



**“I non luoghi della malattia mentale  
a 40 anni dalla legge Basaglia”**



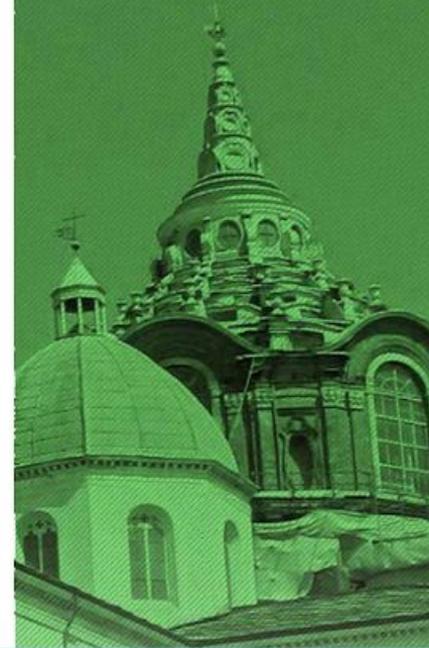
Relatore: Silvio Costamagna, Psichiatra

Moderatore: Lara Reale

Baldini+Castoldi Piu

Rapporto da un ospedale psichiatrico

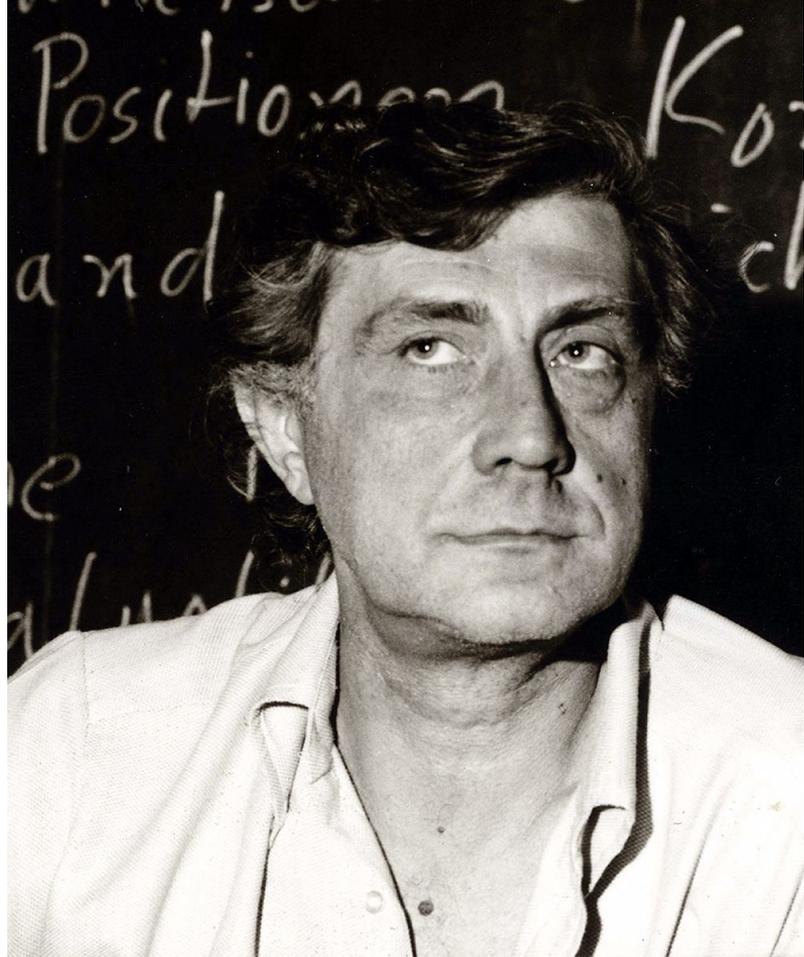
Nota introduttiva  
Franca Ongaro Basaglia



# Salute mentale, raccontata da Peanuts

<https://marybethspang.weebly.com/depression-daily/mental-health-as-told-by-peanuts#>



