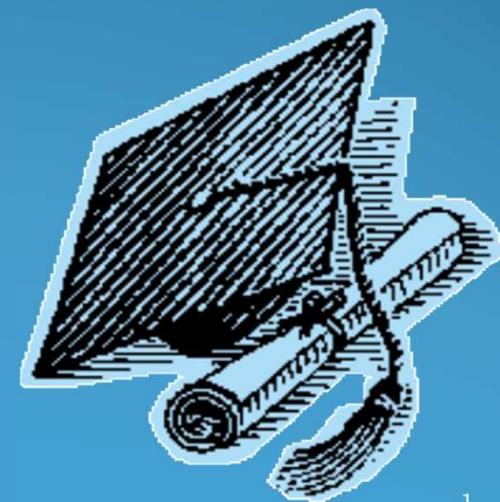


Evoluzione della legislazione italiana in PSICHIATRIA



LEGGE 36/1904

Legge Bianchi

“Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”

- Requisiti per l'internamento: la follia come pericolosità e pubblico scandalo
- Ricovero coatto
- Cura e custodia
- Perdita dei diritti civili e iscrizione nel Casellario Giudiziario.

LEGGE BIANCHI 36/1904

“Disposizioni sui manicomi e sugli alienati”

Quando una persona era “pericolosa a sé e agli altri o di pubblico scandalo” e non poteva “essere curata fuorchè nei manicomi” **scattava l’obbligo del ricovero coatto.**

La richiesta di ricovero poteva essere fatta dai parenti, dal tutore o da **chiunque altro cittadino.**

Il Ricovero coatto veniva autorizzato in via provvisoria dal **Pretore**; il direttore del Manicomio dopo un ricovero di 30 giorni inviava una relazione e su istanza del Pubblico Ministero si autorizzava l’internamento.

LEGGE MARIOTTI 431 DEL 18 MARZO 1968

- Riduce le dimensioni degli OO.PP., stabilendo regole e **delimitazioni** ben definite: un massimo di 600 posti-letto per O.P., con divisioni dotate di un numero massimo di 125 p.l.
- Sancisce un rapporto numerico tra **personale di cura** e ricoverati: il rapporto non deve essere inferiore a 1 operatore ogni 4 pazienti ricoverati
- Suggerisce un più specifico **intervento psicologico** e psicosociale a favore degli assistiti ricoverati in O.P.

LEGGE 431 DEL 18 MARZO 1968

- Introduce il principio del **ricovero volontario** come elemento per rafforzare la qualità dell'osservazione diagnostica e dell'intervento terapeutico nell'O.P.
- Determina l'abolizione della registrazione dell'assistito ricoverato in O.P. nel casellario giudiziario.
- Dispone l'istituzione dei **Centri di Igiene Mentale (CIM)**, come strutture ambulatoriali di supporto terapeutico e sociale agli assistiti dimessi dall'O.P. e rientrati nel territorio di origine.

LEGGE Basaglia

180 DEL 13 MAGGIO 1978

- Dispone il **superamento** degli OO.PP. con divieto di utilizzare l'O.P. per nuovi ricoveri.
- Vieta la costruzione di nuovi OO.PP.
- Garantisce la tutela della **salute mentale con l'istituzione dei servizi psichiatrici territoriali**, chiamati a svolgere le funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali

LEGGE 180 DEL 13 MAGGIO 1978

- Istituisce i **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura** (SPDC) all'interno degli ospedali generali, per la cura volontaria delle persone con disturbi acuti e di quelle sottoposte a **Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO)**
- Prevede l'organizzazione dei servizi territoriali ed ospedalieri in **“forma dipartimentale”** per garantire la continuità terapeutica e la presa in cura globale

LEGGE 833 del 23 dicembre 1978

Legge di riforma sanitaria

Universalismo, uguaglianza, solidarietà
Sono i principi fondamentali del SSN.

Tutti i cittadini hanno **diritto, in rapporto ai loro bisogni** e non alla loro capacità di pagare, di

usufruire di tutti i servizi compresi nei *livelli essenziali di assistenza* stabiliti a livello nazionale (**universalismo**)

A tutti deve essere garantita **pari opportunità di accesso** ai servizi (**uguaglianza**)

Al finanziamento del SSN **concorrono** tutti i cittadini in misura proporzionale al reddito

LEGGE 833 del 23 dicembre 1978

Legge di riforma sanitaria

La riforma sanitaria prevede la distribuzione su tutto il territorio nazionale di una rete di **Unità Sanitarie Locali (USL)**, che provvedono alla prevenzione individuale e collettiva delle **malattie fisiche e psichiche**, all'assistenza medico-specialistica ed infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, ed all'assistenza ospedaliera per le **malattie fisiche e psichiche**.

