

# PUNTI SALIENTI PER UNA NUOVA PROPOSTA DI LEGGE

GENTILE CONCESSIONE ARAP - ROMA  
11 ottobre 2001

## Premesso che:

- l'ARAP fin dal 1981 si è battuta affinché il malato mentale, inconsapevole della propria malattia, sia in ogni caso curato. L'esperienza dimostra che se ciò non avviene la malattia peggiora fino a cronicizzarsi;
- la percentuale degli schizofrenici, in qualsiasi società e ambiente, è dell'1% sull'intera popolazione e che fra gli psicotici la percentuale dei non consenzienti è molto alta;
- è vero che nei manicomi venivano fatti dei soprusi inimmaginabili, ma non è un sopruso anche non curare un ragazzo di 20 anni che, in nome di una libertà di scelta, rifiuta la sua malattia? Una persona con la mente sconvolta, che sente nella testa delle voci inesistenti che gli dicono di essere chi sa chi, o di fare chissà che cosa, come ad esempio di volare, è in grado di scegliere?
- l'idea che ricoverare ed assistere forzatamente una persona incapace di comprendere la propria patologia e il proprio bisogno di cura sia un attentato alla sua libertà è semplicemente aberrante. Milioni di bambini vengono spediti ed assistiti anche in contrasto con la loro volontà, in quanto si comprende che ciò è necessario per il loro bene. Come per ogni altra patologia, anche per la malattia psichica, dovranno quindi essere istituite cliniche specialistiche, nelle quali psichiatri, psicoterapisti e psicologi possano insieme collaborare per migliorare le condizioni dei malati, prevenire ed evitare la nuova cronicità;
- il timore che oggi, alla luce dei nuovi psicofarmaci e dell'evoluzione della psichiatria, si possa ripristinare il manicomio, istituzione antica, inaccettabile, è inesistente;
- la famiglia è rimasta il luogo naturale di gestione del caso psichiatrico, la sola responsabile del malato, nonostante il circuito di strutture territoriali più ambiziose sulla carta che nella realtà;
- è faziioso ripetere che mancano le strutture alternative giacché esse in primo luogo sono utilizzate solo per i malati collaborativi, quelli facili da gestire, ed in secondo luogo, laddove sono state realizzate, non vengono utilizzate dai malati non consenzienti;
- va tutelato il diritto alla cura del paziente, il diritto all'assistenza della famiglia e il diritto alla salvaguardia dei cittadini.

## Nel quadro del processo di riesame dell'assistenza psichiatrica l'ARAP chiede che siano previsti i seguenti punti:

-

### **1. Pronto Soccorso Psichiatrico**

In caso di crisi si deve assicurare al malato la possibilità d'un ricovero sia volontario che involontario (Trattamento Sanitario Obbligatorio).

Occorre quindi trasformare gli attuali SPDC in Pronto Soccorso Psichiatrico dove intervenire in stato di emergenza solo per sedare momentaneamente il paziente.

Negli attuali SPDC dove la permanenza del malato dura pochissimi giorni e gli spazi sono limitati, non è possibile attuare una vera diagnosi e una vera cura e riabilitazione.

## **2. Clinica psichiatrica o Casa di Cura pubblica**

Immediatamente dopo il pronto soccorso occorre trasferire il paziente, sia volontario che in regime di TSO, per tutto il periodo necessario, in una casa di cura specializzata, dove poterlo osservare, inizialmente senza farmaci per poter fare una diagnosi corretta e subito dopo stabilire la cura più idonea perfezionandola e valutandone gli effetti collaterali.

Tale struttura deve essere organizzata secondo criteri umanizzati, rispettando la dignità del malato e assicurando un'assistenza psichiatrica aggiornata.

Ovviamente vanno fornite al malato le garanzie di protezione e di tutela verso possibili deleteri abusi di nuova istituzionalizzazione attraverso un organo preposto.

## **3. Comunità terapeutiche**

Il trasferimento dovrebbe poi avvenire in Comunità Terapeutiche (attualmente in numero insufficiente) dove il ricovero va previsto volontario per quei pazienti che accettino le cure sia farmacologiche che psicologiche ma anche per i non collaborativi e quindi in regime TSO.