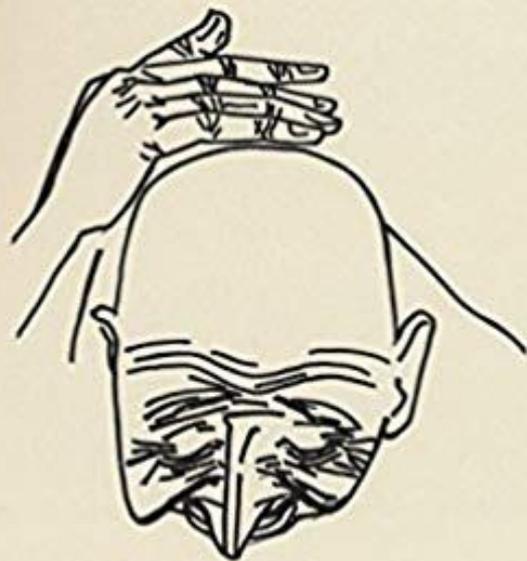


## L'istituzione negata

Rapporto da un ospedale psichiatrico

A cura di Franco Basaglia

Nota introduttiva di  
Franca Ongaro Basaglia



## Introduzione 1:

- a) i NON LUOGHI e le “espressioni ad effetto come “abitare la malattia” (cfr MANICARDI) La sofferenza si affronta, si vive, si fugge, si subisce, in talune condizioni patologiche si cerca
- b) é possibile una elencazione dei LUOGHI cui seguiranno i NON LUOGHI:
- c) LUOGHI 1) la persona, 2) la famiglia intesa come affetti: (quanto dolore può contenere il cuore di un figlio, di un genitore, di una sorella, di un fratello di un amico?); 3) le dimore. Il luogo diviene espressione di sofferenza e la sofferenza contribuisce al disegno del luogo in una reciprocità quasi aritmetica. 4) le sedi istituzionali, ovvero, Ambulatori dei Centri di Salute Mentale, Centri diurni, Day Hospital, Reparti psichiatrici di diagnosi e cura, Comunità Psichiatriche, comunità alloggio, gruppi appartamento, REMS.

## Introduzione 2:

### i LUOGHI:

1. AMBULATORI (Disturbi d'ansia, Episodi depressivi moderati, Disturbi di pers.)
2. DAY HOSPITAL Idem
3. CENTRI DIURNI; interventi riabilitativi mirati sulle psicosi
4. **REPARTI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA** Interventi su disturbi maggiori” in condizioni di urgenza.
5. **COMUNITA' PSICHIATRICHE** luoghi per la risposta a interventi assistenziali in tempi medio lunghi)
6. **COMUNITA' ALLOGGIO** Possibile evoluzione dei percorso riabilitativo
7. **GRUPPI APPARTAMENTO** Idem
8. **REMS** Valutazioni da fare ad hoc in ordine ai provvedimenti di legge.

