



DISTURBI PSICHIATRICI E DIPENDENZE NUOVE EMERGENZE E VECCHI APPROCCI

Roma 7 febbraio 2024



Avv. Giuseppe Bucca

Presidente Associazione Italiana Vittime Vulnerabili di Reato

L'esplosione di femminicidi, omicidi e incidenti stradali in molti casi è determinata da soggetti risultati positivi all'uso di sostanze stupefacenti e alcol o con patologie psichiatriche già diagnosticate dai CSM (Centri di Salute Mentale).

Nel corso degli anni numerose famiglie si sono rivolte all'AIVVR, formulando quesiti e richieste di aiuto in ambito sia giuridico che sanitario e l'Associazione è intervenuta prestando loro l'assistenza necessaria nelle aule di giustizia, nelle strutture ospedaliere e nelle comunità.

Il fenomeno dei tossicodipendenti-malati psichiatrici, contrari alle cure, è in crescita e numerosi rimangono gli "ostacoli" normativi ed etici che non consentono ai più di affrontare adeguatamente il fenomeno nell'interesse degli stessi.

Come gestire tali casi? Quali strutture possono prendersi cura di tali soggetti? I trattamenti sanitari e i programmi terapeutici possono essere imposti senza il loro consenso?

Ai sensi degli articoli 1,2,3,4,5 e 6 della legge 180/1978 è possibile chiedere un trattamento sanitario obbligatorio per chi è sotto l'effetto di droghe, qualora il paziente presenti una sintomatologia psichiatrica tale da rendere assolutamente necessaria una terapia (allucinazioni o deliri che inducano comportamenti pericolosi) e si possa presumere che non sia in grado di valutare il proprio stato.

Tale trattamento, proposto da un medico, deve essere disposto dal sindaco solo dopo la convalida da parte di un Servizio Psichiatrico Pubblico e la legge prevede che, di regola, non possa durare più di sette giorni. Al di fuori di questo caso, non è possibile costringere persone maggiorenni tossicodipendenti a seguire una terapia contro la propria volontà.

Un provvedimento possibile, qualora il comportamento della persona tossicomane comprometta gravemente la sua situazione economica o quella della famiglia, è la richiesta di inabilitazione che non è una sanzione contro il tossicomane o l'alcolista ma, al contrario, è un mezzo per salvaguardare i suoi interessi economici in un periodo in cui non è in grado di occuparsene. Il provvedimento di inabilitazione, infatti, viene a cessare con il venir meno della causa che l'ha determinato.

Un'altra possibilità, sempre più spesso utilizzata, è la nomina di un amministratore di sostegno prevista dal Titolo XII (artt. 404-413) dello stesso Codice civile per persone che "per effetto di una infermità o di una menomazione fisica o psichica" non siano temporaneamente in grado di provvedere ai propri interessi.

Nella comunità scientifica non appare essersi formata, tuttavia, una condivisa valutazione sull'origine e sulle modalità di gestione dei malati psichiatrici con problemi di dipendenza.

Se il disturbo psichiatrico è l'origine di tutte le fragilità, ci si chiede di chi siano figlie le dipendenze da sostanze stupefacenti o da alcol e come tali complesse condizioni debbano essere affrontate. La prevenzione, la gestione e la cura del tossicodipendente-malato psichiatrico di certo sono divenute delle emergenze sociosanitarie tra le più rilevanti della nostra epoca cui occorre far fronte con urgenza nell'interesse comune.

L'approccio dello Stato, nelle sue più diverse articolazioni - sistema sanitario, sociale, giudiziario - risulta ispirato a valutazioni non sempre aderenti alla realtà e molto spesso gli strumenti messi a disposizione degli operatori sono inadeguati.

Basti pensare alle centinaia di persone con disturbi psichiatrici, più o meno diagnosticati, e altrettanti tossicodipendenti con patologie psichiatriche, che vagano giorno e notte per le strade. Il trasferimento dei medesimi presso i vari Pronto Soccorso ed il successivo ricovero nei reparti "chiusi" di SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura) avvengono in casi particolari e solamente allorquando viene loro riscontrata uno stato di "acuzie".

