



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO



IL MALE MENTALE

STRATEGIE DI FRONTEGGIAMENTO

16,17 e 18 ottobre 2019, TORINO

Aula Magna del Palazzo del Rettorato, via Po 15
Aula Magna della Cavallerizza Reale, via Giuseppe Verdi 9
Aula Magna Istituto Rosmini, via Rosmini 4
Sala riunioni Ires Piemonte, via Nizza 18

**E' possibile una psichiatria
senza obblighi di cura?**



Vincenzo Villari
Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale
DEA - Dipartimento Emergenza e Accettazione
SC Psichiatria SPDC
vvillari@cittadellasalute.to.it

Il passato

Legge n. 36 del 14/2/1904

Disposizioni sui manicomi e sugli alienati

- 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.**
- 2) L'ammissione...deve essere richiesta dai parenti, tutori...o da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società.**
- 3) Il ricovero è autorizzato dal tribunale dopo un'osservazione di massimo un mese.**
- 4) La Polizia può in caso di urgenza ordinare il ricovero.**
- 5) Il ricovero comporta l'interdizione di fatto con custodia ed amministrazione dei beni.**
- 6) La dimissione è autorizzata con decreto del presidente del tribunale su richiesta del direttore del manicomio o delle persone di cui al punto 2).**
- 7) Il direttore ha piena autorità sul servizio interno.**
- 8) Le competenze amministrative sono affidate alla Provincia in cui è collocato il manicomio.**
- 9) La vigilanza è affidata al ministro degli interni ed ai prefetti.**

Legge n. 431 del 18/3/1968

Provvidenze per l'assistenza psichiatrica

- 1) Ogni ospedale può avere da un minimo di due ad un massimo di cinque divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti letto (min 250 - max 625 ricoverati).**
- 2) Sono previste figure professionali diverse: oltre agli psichiatri ed agli infermieri entrano in ospedale l'igienista, lo psicologo, l'assistente sociale.**
- 3) Viene migliorato il rapporto infermieri/ricoverati che viene portato a 1/3.**
- 4) Vengono istituiti i Centri di igiene mentale (CIM) sul territorio con figure professionali molteplici.**
- 5) Viene istituita l'ammissione volontaria in ospedale su richiesta diretta del paziente...**
- 6) Di conseguenza nasce la possibilità di trasformare il ricovero coatto in ricovero volontario.**
- 7) Vengono forniti incentivi finanziari per migliorare le strutture.**
- 8) Viene abrogato l'obbligo di annotazione dei ricoveri nel casellario giudiziario.**

Il presente

LEGGI E DECRETI

LEGGE 13 maggio 1978, n. 180.

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Art. 7.

*Trasferimento alle regioni delle funzioni
in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica*

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Art. 11.

Norme finali

Le disposizioni contenute negli articoli 1,2,3,4,5,6, 7,8,e9 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Data a Roma, addì 13 maggio 1978

LEONE

ANDREOTTI - BONIFACIO -
ANSELMINI

Visto, *il Guardasigilli*: BONIFACIO

Legge n. 180 del 13.5.1978

Legge n. 833 del 23.12.1978

- 1) Normativa per TSO ed istituzione SPDC**
- 2) Abolizione manicomi**
- 3) Demanda alle regioni l'organizzazione del DSM**

Legge n. 36 del 14.2.1904. 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 o possano essere convenientemente custodite e curate fuorchè nei manicomi”.

Legge n. 833 del 23.12.1978. Art. 34.

“Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall’infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere”.

Abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 cp)

Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a se stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro.

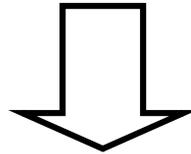
La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte.

Le pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato.

Rapporto di causalità (art. 40 cp)

Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione.

Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.



POSIZIONE DI GARANZIA

La posizione di garanzia si manifesta in due forme differenti: le posizioni di protezione e quelle di controllo.

Le posizioni di protezione vedono il garante obbligato ad evitare pericoli provenienti da terzi nei confronti del bene giuridico sotto la sua protezione (ad esempio un paziente in anestesia o un bambino all'asilo).

Le posizioni di controllo pretendono dal garante obbligato un costante controllo sul bene, o su una determinata fonte di pericolo, al fine di evitare che terzi vengano messi in pericolo dal bene stesso (ad esempio la manutenzione di un macchinario o la custodia di un animale), non potendo essi autoproteggersi senza un'ingerenza nei beni altrui.

Nell'ambito della medicina la posizione di garanzia è comunemente intesa nei termini di posizione di protezione, in cui il bene protetto è la salute del paziente.

In psichiatria alcune recenti sentenze hanno posto in capo allo psichiatra anche l'obbligo della posizione di controllo.

Non si tratta solo della fondamentale tutela del diritto alla salute del paziente, ma anche dei diritti della società ad essere garantita, difesa dai comportamenti dei malati di mente.

**In ambito psichiatrico la responsabilità professionale
è per lo più legata:**

-al suicidio del paziente (*protezione*)

**-alla commissione di reati o di eventi lesivi da parte di un paziente
a danno di terzi (omicidi, lesioni personali, incidenti stradali, ecc.)
(*controllo*)**

**Guardando al futuro:
una psichiatria senza obblighi di cura?**



**4.6.2019. Il caso di Noa Pothoven scuote l'Olanda.
Si lascia morire a 17 anni assistita da medici e parenti**

**Guardando al futuro:
le possibili evoluzioni del consenso**

Art. 38

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.



LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 1 - Consenso informato

Art. 2 – Ostinazione nelle cure e dignità nella fase finale della vita

Art. 3 – Minori e incapaci (incapacità legale)

Art. 4 – DAT (incapacità naturale)

Art. 5 – Pianificazione condivisa delle cure (incapacità naturale)

Le DAT riguardano le persone incapaci di esprimere la propria volontà

**Si tratta di incapacità naturale,
situazione molto diversa da quella che si determina
nei casi in cui si rende necessario un ASO/TSO**

Nei disturbi mentali, invece, vi sono nuovi strumenti per affrontare eventuali esacerbazione dei disturbi?

Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)

Pianificazione condivisa delle cure (legge 219/17)

Surrogate decision making

Advanced directives

Joint crisis planning

Direzione futura:

decisioni condivise

shared decision making