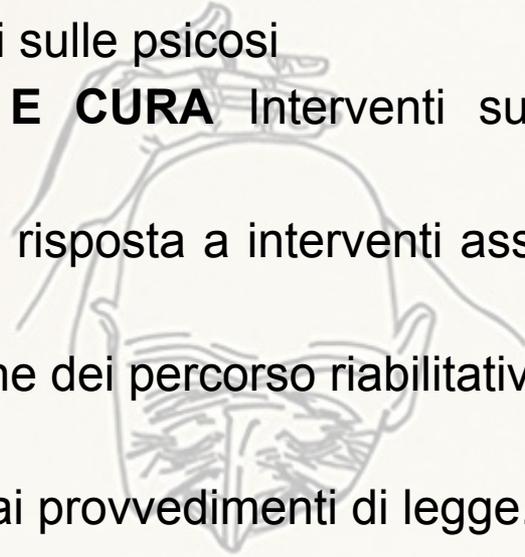
Baldini+Castoldi Plus

### L'istituzione negata

Rapporto da un ospedale psichiatrico

A cura di Franco Basaglia

Franca Ongaro Basaglia



## Introduzione 4:



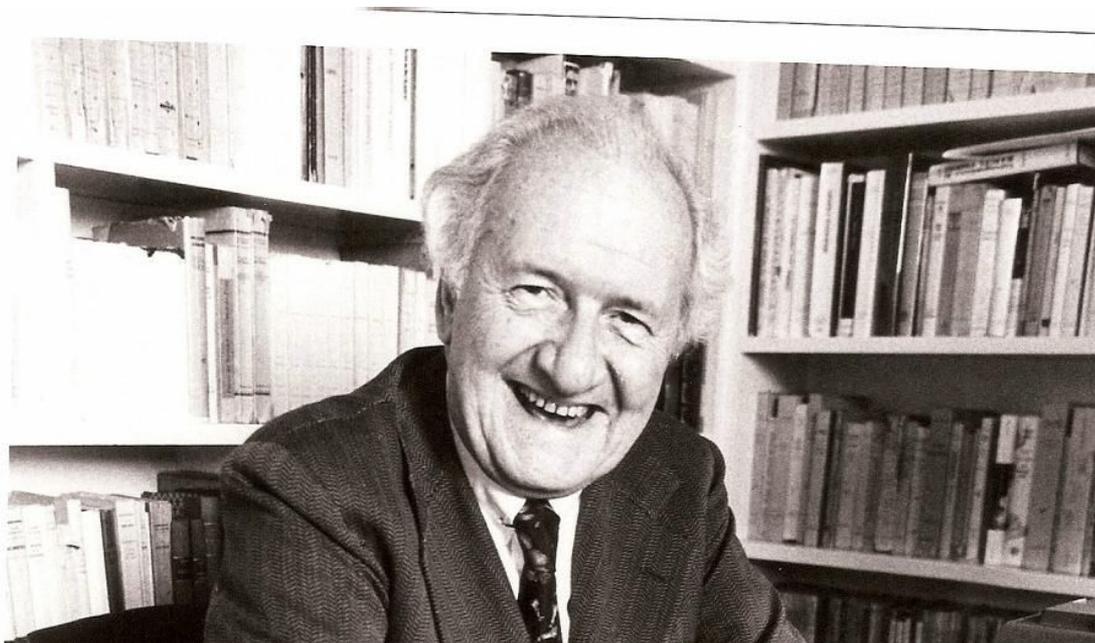
Il manicomio che ho vissuto fuori e che sto vivendo non è paragonabile a quell'altro supplizio che però lasciava la speranza della parola.

Il vero inferno è fuori, qui a contatto con gli altri, che ti giudicano, ti criticano e non ti amano.

Alda Merini

Le considerazioni che seguiranno si ispireranno ai principi della psichiatria clinica nelle declinazioni biologiche psicologiche e sociali, con un tentativo di lettura laica della storia e delle diverse posizioni ideologiche o pseudo-ideologiche. Quindi, non solo BASAGLIA ma anche TOBINO.

Mario Tobino, che era «un uomo di cuore, diceva che la sua vita era lì, che i pazzi erano i suoi simili» (Sgarbi). «La cupa malinconia, l'architettura della paranoia — disse allora Tobino —, le catene delle ossessioni esistono anche se si chiude il manicomio»



**Mario Tobino** (Viareggio, 16 gennaio 1910 – Agrigento, 11 dicembre 1991)

### **Beato chi semplice vive**

Beato il contadino,  
lui lavora il campo che brilla,  
nel cielo che fa festa;  
beato il navigante,  
lui tranquillo aspetta sulla prua  
che il delfino innocente si avvicini.  
Beato chi vive come il fiume  
secondo che dice natura.  
Beato chi semplice vive  
felice per un cibo profumato  
dopo la fatica del giorno.  
Beato l'umile che sorride  
per un'altra sera  
che gli è dato di vedere,  
e la notte immensa l'avvolge  
e l'inonda di serena speranza



## excursus storico

### Esperienze personali - professionali, le vicende di un Ospedale psichiatrico provinciale.

Prima legge nazionale sull'assistenza psichiatrica in Ita  
L. N°36/1904 (IN VIGORE FINO AL 1968)  
"Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienat

- Legge di ordine pubblico e non sanitaria (non cura ma protezione della società dagli alienati)
- dà ampi poteri ai medici alienisti
- sancisce il "ricovero coatto"
- contribuisce alla diffusione dello stigma negativo sulla malattia mentale

### Legge N°431/1968 LEGGE MARIOTTI

- Per la prima volta il "malato di mente" è una persona con una malattia pari alle altre.
- Possibilità di trasformare il ricovero coatto in volontario, previo accertamento del consenso della persona.
- Conseguenze operative:
  - trasformazioni all'interno dell'O.P.
  - istituiva alcune attività preventive e riabilitative fuori dalle mura del manicomio.

## LEGISLAZIONE

### Premessa

Il periodo storico nel quale nasce la legge **BASAGLIA**, le esperienze **BASAGLIANE**, la pressione dei referendum radicali sull'abolizione degli ospedali psichiatrici, la necessità di ovviare a questa evenienza (vedi referendum precedenti su divorzio e aborto).