Il tossicodipendente-malato psichiatrico, superata tale fase critica, verrà dimesso dall'SPDC non potendo essere ulteriormente trattenuto contro la sua volontà.

Peraltro, poiché nessun programma terapeutico, senza l'aderenza del tossicodipendente e/o del malato psichiatrico, potrà essere imposto, molti dei tossicodipendenti-malati psichiatrici dimessi e "a piede libero", andranno ad incrementare quella zona che potremmo definire "grigia", potenzialmente pericolosa, formata per l'appunto da soggetti senza cure (perché non vogliono farsi curare o perché non hanno la forza di farsi curare) e senza alcun effettivo controllo.

Numerosi sono i medici, gli psichiatri - specie tra i più giovani - gli psicologi e gli operatori socioassistenziali, che ritengono la tossicodipendenza una malattia, visto che molti dei tossicodipendenti presentano spesso anche disturbi borderline di personalità e a doppia diagnosi.

La necessità di interventi strutturali ed innovativi trova, peraltro, conferma allorquando si passa ad analizzare i dati relativi alle oltre 700 persone, presenti nel nostro Paese, considerate ad alta pericolosità sociale, attualmente anch'esse a "piede libero" e i circa 15 mila in libertà vigilata, affidate ai DSM, che aggravano il quadro sociosanitario già deficitario ed in costante affanno.

La legge 81/2014 ha disposto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, i cosiddetti OPG, e li ha sostituiti con le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza), anch'esse in crisi per le scarse risorse economiche ricevute, per il personale e posti letto insufficienti, per le difficoltà a gestire pazienti particolarmente violenti e con pericolosità antisociale elevata e tali da risultare un pericolo anche per gli stessi operatori sociali.

In un quadro estremamente complesso come quello accennato, il Governo ha avviato anche una riflessione per aggiornare la legislazione sull'uso delle sostanze stupefacenti (la Legge n.309 del 1990). Sull'argomento stanno discutendo in tanti, a cominciare ovviamente dai medici, ma alcune proposte non sembrano aver centrato il vero cuore del problema e soprattutto paiono di obiettiva e difficile attuazione.

Si ipotizza tra le varie misure di autorizzare un Trattamento Sanitario Obbligatorio (T.S.O.) per i casi di D.U.S. (Disturbo da Uso di Sostanze), sottolineando che quel trattamento avrebbe un "rilevante impatto sulla prevenzione". Quel T.S.O. D.U.S. - che oggi al drogato in piena crisi può comunque essere già fatto - certamente potrebbe avere effetto sulla limitazione della capacità di agire di taluni drogati, ma le modalità di tempo e di luogo previste sono di difficile pratica attuazione.

Si starebbe inoltre pensando di gestire quelle categorie in "specifici reparti" da aprire negli Ospedali con personale specializzato. Ma come è possibile immaginare di aprire nuovi reparti e dotarli di personale specializzato, quando gli spazi scarseggiano, i reparti sono sovraffollati e i medici mancano? Non è chiaro come realizzare quell'obiettivo, ma sembrerebbe che comunque quei nuovi reparti non dovrebbero essere collocati all'interno degli SPDC (Reparti Psichiatrici degli Ospedali), gli unici reparti chiusi per pazienti con disturbi psichiatrici dove i malati possono essere contenuti.

È una chiara scelta di campo. Ma con un simile impianto non si dovrebbe andare lontano. Perché non si ha invece il coraggio e l'onestà, in attesa di tempi migliori, di prevedere alcuni posti per i malati drogati proprio all'interno degli SPDC, presso i quali ci sono già medici e operatori specializzati?

Come detto, non sfuggono gli ostacoli e le difficoltà da un punto di vista etico, giuridico e organizzativo ma si deve essere consapevoli che, senza un diverso approccio verso la cura e la gestione di alcune patologie, non sarà mai fatto il salto qualitativo necessario, con tutte le tristi conseguenze accennate.