



U.R.A.S.A.M. *Lombardia* - Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale
Corso Garibaldi, 127- 20121 Milano
Tel.: 02-39265792 - Fax: 02-33006364 –e-mail: urasamlombardia@gmail.com
V.Canzian Tel. 347 7035105
C.F. 97263540151

Trattamenti Sanitari Obbligatorii. Il coraggio di parlarne

Il punto di vista dei familiari

Premessa

L'essere umano non è mai riducibile al suo disturbo, alla sua malattia considerata come entità misurabile e inquadrabile in una diagnosi; e nemmeno egli è riducibile alla sola dimensione biologica. La biologia della persona è contaminata dalle sue determinanti costitutive rappresentate dalla relazione con l'Altro: familiare in primis, poi la scuola, le istituzioni, le leggi che le governano e la cultura. Non c'è soggetto al di fuori della relazione con il mondo. Le neuroscienze confermano come la genetica, i geni della persona, sia influenzata dalla epigenetica, ovvero dal rapporto con l'Altro, l'ambiente e il mondo attorno. L'essere umano non si sviluppa per tappe evolutive lineari bensì per passaggi emancipativi propri a ciascuno; non siamo come gli animali che istintivamente prendiamo ciò che serve ma, in quanto esseri parlanti le nostre pulsioni sono iscritte nel linguaggio. Il bambino deve imparare i codici dell'adulto, deve passare per la domanda all'adulto per avere il soddisfacimento dei suoi bisogni, di cibo, di attenzione, di amore.

E' perciò la relazione a suscitare l'emergenza del soggetto e, in particolare, la sua costituzione è data da una offerta di ascolto in tutte le fasi della vita.

Ciò significa che il T.S.O. non è solo conseguenza della malattia, della eventuale pericolosità, della non volontà del soggetto di volersi curare, ma è una variabile dipendente dal tipo di offerta che i Servizi fanno alla persona: di ascolto, di riconoscimento della sua soggettività, di accoglienza della sua sofferenza e della sua singolarità. Ciascun essere umano è un'eccezione rispetto ad ogni raggruppamento universale in categorie. Egli eccede l'identità conferitagli dalla diagnosi, dalla malattia, dalla sua sofferenza.

Cosa dice la Legge ?

Al riguardo è importante dire che il T.S.O. per legge è una **misura sanitaria** da utilizzare in casi limite a tutela del malato e con modalità di garanzia della libertà e dei diritti inviolabili della persona, in primis il diritto a non subire violenza, come decreta la Legge 180 del 1978, ripresa dalla Legge 833/78 Art. 33-35-35. L'Art. 33 recita: *“possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori secondo l'Art. 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”*. Il T.S.O. si applica *“se gli interventi terapeutici 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”*.

La legge si pone così come elemento terzo, tra il soggetto bisognoso di cure e gli operatori che prestano le cure, ponendo il vincolo del rispetto della libertà e della singolarità della persona. Essa svolge così una duplice funzione:

- pedagogica, per l'importanza, ai fini dell'intervento terapeutico, della ricerca continua da parte dell'operatore dell'adesione volontaria del soggetto alle cure;

- simbolica, per la restituzione della parola alla persona sofferente, per la contrattazione e negoziazione della sua presa in carico, prima, durante e dopo il T.S.O. e dopo le dimissioni dal ricovero in SPDC.

Il T.S.O. in quanto tale, nell'accezione e nell'eccezione in cui la Legge lo richiama e lo delimita, è perciò uno strumento sanitario, necessario in determinati casi e utile. Esso non può perciò mai essere ridotto ad un mandato di cattura, come abbiamo, purtroppo, assistito in alcuni tragici casi recenti.

Il documento della **Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome del 29 aprile 2009** dal titolo **“Raccomandazioni in merito all'applicazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale”** esprime preoccupazione in merito alle pratiche di salute mentale: sull'efficacia delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione; sulla adeguatezza delle risorse disponibili; sulla integrazione della rete dei servizi. Soltanto un'adeguata rete di servizi integrati, in grado di dare adeguate risposte ai problemi *“rende credibile l'impegno, cui sollecita la legge, a portare nell'ordinaria modalità di gestione del bisogno psichiatrico quelle che sono delle eccezioni, è cioè gli interventi fatti senza il consenso del paziente”*.