**Articoli della legge.**

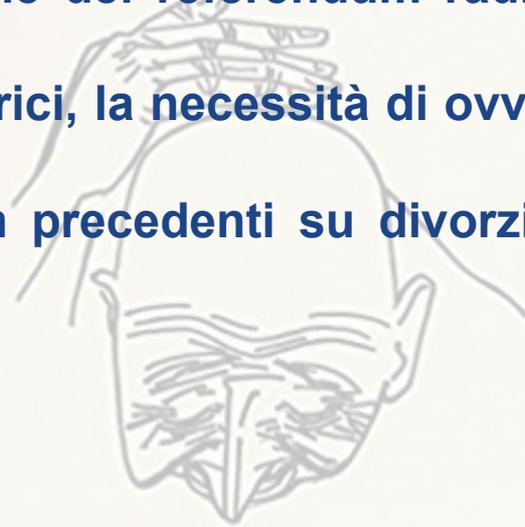
Baldini+Castoldi Plus

### L'istituzione negata

Rapporto da un ospedale psichiatrico

A cura di Franco Basaglia

Introduzione di  
Franca Ongaro Basaglia



## LEGISLAZIONE 1)

### Art. 33 - Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma **volontari**. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria **accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori**, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. **Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico.** Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, **ove, necessiti la degenza**, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

## LEGISLAZIONE 1)

### Art. 33 - Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità. Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

## LEGISLAZIONE 2)

### Art. 34 - Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni **preventive, curative e riabilitative** relative alla salute mentale

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma. **Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano 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.**

## LEGISLAZIONE 2)

### Art. - 34 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla **convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale** e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma. Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

### LEGISLAZIONE 3)

#### ***Art. - 35. Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale***

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, **da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.** **Il giudice tutelare**, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, **provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco.** In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest' ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza.

### LEGISLAZIONE 3)

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto. **Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.**

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare

## LEGISLAZIONE 4)

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

## LEGISLAZIONE 4)

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

**Il presidente del tribunale,** acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, **può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.**

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

## **RIASSUNTO PUNTI CARDINE DELLA LEGISLAZIONE LEGISLAZIONE 5)**

- 1. LA CRITICITA' E' LEGATA ALLA SOTTRAZIONE DELLA LIBERTA' PERSONALE DI QUI GLI ASPETTI BUROCRATICO AMMINISTRATIVI VOLTI A GARANTIRE LA DIGNITA' DELLA PERSONA SOTTOPOSTA A CURE OBBLIGATORIE**
- 2. C'E' IL VINCOLO A CERCARE SOLUZIONI ALTERNATIVE**
- 3. L'OSPEDALE EXTREMA RATIO E' IN REALTA' LA RISPOSTA PIU' ADEGUATA;**
- 4. I TEMPI SONO DI SOLITO, NELLE REALTA' DI PROVINCIA, MOLTO CONTRATTI;**
- 5. ESISTE LA POSSIBILITA' DI RICORSO:**
- 6. DUE CASI ANEDDOTICI.**



D A R I O P E N N E

B L O C C O E

<https://youtu.be/221bNkT6gTE>

I V P I A N O

D I S E R G I O B E R T A N I

T R A T T O D A

U N A S T O R I A V E R A



## LEGISLAZIONE 5)

La regione nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduato superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

## LEGISLAZIONE 5)

**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 psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.**

**La regione disciplina altresì con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.**

## LEGISLAZIONE 6)

La regione, a partire dal 1 gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.

## LEGISLAZIONE 6)

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a

15. Sino all'adozione e di provvedimenti delegati di cui all'art. 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli artt. 4 e 5 e dall'art. 7, D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128. Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'art. 6 del D.L. 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella L. 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici e dalle amministrazioni provinciali.

## LEGISLAZIONE 6)

Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima dell'entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'art. 27, D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616, sono compresi gli infermieri di cui all'art. 24 del regolamento approvato con R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera a) dell'art. 6 della presente legge la **regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.**

Restano in vigore le norme di cui all'art. 7, ultimo comma, L. 13 maggio 1978, n. 180.

