

## TSO: BASTA CON LA SANITÀ VIOLENTA

*In merito alla morte a Torino di Andrea Soldi a seguito dell'inammissibile violenta attuazione di un Tso, Trattamento sanitario obbligatorio, riportiamo integralmente la lettera inviata il 16 agosto 2015 al Ministro della sanità da Gisella Trincas, Presidente dell'Unasam, Unione nazionale delle associazioni per la salute mentale.*

Ancora una volta, nel nostro Paese, a Torino, un giovane muore di Trattamento sanitario obbligatorio, in un modo violento e orribile per mano di chi avrebbe dovuto tutelare la sua salute, di chi avrebbe dovuto accogliere e comprendere. Andrea Soldi stava seduto nella sua solita panchina, in piazza, e un vigile (che doveva eseguire un Tso e non una operazione di polizia) lo ha bloccato con una manovra violenta al collo, prendendolo di sorpresa alle spalle. Sembra che non volesse assumere i farmaci che gli erano stati prescritti dal centro di salute mentale e per questo, i sanitari, hanno attivato un trattamento sanitario obbligatorio (non sappiamo se correttamente autorizzato dal Sindaco e convalidato dal Giudice tutelare, e se il Tso, come prescrivono le norme, è stato preceduto da una serie di interventi di ordine sanitario e psicologico per comprendere le eventuali difficoltà della persona, le sue ragioni, i suoi bisogni, la possibilità di aderire volontariamente alle cure come le norme prescrivono). E' stato bloccato come se si trattasse di un pericoloso criminale da catturare, caricato sulla barella ammanettato e in posizione supina (nonostante l'opposizione del personale del 118). In ospedale è giunto cadavere.

Alcuni giorni prima, un altro giovane di 33 anni, Mauro Guerra, in una cittadina in provincia di Rovigo, mentre tentava di evitare un Trattamento sanitario obbligatorio, scappa scalzo e in mutande per le campagne, viene fermato da un colpo di pistola e muore.

Noi che rappresentiamo le associazioni delle famiglie e delle persone che vivono la condizione della sofferenza mentale, impegnate nelle diverse Regioni d'Italia, e che ci battiamo ogni giorno per il rispetto del diritto alla salute mentale e per il rispetto della dignità umana, non possiamo tollerare ulteriormente che accadano

simili atrocità e che le famiglie debbano vivere drammi di queste dimensioni che segnano per sempre la loro esistenza. Noi non possiamo tollerare che interventi di tipo sanitario vengano interpretati e gestiti con modalità aggressive e violente, ledendo i diritti fondamentali della persona umana, la dignità, aggravando lo stato di fragilità psicologica di chi vive la condizione della sofferenza mentale, segnando profondamente le loro vite.

Non vogliamo entrare nel merito delle responsabilità penali delle persone coinvolte in queste morti (e in altre precedenti questi due terribili fatti), sarà compito delle Procure accertarle e delle inchieste interne deputate alle Asl di competenza. Vogliamo invece esprimere la nostra ferma opposizione e condanna verso un sistema, oramai routinario, con cui si affronta la questione della non adesione ai trattamenti farmacologici in salute mentale. Perché di questo si tratta.

I Trattamenti sanitari obbligatori, infatti, non costituiscono più l'extrema ratio come previsto dalla legge 180/1978 e dalla legge 833/1978 (che ricordiamo sono ispirate all'articolo 32 della Costituzione «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»).

Si utilizza tale procedura (arbitrariamente) ogni qualvolta le persone che vivono la condizione della sofferenza mentale si rifiutano di assumere i farmaci prescritti, alcune volte per gli effetti collaterali insopportabili o perché contrari all'assunzione di psicofarmaci. E che rispetto umano può esserci in un intervento sanitario compiuto con la violenza e la prevaricazione? Eppure le norme sono chiare e invitano a ricercare in ogni modo il consenso al trattamento. Questo significa dedicare tempo ed energie professionali alla ricerca del consenso, mantenendo sempre una comunicazione paritaria, un rapporto di fiducia, una possibilità di contrattazione parlando con le parole giuste e rassicuranti e con le modalità dell'accoglienza e della comprensione umana.

Ma perché questo avvenga, è necessario che i servizi di salute mentale abbiano personale

adeguatamente, motivatamente ed eticamente preparato, strategicamente orientato alla *recovery*. Che le piante organiche siano al completo, che il personale in pensione o in malattia venga immediatamente sostituito. Che siano organizzati e funzionanti i Centri di salute mentale sulle 24 ore, capaci di operare in rete e di intercettare i bisogni del territorio, capaci di dialogare con le famiglie e le persone che vivono la condizione della sofferenza mentale per comprenderne appieno i bisogni e proporre (non imporre) soluzioni e percorsi possibili di cura e di ripresa (casa, lavoro, relazioni sociali). Che siano garantiti i finanziamenti necessari al funzionamento dei servizi e ai percorsi individuali di cura e riabilitazione. Che siano garantiti i sostegni alle famiglie. Che nessuno venga abbandonato.