Viene così sancita la piena **integrazione dei servizi psichiatrici** nel complesso dei servizi sanitari e sociali articolati per unità sanitaria locale e per distretti.

LEGGE 833 del 23 dicembre 1978

Legge di riforma sanitaria

Le Unità Sanitarie Locali provvedono ad erogare le **prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione e di medicina legale**, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti.

Ai cittadini è assicurato il diritto di **libera scelta** del medico e del luogo di cura nei limiti oggettivi dell'organizzazione dei servizi sanitari.

LEGGE 833 del 23 dicembre 1978

Legge di riforma sanitaria

Art. 64

Inserito tra le norme finali e transitorie, stabilisce:

- 1) A partire dal 31/12/1980 **non possano più effettuarsi ricoveri negli ospedali psichiatrici**;
- 2) Il **divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici**, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire in questi ultimi divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche;
- 3) L'istituzione nelle Regioni, a partire dall' 1/1/1979, di **servizi psichiatrici delle Unità Sanitarie Locali**;
- 4) Fissazione di un tetto massimo di **15 p.l. negli SPDC**;
- 5) La destinazione **alle USL del personale e dei beni** delle istituzioni pubbliche.

Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000”

Il Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1998-2000 costituisce “**adempimento prioritario**” previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, che individua la **salute mentale fra le tematiche ad elevata complessità**, per le quali si ritiene necessaria l’elaborazione di specifici atti di indirizzo.

Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale 1998-2000

Indica tra i principali obiettivi:

- a) **Promozione** della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- b) **Prevenzione primaria e secondaria** dei disturbi mentali;
- c) **Prevenzione terziaria**, ovvero riduzione delle conseguenze disabilitanti attraverso la ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale delle persone affette da disturbi mentali.



- *Il Dipartimento di Salute Mentale*

UO DI PSICHIATRIA

La rete dei **servizi essenziali costitutivi**
dell' U.O. di Psichiatria:

- Centro Psico Sociale (CPS)
 - Centro Diurno (CD)
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)
 - Day Hospital (DH)
 - Strutture residenziali (SR)

Centro Psicosociale

E' la sede organizzativa dell'equipe e **il luogo operativo di coordinamento** degli interventi per il luogo di competenza, svolge funzioni di ascolto, prima accoglienza, filtro, valutazione della domanda, individuazione del programma terapeutico.

I CPS sono il vero e proprio punto di riferimento per i cittadini che necessitano dei servizi del DSM, rappresentano il **POLO** di coordinamento di tutta l'attività psichiatrica territoriale e accolgono le più svariate richieste dei pazienti psichiatrici e persone in disagio psichico, fornendo chiarimenti e sostegno a loro e alle famiglie.

Centro Diurno Psichiatrico

Il CD è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata nel contesto territoriale. E' aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana. E' dotato di una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato.

Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo.

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è l'area di degenza ospedaliera dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari ed obbligatori.

Accoglie casi di urgenza o di crisi nei quali sia inefficace ogni altro intervento terapeutico a livello territoriale o si renda necessario un intervento terapeutico intensivo in struttura ospedaliera.

Day Hospital

Il DH costituisce un'area di assistenza semiresidenziale per prestazioni diagnostiche e terapeutico-riabilitative a breve e medio termine.

Può essere collocato all'interno dell'ospedale, con un collegamento funzionale e gestionale con l'SPDC. Può inoltre essere collocato presso strutture esterne all'ospedale, collegate con il CPS.

E' aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni a settimana.

Ha funzione di:

- Permettere l'effettuazione coordinata di accertamenti diagnostici vari e complessi;
- Effettuare **interventi farmacologici e psicoterapeutico-riabilitativi**;
- **Ridurre il ricorso al ricovero vero e proprio o limitarne la durata.**

Strutture residenziali

Strutture extra-ospedaliere in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo con lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative.

Sono differenziate in base all'intensità e alla durata dell'assistenza sanitaria (**a trattamento intensivo, protratto o socio-riabilitativo**) e non hanno più di 20 posti letto.

Al fine di prevenire ogni forma di isolamento e di favorire lo scambio sociale, le SR sono collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili.

L'accesso e la dimissione dei pazienti avvengono in conformità ad un **programma personalizzato concordato e periodicamente verificato** tra operatori del DSM, operatori della SR, pazienti ed eventuali persone di riferimento.