## LEGISLAZIONE 7)

### 1) La riforma della coazione psichiatrica.

Il nuovo Trattamento Sanitario Obbligatorio prevede che esso: abbia una durata “in automatico” non superiore ad una settimana. Possa essere rinnovato, ma “l’onere della prova” spetta allo psichiatra. La legge 1904 aveva una durata del periodo di osservazione di un mese, dopo il quale scattavano o la dimissione, oppure il ricovero definitivo; sia responsabilità del Sindaco e non più della Polizia (o del Pretore).

## LEGISLAZIONE 7)

### 1) La riforma della coazione psichiatrica.

Ciò a sottolineare da un lato il prevalere del carattere sanitario ben più che di quello repressivo della misura di limitazione di libertà del soggetto, dall'altro a prevenire il rischio dell'uso politico della psichiatria. Il Sindaco, quale autorità politica cittadina che risponde al proprio elettorato, difficilmente fungerà da corpo separato; il ruolo della Magistratura viene confinato in quello di un controllo "ex post" di legittimità, nella figura del Giudice Tutelare

## LEGISLAZIONE 8)

Il passaggio della crisi dal manicomio all'ospedale civile. Viene vietato da subito il ricovero di nuovi pazienti nei vecchi manicomi. Si rende obbligatoria l'apertura di nuovi reparti, meglio: "servizi" negli ospedali civili. Per i vecchi pazienti si ammette la possibilità, qualora necessario, per ulteriori tre anni, di richiedere la riammissione nel vecchio Ospedale Psichiatrico. Per la verità questa costruzione, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, non fu voluta da Franco Basaglia ma rappresentó un compromesso, che fra l'altro ebbe il vantaggio di accontentare i sindacati dei medici e degli infermieri. Questi si vedevano aumentare i parametri contrattuali e quindi gli stipendi e insieme videro aumentare prestigio e potere.

## LEGISLAZIONE 9)

La chiusura graduale ma definitiva del manicomio e la riconversione delle risorse da esso rappresentate nei servizi alternativi territoriali. Come spesso succede nella storia, una chiusura così, sancita dall'alto, se è vero che sancì il nuovo nella psichiatria italiana in maniera inequivocabile e quindi rappresentò uno strumento formidabile di espansione dei contenuti della riforma, tuttavia essa pose le fondamenta, in mancanza di una elaborazione sufficientemente approfondita, di ciò che avvenne di negativo in quegli anni, e sta tuttora avvenendo. E cioè la mancata cesura con talune pratiche manicomiali in senso stretto, quali la contenzione fisica del paziente con legatura al letto e le porte chiuse a chiave.

## **LEGISLAZIONE 9) RIASSUNTIVA**

- 1. SI CERCA DI SUPERARE L'OSPEDALE PSICHIATRICO**
- 2. E' VIETATO RICOSTRUIRE MANICOMI**
- 3. SI DEVE RIUTILIZZARE IL PERSONALE ADDETTO**
- 4. E' TASSATIVO NON AVERE PIU' DI 15 POSTI LETTO PER IL REPARTO**
- 5. E' TASSATIVO CURARE IN 7 GIORNI (SALVO PROROGA)**
- 6. VUOLE PREVALERE IL CARATTERE SANITARIO (CON CRITICITA')**

**Nessuno è normale  
visto da vicino e  
ogni colore ha  
tante sfumature**



LEGISLAZIONE 10) le proposte di riforma alla attuale legge.



DI.A.PSI.

ASSOCIAZIONE DIFESA AMMALATI PSICHICI (ODV)

SAVIGLIANO-FOSSANO-SALUZZO



**telefono** **Viola**  
contro gli abusi e le violenze psichiatriche



**Unasam**  
UNIONE NAZIONALE DELLE ASSOCIAZIONI  
PER LA SALUTE MENTALE

**17° fitwalking**  
del **CUORE**

## LEGISLAZIONE 10) le proposte di riforma alla attuale legge.

181 presentazione del 27 marzo 2014, quindi datata.

contiene considerazioni su: “fiducia e speranza, colori pastello e donazioni private, sapere di ciascuno-sapere di tutti, gli UFE, stigma e pregiudizi no grazie, nei percorsi di cura fare squadra é bello con un Garante é anche meglio, sapere a chi rivolgersi la PSICOCARD”.