E' sempre l'offerta, infatti, a creare la domanda e non viceversa. Come affermato sopra, il numero dei T.S.O. rappresentano la cartina di tornasole della capacità/incapacità dei Servizi di prevenirli, attraverso una appropriata presa in carico.

In merito all'applicazione del A.S.O./T.S.O. desideriamo sottolineare il richiamo alla norma che viene fatto nel documento delle “Raccomandazioni” sopracitato, ovvero: *“il punto di applicazione della norma non è il rifiuto dell'intervento ma il bisogno dell'intervento per disturbo psichico: l'attualità e la gravità di essi (i disturbi,) sono gli elementi valutati per primi”*.

Quindi, *“solo l'attualità delle alterazioni cliniche e il rifiuto attuale del trattamento necessario, giustificano il T.S.O.”*.

Inoltre, *“tra le motivazioni del T.S.O. non sono previste né l'incapacità di intendere e volere, né lo stato di pericolosità”*. Ciò significa che lo stato di pericolosità non giustifica il T.S.O.. Con ciò è messo in risalto il valore della norma che *“mentre impone al cittadino un obbligo che riguarda la difesa della sua salute, riafferma i diritti cui deve poter usufruire nonostante lo stato di malattia: i diritti civili e politici, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, il diritto di comunicare con altri a sua scelta anche quando la sua libertà di movimento è limitata, il diritto di agire in giudizio (per opporsi, davanti al tribunale, all'ordinanza amministrativa che gli ha imposto l'obbligo di curarsi)”*.

Considerazioni sull'applicazione della Legge

Senza entrare nel dettaglio delle procedure di applicazione del T.S.O. descritte negli articoli della Legge sopra citata, per brevità evidenzio solo alcuni elementi importanti richiamati anche dalle “Raccomandazioni” di cui sopra:

- la necessità che la convalida del TSO sia di un medico del Servizio pubblico e, in particolare, dove esistono servizi di salute mentale, debba essere fatta dallo psichiatra del servizio pubblico;
- che siano esperiti, prima, durante e dopo A.S.O. e T.S.O. tutti i tentativi per arrivare al consenso alle cure;
- che durante l'ordinanza, di cui è titolare la Polizia municipale, il personale sanitario dia *“collaborazione per suggerire precauzioni per rendere meno traumatico il procedimento e per praticare gli interventi che si rendessero necessari”*;
- che durante l'apertura dei servizi e durante l'apertura del servizio di urgenza, quando presente nel DSM, il *“DSM fornisca l'assistenza sanitaria, sempre necessaria durante l'attivazione del T.S.O. per accompagnare la persona al SPDC”*;

- l'estensione dell'applicazione del T.S.O. anche in luoghi extraospedalieri, in casa con l'ausilio di assistenza domiciliare, o in CPS, obbligando il paziente a visite ambulatoriali, rimane problematico in particolare per le ricadute sulla famiglia su cui incomberebbe un onere il più delle volte superiore alle sue capacità e possibilità.

Criticità attuali

Sono le stesse "Raccomandazioni" ad esprimere preoccupazione sull'efficacia delle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, sulla adeguatezza delle risorse disponibili, sulla integrazione della rete dei servizi. E' ciò che riscontriamo anche in Lombardia dove l'investimento è essenzialmente orientato sulla parte sanitaria: il ricovero in SPDC, poche e brevi visite in CPS per la sola regolazione dell'uso dei farmaci, normalmente dati in eccesso per mantenere le persone "compensate" e le stesse che non possono vivere a casa propria vengono dirottate nelle cosiddette Comunità Residenziali. Circa il 70% della spesa va, infatti, per l'Ospedale, SPDC, e le Comunità Residenziali (CRA, CPA, CPM, CPB) le quali, a causa del periodo di permanenza prolungato per anni riservato agli ospiti, creano cronicità. Il resto 30% va al territorio, al CPS per le visite ambulatoriali, e per attività sociali e socio assistenziali. Sono quindi scarsi i fondi per la prevenzione, per la psicoterapia, per l'accompagnamento, per il sostegno familiare, per l'integrazione sociale, per il lavoro, la casa e la relazione.