Occorrono precise linee guida ministeriali e regionali che chiariscano, una volta per tutte, cosa non si deve fare in psichiatria, quali pratiche vanno definitivamente abbandonate, quali lesive della libertà e della dignità della persona umana, come perseguire anche disciplinamente chi opera in salute mentale violando le disposizioni di legge.

Ripetutamente abbiamo portato alla Sua attenzione, e all'attenzione di tutti i livelli istituzionali nazionali e regionali, la drammatica situazione in cui versano i servizi di salute mentale nella maggior parte del territorio italiano; rappresentando le diverse criticità presenti sul territorio ma anche indicando soluzioni e proposte. Ma le uniche risposte che abbiamo ricevuto sono i continui tagli al settore della Sanità (e quindi anche alla salute mentale) e al Welfare da parte di questo Governo e dei Governi precedenti, e i risultati drammatici sono sotto gli occhi di tutti.

Se non si interviene in maniera globale sull'intero sistema, in termini organizzativi, culturali e finanziari, a ben poco servono gli ispettori inviati dal Ministero.

Fermo restando quindi che, sulle vicende in questione, sia fatta piena luce e individuati i responsabili, sollecitiamo, ancora una volta, l'apertura di un urgente tavolo di confronto con il Ministero sull'intero settore, territoriale e ospedaliero, della salute mentale. Chiamando al tavolo di confronto le Regioni e, oltre l'Unasam, tutte le organizzazioni nazionali impegnate nel campo della salute mentale e nella difesa dei principi fondamentali della legge 180/1978 e della legge 833/1978.

Chiediamo l'emanazione urgente e immediata di una circolare alle Regioni e alle Asl affinché si vigili sull'operato dei servizi deputati alla cura e alla tutela della salute dei cittadini, con l'indicazione chiara che in nessun modo si può violare la dignità umana. Che i trattamenti sono di norma volontari e che il consenso deve essere "informato", che legare una persona non è consentito dalla normativa italiana e costituisce quindi reato.

Questa è una richiesta forte che Le rivolgiamo e per la quale ci attendiamo da Lei una risposta tempestiva e concreta.

#### LA SALUTE IN ITALIA SECONDO L'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Secondo le notizie diffuse da "Infocontinua Terzo Settore", nel nostro Paese «*si è passati da una aspettativa di vita alla nascita di 77 anni nel 1990 ad una pari a 83 anni nel 2013 (80 uomini e 85 donne). Una crescita che ci vede secondi al mondo dopo il Giappone, dove si raggiungono gli 84 anni. L'aspettativa di vita in salute raggiunge i 73 anni, così come in Spagna. Meglio solo Singapore con 76 anni. Sono alcuni dei risultati che l'Organizzazione mondiale della sanità ha reso noti nella pubblicazione del World Health Statistics 2015, che rappresenta la fonte ufficiale delle informazioni sullo stato di salute della popolazione mondiale. Contiene i dati provenienti da 194 Paesi su una serie di indicatori di mortalità, di malattia relativi ai sistemi sanitari, tra cui la speranza di vita, le morti per malattie, i servizi e trattamenti sanitari, gli investimenti in materia di salute, così come i comportamenti e i fattori di rischio per la salute.*

«*Tra gli altri risultati interessanti contenuti nel documento, l'indice di mortalità per gli adulti, ossia la probabilità di morte tra i 15 e i 60 anni di età per 1000 abitanti: in Italia, tra il 1990 ed il 2013 questo indice scende fino a quasi dimezzarsi: per gli uomini, infatti, si passa da 129 a 69, mentre per le donne il dato scende da 60 a 38. Con riferimento ai fattori di rischio: in Italia la percentuale di persone adulte (over 18 anni) obese raggiunge il 20,4% tra gli uomini e il 21,6% tra le donne, nel 2014. Il consumo pro-capite di alcol, nel 2010, per individui con più di 15 anni, è pari a 6,7 litri. La percentuale di fumatori over 15 anni è invece pari al 29,1% tra gli*

uomini e al 19,8% tra le donne. Se, però, si prende in considerazione la percentuale di fumatori adolescenti con età compresa tra i 13 e i 15 anni, i risultati si invertono: i ragazzi scendono al 20,6% mentre le ragazze raggiungono il 26,3%. Tra gli indicatori analizzati nel documento ci sono anche la densità di personale sanitario oltre che il numero di strutture, la spesa sanitaria e indicatori demografici e socioeconomici, che evidenziano come l'Italia sia un "Paese per vecchi"».