PROPOSTE DATATE es. BURANI PROCACCINI



## **L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 1) (CRITICITÀ)**

- 1. l'accesso ai CSM é diretto; (articolato tuttavia nelle diverse realtà locali)**
- 2. la cura é proposta a livello ambulatoriale;**
- 3. i casi che richiedono interventi riabilitativi sono presi in carico in equipe con Psichiatra, Psicologo, Infermiere, Educatore Professionale, Assistente Sociale.**
- 4. Le eventuali criticità cliniche, (in alcuni casi anche comportamentali) vengono affrontate in Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura o nelle Case di Cura Convenzionate**
- 5. La valutazione degli esiti impone la considerazione della cronicità e della ipotesi di inserimento di Pazienti, autori di reato nelle REMS**

## **L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 2) (CRITICITÀ)**

**Autoreferenzialità/esasperata autocritica; (siamo i migliori, funzioniamo al meglio, siamo i peggiori non produciamo nulla di utile);**

- 1. Perdita di prospettiva negazione della cronicità; (es. l'abbandono del Paziente grave)**
- 2. Tendenza alla reiterazione di “prassi consolidate” con una scarsa flessibilità duttilità a esigenze mutate; (spesso occorre ricordare che, qualora avessimo delle patologie di nostra pertinenza vorremmo essere considerati/trattati nel migliore dei modi);**
- 3. Importanza di alcuni DETTAGLI a) il modo di rispondere al telefono; b) la comunicazione efficace; c) la pianificazione del lavoro.**
- 4. CASI SPECIFICI: TSO REMS**

## L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 3) (CRITICITÀ)

- IL T.S.O.

a) considerazioni *autobiografiche* sull'evoluzione della modalità di attuazione del provvedimento.

(necessità di cure, non accettate dal Paziente, impossibilità di attuarle al di fuori della struttura ospedaliera). *Dal caos primordiale all'attualità. i moduli le diagnosi la firma.* e. ancora, gli Accertamenti Sanitari Obbligatori.

### MODALITÀ DI ATTUAZIONE DI UN T.S.O.

- **La coercizione/privazione della libertà personale;** Profili di responsabilità penale art. 40 ultimo comma, (Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo) (Art. 605 c.p. Chiunque priva taluno della libertà personale (1) è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni). La pena è della reclusione da uno a dieci anni, se il fatto è commesso: 1) in danno di un ascendente, di un discendente, o del coniuge.

## L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 4) (CRITICITÀ) MODALITÀ DI ATTUAZIONE DI UN T.S.O.

a) si tratta di un atto medico?

b) si tratta di un atto amministrativo?

- Se é un **provvedimento amministrativo** il medico ha **ben poco margine di intervento**, assiste alla esecuzione del provvedimento;
- Se é un **atto medico** va da sé che il medico sia garante della buona attuazione del provvedimento sotto il profilo clinico ed assistenziale;

**quali soluzioni?**

se il provvedimento di ricovero obbligatorio fosse attuato in collaborazione fra psichiatra curante, urgentista e forze dell'ordine, con buona probabilità non si incorrerebbe in condizioni di rischio per il Paziente e per chi attua il provvedimento.

# L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 5) (CRITICITÀ)

## LE R.E.M.S.

1. nascono anche qui in un clima “emergenziale! sulla spinta della esigenza di superare gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari
2. in piemonte ne abbiamo due; una é la REMS Anton MARTIN dell'ospedale Fatebenefratelli di SAN MAURIZIO CANAVESE, l'altra é la REMS DELLA Casa di Cura SAn Michele di BRA.
3. Indicazioni contrastanti fra esigenze custodialistiche ed esigenze riabilitative.
4. la saturazione dei posti letto.
5. La collaborazione con i servizi territoriali

**stopog.it**



per  
l'abolizione  
degli  
Ospedali  
Psichiatrici  
Giudiziari

"la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"  
(art. 32 Costituzione Italiana)

## **L'ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA 6)**

### **NOTE RIASSUNTIVE**

- 1. SONO INDIVIDUABILI DEI PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALI PER I DIVERSI TIPI DI PATOLOGIE**
- 2. LA CRONICITA' INTERPELLA LE SCELTE DI POLITICA SANITARIA E DI ORGANIZZAZIONE, SPESSO NEGLETTA, CHIEDE DI ESSERE AFRONTATA E GESTITA SOPRATTUTTO NELLE SUE MANIFESTAZIONI MAGGIORMENTE INVALIDANTI**
- 3. OCCORRE ELASTICITA' NEGLIO INTERVENTI GIACCHE' LE RISPOSTE DEBBONO ESSERE DIFFERENZIATE IN BASE ALLE PECUIARITA' DELLA CONDIZIONE DEL PAZIENTE.**