Il periodo di permanenza potrà protrarsi anche mesi. Questi tempi più lunghi sono oltremodo utili per i malati non collaborativi affinché l'operatore psichiatrico abbia il tempo necessario per stabilire una relazione con il paziente onde coinvolgere lo stesso in una accettazione del suo disturbo e di conseguenza far sì che si stabilisca una sintonia fra le due figure, operatore – paziente, tale da consentire un programma reale di riabilitazione. Ciò è attualmente impossibile, come già detto, durante i ricoveri presso gli SPDC dove oltre tutto non ci sono le condizioni ambientali, spazi verdi, ecc. tenendo presente che si tratta molto spesso di giovani pieni di vitalità dal punto di vista fisico.

## **4. Residenze protette**

Sia per i cronici gravi che per i malati la cui convivenza in famiglia risulti inaccettabile occorre organizzare una residenza protetta con assistenza sanitaria e/o sociale, 24 ore su 24. Va garantita in ogni caso al malato la continuità del trattamento terapeutico ed assistenziale anche nelle case famiglia. I malati non possono esser lasciati completamente soli a gestire la malattia e la struttura.

## **5. Assistenza psichiatrica domiciliare**

Per i malati che possono essere assistiti e curati in famiglia si deve garantire un'effettiva assistenza domiciliare.

L'operatore psichiatrico deve recarsi assiduamente al domicilio del paziente per accertarsi che i farmaci vengano assunti regolarmente nel modo prescritto. Questo compito non può essere demandato solo alle famiglie. Inoltre l'operatore deve accertarsi che la famiglia sia idonea a seguirlo.

Va previsto un accompagnatore domiciliare psichiatrico che aiuti il malato ad uscire dal suo isolamento, sappia cogliere le sue tendenze e lo orienti verso il suo più congeniale sbocco (day hospital, centro diurno, scuola regionale, cooperativa di lavoro, visite culturali ecc.). Tale operatore deve far da tramite fra utente, famiglia e struttura psichiatrica.

Deve essere comunque garantito un servizio specifico di assistenza e sostegno a tutto il nucleo familiare.

## **6. Responsabilità civile e penale**

Deve essere configurato il reato di omissione di soccorso per quegli psichiatri che non prendono in carico e abbandonano gli psicotici gravi e/o pericolosi con conseguenti gravi danni per l'incolumità di se stessi, dei familiari o di altri.

Dopo le dimissioni del paziente da parte della clinica o della comunità gli operatori psichiatrici devono assicurare la continuazione della terapia.

## **7. Riqualificazione e aggiornamento degli operatori**

Devono essere previsti corsi e seminari, finalizzati a migliorare la capacità di gestire in modo più empatico, equilibrato ed efficace il rapporto con il malato. Ci deve essere un aggiornamento continuo sulle conoscenze mediche nel campo psichiatrico.

## **8. Lavoro protetto per malati psichici**

Devono essere stabilite norme di lavoro protetto e adeguatamente retribuito per i malati psichici, con prospettive d'inserimento graduale nel mondo del lavoro.

## **9. Collaborazione tra operatori psichiatrici e sociali**

E' da promuovere una migliore collaborazione tra gli operatori di psichiatria, psicoterapia, ed assistenza sociale, oggi spesso antagonisti con grave danno per il malato.

## **10. Collaborazione con i familiari**

Per ottenere un miglior risultato dal trattamento e la cura del malato mentale occorre la collaborazione fra operatori e familiari che devono essere supportati ed informati su tutto quello che riguarda i loro congiunti malati. Anche i familiari devono conoscere il Progetto Terapeutico individuale del loro congiunto compreso i farmaci ed il loro uso.

Attualmente il rapporto di collaborazione tra servizi e familiari è molto limitato, cresce quindi la confusione, la sfiducia e la disperazione.

## **11. Ricerca scientifica**

Va assolutamente ripresa la ricerca scientifica sulle malattie mentali con particolare riguardo alle esigenze delle cliniche universitarie.

## **12. Prevenzione**

Il problema fondamentale e prioritario nel campo dell'assistenza psichiatrica è quello della **prevenzione**. Essa viene sbandierata a tragedie avvenute e poi accantonata. Bisogna intervenire, invece, alle prime avvisaglie, anche in sede scolare, e quindi con maggior efficacia su soggetti ancora giovani. Se ciò non avviene, la malattia degenera fino ad arrivare alla cronicizzazione, con conseguenze negative di ogni genere, compreso l'ospedale psichiatrico giudiziale (O.P.G.). Non è da sottovalutare l'onere finanziario per l'intera società.