere le distanze dai propri congiunti malati che di aiutarli. Mentre l'esperienza quotidiana e ampiamente maggioritaria dei DSM è quella di famiglie certo talvolta sofferenti e affaticate, ma desiderose di aiuto per continuare a dare ai propri congiunti malati tutto l'affetto e il sostegno dei quali sono capaci.

L'art. 10, infine, appare alquanto limitativo della responsabilità delle Regioni in materia di Salute mentale, quando ne limita i compiti all'individuazione di un posto letto/20.000 abitanti in cui poter disporre il TSNEP, mentre l'art. 11 attribuisce un finanziamento di 500.000 euro all'attuazione della legge.

**In conclusione, la Società Italiana di Psichiatria: ritiene**

- che il testo analizzato contenga alcune proposte potenzialmente interessanti, ma non applicabili per la loro formulazione disarmonica, scarsamente integrata con il sistema socio-sanitario e confliggente con le competenze regionali in materia;
- relativamente alla regolamentazione proposta per i trattamenti senza consenso, manifesta preoccupazioni in merito a problemi che potrebbero verificarsi nel caso dei trattamenti extraospedalieri e in particolare di quelli prolungati e ritiene che la nuova formulazione per il trattamento obbligatorio (o necessario) apra problemi delicati, sui quali sarebbe certamente necessaria un'approfondita riflessione anche in riferimento all'art. 13 e 32 della Costituzione;
- auspica soprattutto la soppressione degli art. 7, 8, 9, in quanto lesivi della Costituzione, gravemente lesivi delle potestà e offensivi della professionalità dello psichiatra e stigmatizzanti verso le persone affette da malattia mentale;
- richiama le proprie indicazioni pratiche formulate il 7 marzo 2009 ed esposte il 20 maggio 2010 come base possibile per un nuovo progetto obiettivo per la Salute mentale che possa meglio rispondere al convergente interesse dei pazienti, dei familiari e degli operatori del settore per una più efficace tutela della salute mentale nel nostro Paese.

GIUGNO 2012