## **D) LA POSIZIONE DI GARANZIA. 1**

- 1. Un concetto esteso a TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE, ergo anche agli operatori della psichiatria;**
- 2. il caso di scuola: Imola. maggio 2000; Ateo CARDELLI, operatore sanitario, viene soppresso da un paziente schizofrenico, Giovanni MUSIANI, dimesso da una struttura manicomiale. Il Paziente é considerato incapace di intendere e di volere. Viene condannato lo psichiatra curante Dott. Euro POZZI in quanto é riconosciuta in capo al Collega la cosiddetta posizione di garanzia**
- 3. altri casi di realtà locali.**

## **D) LA POSIZIONE DI GARANZIA. 2**

### **DEFINIZIONE**

**è il reato addebitabile al soggetto che, in posizione di responsabilità verso un terzo (paziente persona affidata a cure) imponga di impedire il verificarsi di un determinato evento, e, viceversa, non compia l'azione necessaria perché l'evento sia evitato. La responsabilità penale per il reato omissivo improprio presuppone quindi la posizione di garante dell'autore del reato.**

## **D) LA POSIZIONE DI GARANZIA 3.**

### **CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE.**

- 1. E' una responsabilità in capo, con graduazione di merito, ai diversi operatori sanitari;**
- 2. Deve essere attentamente valutata per evitare**
  - a) provvedimenti di medicina difensiva**
  - b) provvedimenti che espongano a grave rischio l'incolumità di Paziente, altri Pazienti. Operatori Sanitari, familiari.**
  
- 2. Ne consegue che il concetto di pericolosità sociale a sè ed agli altri che esce dalla porta con la legge 180 rientra dalla finestra del concetto di posizione di garanzia.**

## D) LA POSIZIONE DI GARANZIA 2.

### Se lo psichiatra è “colpevole” per il suicidio di una sua paziente



09 OTT - Gentile direttore,  
suscita molta perplessità la recente sentenza della Cassazione Penale [n. 33609/2016](#) con la quale è stata applicata la posizione di garanzia al medico psichiatra in relazione al suicidio attuato dal paziente in cura. Nel caso specifico un medico psichiatra in servizio presso il reparto di neuropsichiatria della casa di cura è stato accusato di omicidio colposo in quanto avrebbe omesso di adottare misure di protezione idonee ad impedire che la paziente, ricoverata con diagnosi di disturbo bipolare in fase depressiva con ideazione negativa a sfondo suicidario, si allontanasse dalla stanza in cui era ricoverata, raggiungesse un'impalcatura allestita all'esterno della struttura ospedaliera, lanciandosi nel vuoto trovando così la morte.

Colpiscono le affermazioni contenute nella sopracitata sentenza: "laddove l'imputato (lo psichiatra) avesse assicurato una stretta e continua sorveglianza, l'evento lesivo (suicidio) oggetto di giudizio non si sarebbe verificato con certezza, secondo una valutazione prognostica ex ante condotta in coerenza al principio dell'elevata probabilità logica e della credibilità razionale".

"Secondo le linee guida più riconosciute (per altro non specificate), nel settore specifico psichiatrico, si rendeva assolutamente necessario procedere, oltre a tutti gli interventi di tipo farmacologico, a una stretta sorveglianza intesa come assistenza della paziente ventiquattr'ore su ventiquattro".



"Proprio le condizioni della paziente evidenziate nell'imminenza del fatto, le notizie anamnestiche legate alle precedenti esperienze di tentativo di suicidio, unite alla diagnosi di accettazione, rendevano con evidenza largamente prevedibile, e altamente intenso sul piano obiettivo, il rischio di un rinnovato tentativo di suicidio della donna" (Corte Cassazione Penale n. 33609/2016)