Possiamo dire che ci troviamo di fronte una nuova forma di istituzionalizzazione. Crescono i casi difficili e le recidive in quanto le persone sono lasciate in stato di abbandono, in attesa di agiti e di passaggio all'atto per i quali vi è la sola "soluzione" del ricovero in ospedale, spesso con il T.S.O., oppure l'invio nell'OPG di Castiglione, oggi chiamato REMS.

Gli organici sono fortemente diminuiti, nessun riferimento al Progetto Obiettivo 1998-2000 è più rispettato. La cura è fatta prevalentemente di cocktail di farmaci, di prestazioni retribuite secondo il criterio dei raggruppamenti per diagnosi, i cosiddetti DRG, che alimentano i profitti delle AA.O.O. e del privato accreditato su cui occorrerebbe monitorare il quantitativo di riabilitazione o al contrario di solo intrattenimento effettuato. Le contenzioni negli SPDC, ovvero legare le persone nel letto, e i T.S.O. sono pratiche considerate strumenti terapeutici cui fare ricorso, il più delle volte in modo improprio, per tamponare la scarsità di personale, la mancanza di formazione dello stesso; esse rappresentano la soluzione facile, pronta alla bisogna, di fronte ai casi di maggiore difficoltà e gravosità. Viene considerato fisiologico un quantitativo tra il 10-20-25 per cento di T.S.O. sui ricoveri effettuati.

A giustificazione della contenzione, e del T.S.O. vengono spesso evocate la violenza della persona e la sua pericolosità, e tanto più la persona è grande e grossa, falsamente viene considerata pericolosa. Una ulteriore considerazione va fatta sulla mancata attenzione alla salute fisica dei malati, anche in relazione agli effetti collaterali dei farmaci.

Alcune proposte generali

1. lo spostamento di risorse dalle residenzialità al territorio per l'accompagnamento e l'inclusione sociale;
2. prevenire gli esordi ed anticipare gli interventi in età minore;
3. valorizzare e utilizzare, anche all'interno dei servizi, il sapere esperienziale di familiari e delle persone malate;
4. promuovere la formazione alla relazione per gli operatori;
5. rispetto degli standard di personale previsti dal Progetto Obiettivo "salute mentale" 1998- 2000 (1 operatore ogni 1500 abitanti);
6. adozione del budget di salute legato al progetto terapeutico riabilitativo con il superamento della logica di pagamento a prestazioni (DRG);

7. creare la Consulta regionale per la salute mentale che preveda la rappresentanza di soggetti istituzionali, operatori e rappresentanti delle Associazioni ed Enti portatori di interesse, con compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica degli esiti dell'attività dell'area Salute Mentale.

Alcune proposte specifiche

1. realizzare l'addestramento e la formazione professionale delle Polizie locali e delle Forze dell'ordine;
2. fare luce sulle pratiche, consentite e ritenute lecite, delegate dagli operatori dei DSM (medici ed infermieri professionali) alla Polizia Locale e alle Forze dell'ordine più in generale;
3. valutare i criteri adottati dagli psichiatri nel proporre e validare i T.S.O., nonché i criteri adottati dai Sindaci che li dispongono;
4. intervento delle Associazioni dei familiari e dei malati nella formazione degli operatori, innovando radicalmente i contenuti e finalità della formazione professionale di tutti coloro che sono impegnati sul campo;
5. fare appello agli operatori dei DSM, a tutte le loro associazioni nazionali, professionali e scientifiche, all'ANCI (e attraverso l'ANCI ai Comandi delle Polizie locali), alle Regioni, alle Prefetture per il coordinamento dell'impiego delle Forze dell'Ordine a livello locale, per un impegno serrato a verificare la gestione dei T.S.O. in ogni territorio.

Valerio Canzian
Urasam Lombardia

Milano, 8 marzo 2016

Legenda:

A.S.O. : Accertamento Sanitario Obbligatorio

T.S.O. Trattamento Sanitario Obbligatorio

OPG: Ospedale Psichiatrico Giudiziario

REMS: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

SPDC : Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura

CPS: Centro Psico Sociale

DSM: Dipartimento di Salute Mentale

A.A.O.O.: Aziende Ospedaliere

ANCI: Associazione Nazionale Comuni Italiani

DRG: Diagnosis Related Group