Per approfondimenti consultare (testo in lingua inglese) il Rapporto integrale "World Health Statistics 2015".

## CARATTERISTICHE DELL'OSPEDALE AMICO DELL'ANZIANO

Nel volume "Il cittadino non autosufficiente e l'ospedale" curato da Enrico Brizioli e da Marco Trabucchi, edito nel 2014 da Maggioli s.p.a. sono indicate le seguenti "Caratteristiche complessive dell'ospedale amico dell'anziano" che riportiamo integralmente.

- I pazienti con patologie acute hanno accesso ai servizi ospedalieri indipendentemente dall'età e dalla residenza (ad esempio le case di riposo); dove non vi è un'adeguata assistenza territoriale, il ricorso all'ospedale è legittimo sul piano civile e doveroso sul piano clinico per qualsiasi categoria di cittadini. Più i pazienti sono fragili e maggiori devono essere le attenzioni rivolte a loro.

- La continuità assistenziale nell'ospedale rappresenta la norma e i pazienti non devono essere trasferiti di letto se non per esigenze cliniche. Nel trasferimento ad altra équipe è prioritario attuare un'adeguata presa in carico, attraverso il passaggio di dati informatizzati e il contatto diretto fra gli staff.

- In ogni reparto vi deve essere un team medico stabile, focalizzato sulla assistenza complessiva del paziente.

- L'accesso all'assistenza specialistica è assicurato a tutti i pazienti e deve essere coordinato da un unico professionista chiaramente identificabile, in particolare quando coinvolge pazienti anziani con comorbidità.

- I livelli assistenziali disponibili in ospedale devono tener conto dell'urgenza e della complessità della patologia e il rapporto pazienti/infermieri deve essere dimensionato tenendo conto di tali fattori e delle caratteristi-

che del paziente (in particolare quelli affetti da difficoltà cognitive o altre fragilità, che richiedono maggiore attenzione anche nelle normali pratiche assistenziali).

- Le competenze e le capacità del team medico devono essere disponibili per tutti i pazienti ospedalizzati, anche quelli nei reparti chirurgici, perché molto spesso affetti da più malattie, oltre a quelle che hanno determinato il ricovero, le quali – a causa delle particolari condizioni di salute e ambientali – possono facilmente scompensarsi.

- L'ospedale deve porre attenzione ad offrire alternative ai ricoveri urgenti attraverso la realizzazione di ambulatori nell'area dell'emergenza, dove siano disponibili anche consulenze specialistiche. In molti casi l'istituzione di reparti di Osservazione breve intensiva geriatrica permette di rispondere al bisogno senza incorrere nei rischi che l'ospedalizzazione prolungata può indurre nella persona anziana non autosufficiente.

- È indispensabile focalizzare sulla pianificazione dell'assistenza una parte rilevante del lavoro clinico e organizzativo durante la degenza, al fine di ottimizzare le dimissioni delle persone che non sono in condizioni di affrontare un periodo anche breve di non "copertura" clinico-assistenziale.

- I servizi sociali e sanitari del territorio devono essere organizzati in modo da accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale con tempestività, e quindi con capacità di operare 7 giorni alla settimana.

## MALATTIE RARE: PROPOSTA LA COSTITUZIONE DI UN COORDINAMENTO NAZIONALE

Premesso che in base alle leggi vigenti il Servizio sanitario deve assicurare «la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata», è allarmante la situazione segnalata da *Avvenire* del 7 giugno 2015, di cui riportiamo integralmente l'articolo "Malattie rare: Regioni divise su cure a bimbi".

«In Italia 50mila bambini, uno su 200, nascono con una malattia genetica grave, che richiede cure complesse per tutta la vita. Un percorso assistenziale segnato da troppi ostacoli, tra diritti negati, disorganizzazione e forti differenze fra Regioni. Anche di questo si è discusso al 71°

Congresso italiano di pediatria a Roma. Da qui anche la proposta di una "Carta dei diritti del bambino con disabilità in ospedale". Ogni Regione – afferma Luigi Memo, Presidente della Società italiana malattie genetiche pediatriche e disabilità congenite (Simgeped) – ha applicato autonomamente il decreto ministeriale sulle malattie rare, senza alcun coordinamento, né integrazione interregionale. Ogni Regione ha provveduto a stilare i propri Piani diagnostico-terapeutici, e lo stesso paziente viene curato in modo differente a seconda del luogo di residenza e ha diritto di ricevere gratuitamente lo stesso farmaco che nella Regione confinante va pagato». Simgeped, Società italiana di pediatria, Società italiana di neonatologia e Società italiana per lo studio delle malattie metaboliche ereditarie e lo screening neonatale, hanno elaborato un documento congiunto in cui si propone, tra l'altro, la costituzione di una Commissione nazionale malattie rare, con il compito di coordinare la produzione dei Piani diagnostico-terapeutici e garantire identici Lea (Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, n.d.r.) per ogni cittadino».