**In altre parole, secondo la Suprema corte se il medico psichiatra avesse disposto una stretta sorveglianza**

**Abstract.** *La responsabilità colposa dello psichiatra si inquadra fra i settori di particolare complessità del diritto penale della medicina sia per il medico, sia per il giudice chiamato a valutarne l'operato. Rispetto al passato, è oggi differente il modello culturale di riferimento e la ricostruzione dei compiti dello psichiatra se da un lato consente di rigettare le pretese di residui obblighi custodiali, valorizzando il ruolo partecipativo anche del paziente psichiatrico, dall'altro porta alla luce il collegamento tra cornice della posizione di garanzia e rischio consentito: è proprio l'esigenza di contrastare e frenare un determinato rischio per il paziente che individua e circoscrive, sul versante della responsabilità colposa, le regole cautelari. Si profila per tale via il legame tra posizione di garanzia, obblighi impeditivi e regole cautelari: le regole di condotta a contenuto precauzionale rilevanti ai fini dell'imputazione colposa hanno sempre come presupposto e limite i doveri del medico, al quale non si può chiedere in misura di diligenza, prudenza e perizia più di quanto egli sia tenuto a fare in posizione di garante. In questo scenario, va indagato il ruolo effettivamente svolto da linee guida e buone pratiche mediche accreditate dalla comunità scientifica al cospetto di gesti autolesivi del paziente psichiatrico (in primis il suicidio), connotati da un fisiologico e ineliminabile tasso di imprevedibilità e ingovernabilità del rischio.*

SOMMARIO: Il tema. – 1. Le incertezze della psichiatria. – 2. Gli obblighi dello psichiatra: dal passato al presente (e ritorno?). – 2.1. Il timore di un passo indietro. Cenni sulla sanitarizzazione delle nuove REMS. – 2.2. L'instabilità del contesto. – 3. Le intersezioni tra posizione di garanzia e regola cautelare. – 4. L'intreccio tra volontà del paziente e rimproverabilità. – 5. Psichiatria e *evidenced based medicine* o psichiatria vs. *evidenced based medicine*? – 6. La fisiologica imprevedibilità del paziente psichiatrico e il paradosso del rischio suicidario. – 7. Un tentativo di composizione finale.

## E) L'ASSISTENZA IN EPOCA COVID 19 2

1. iniziale criticità legata alla “novità” emergenziale (direttive linee guida, assunzioni di responsabilità)
2. Proposta di iniziative operative e, viceversa di supporto che non sono ancora oggi adeguatamente valutate negli esiti (turnazione del personale, finestra di ascolto), oscillazioni fra atteggiamenti di negazione del rischio ed atteggiamenti di rifiuto del rischio;
3. abbattimento delle riunioni.
4. timida proposta di contatti via web.



<https://invececoncita.blogautore.repubblica.it/articoli/2020/10/10/abitare-la-mente-sentirsi-pensati/>

## E) L'ASSISTENZA IN EPOCA COVID 19 3

MODIFICA DELLE ATTIVITÀ DEGLI EDUCATORI PROFESSIONALI DEL C.D.

1. NECESSITÀ DI ATTIVITÀ ALL'APERTO;
2. SCOPERTA O RI SCOPERTA DELLE ATTIVITÀ MANUALI. GIARDINAGGIO, MANUTENZIONE CON COINVOLGIMENTO IN GRUPPO;
3. CREAZIONE DEL GRUPPO BROADCAST.



<https://>

[nsati/](https://nsati/)

## E) L'ASSISTENZA IN EPOCA COVID 19 3

1. STRUTTURAZIONE DI UN GRUPPO DI OPERATORI, CONNESSI TRAMITE SMARTPHONE, CON UN GRUPPO DI PAZIENTI;
2. PUBBLICAZIONE A CADENZA CIRCA SETTIMANALE DI BREVI SPOT DELLA DURATA DI ALCUNI MINUTI SU DIVERSE TEMATICHE: CURA DEL CORPO, ATTIVITA' FISICA, GESTIONE DELLA CASA, PREPARAZIONE DI PIATTI DI CUCINA, CURIOSITA' DI STORIA LOCALE, INTRATTENIMENTO.
3. VALUTAZIONE PERIODICA DEL GRADO DI SODDISFACIMENTO DEL GRUPPO DEI PAZIENTI
4. ARTICOLAZIONE DI UN CORSO PER L'USO INTELLIGENTE DEL CELLULARE.





<https://>

[nsati/](https://)



la confusione e' massima sotto il cielo, la situazione  
é ottima

Tu lo sai bene: non ti riesce qualcosa, sei stanco e non ce la fai più. E d'un tratto incontri nella folla lo sguardo di qualcuno - uno sguardo umano - ed è come se ti fossi accostato a un divino nascosto. E tutto diventa improvvisamente più semplice.

Andrej TARKOVSKIJ