#### MEGASTIPENDI DEI DIRIGENTI CISL: IL DENUNCIANTE VIENE ESPULSO

Come è stato segnalato da "Avvenire" dell'11 agosto 2015 accese sono le «polemiche dopo il dossier sui megastipendi diffuso via posta elettronica, con tanto di Cud e cedolini, dal sindacalista veneto Fausto Scandola, iscritto dal 1968» riguardante in particolare: «Antonino Sorgi, Presidente nazionale dell'Inas Cisl, nel 2014 si è portato a casa 256mila euro lordi: 77.969,71 euro di pensione, 100.123,00 euro di compenso Inas e 77.957,00 euro come compenso Inas immobiliare. Valeriano Canepari, ex presidente del Caf Cisl nazionale, nel 2013 ha messo insieme 97.170,00 euro di pensione, più 192.071,00 euro a capo della Usl Cisl Emilia Romagna: totale annuo, 289.241,00. Ermene-gildo Bonfanti, Segretario generale nazionale Federazione nazionale pensionati Cisl, 225mila euro in un anno di cui 143mila di pensione. Pierangelo Raineri, gran capo della Fisascat Cisl, 237mila euro grazie anche ai gettoni di presenza in Enasarco, più moglie e figlio assunti in enti collegati alla stessa Cisl».

Questo il commento di Fausto Scandola che ha rimediato l'espulsione dalla Cisl: «I nostri diri-

genti ai massimi livelli nazionali si possono ancora considerare rappresentanti sindacali dei Soci finanziatori, lavoratori dipendenti e pensionati? I loro comportamenti, il modo con cui gestiscono il potere, si possono ancora considerare da esempio e guida della nostra associazione?».

Da parte nostra ricordiamo che la pensione mensile delle persone con invalidità grave, impossibilitate a svolgere qualsiasi attività lavorativa proficua, è attualmente di euro 279,75 e che le persone con invalidità 100x100 necessitanti di essere aiutate per tutte le loro necessità vitali (alzarsi, vestirsi, essere imboccati, puliti ecc.) ricevono anche l'indennità di accompagnamento di euro 508,55 al mese corrispondenti a meno di 17 euro al giorno per prestazioni da fornire 24 ore su 24.

#### LA REGIONE PIEMONTE SOSTIENE LE ADOZIONI DI MINORI DI ETÀ SUPERIORE AI 12 ANNI E/O CON HANDICAP

In attuazione dell'articolo 6, comma 8 della legge 184/1983 (1) la Regione Piemonte corrisponde fino al compimento del 18° anno di età del minore, un contributo economico, equiparato all'assegno erogato agli affidatari, a favore delle famiglie che hanno adottato un fanciullo di età superiore ai 12 anni e/o con handicap accertato dalle competenti Commissioni mediche delle Asl.

Al riguardo l'Amministrazione regionale eroga, a far data dal 2008, uno specifico finanziamento agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali a parziale copertura degli oneri per le adozioni difficili, il cui importo complessivo per il 2014 è stato stabilito in 141mila euro come risulta dalla determina del 22 dicembre 2014 n. 70.

Si precisa che alla data del 30 settembre 2014 i casi in carico erano 124 e che l'importo massimo del contributo mensile, fissato nella misura dell'ammontare delle pensioni minime dei lavoratori dipendenti e autonomi (Inps) incrementato del 30 per cento, era di 651,79 euro mensili.

(1) Il comma 8 dell'articolo 6 della legge 184/1983 stabilisce quanto segue: «Nel caso di adozione dei minori di età superiore a dodici anni o con handicap accertato ai sensi dell'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, lo Stato, le Regioni e gli Enti locali possono intervenire, nell'ambito delle proprie competenze e nei limiti delle disponibilità finanziarie dei rispettivi bilanci, con specifiche misure di carattere economico, eventualmente anche mediante misure di sostegno alla formazione e all'inserimento sociale, fino all'età di diciotto anni degli adottati».