

神保健センターからのアウトリーチによる医療およびケアの提供が重視されている。

すなわち、日本もイタリアも、非自発的入院の要件や手続きには大きな相違はないものの、イタリアの場合は長期の入院とならないため、十分な管理が可能な居住施設やアウトリーチによる医療の提供が可能な体制が充実している。これは我が国が現在目指している精神保健医療福祉の方向性と一致する。

今回十分に状況が把握できなかったのは、地域でのケアが困難な精神障害者への対応である。一部は旧司法精神病院（REMS）で対応しているようであるが、触法精神障害者の処遇のあり方が地域で問題となっている中、いわゆる困難事例への対応は、イタリアにおいても大きな課題のひとつであると考えられる。これらを踏まえ、今後の地域精神医療体制の変化についてさらに調査を行うことが必要であると思われる。

E. 結論

イタリアの非自発的入院の仕組みは我が国と大きな相違はないものの、入院を長期化させないための地域の受入れ体制やケアマネジメントは我が国と比較して優れており、今後我が国において地域生活中心の精神保健医療福祉体制を構築するにあたり学ぶ点は多い。イタリアでは2014年より司法精神病院を施設に転換するという、法 180 号では着手できなかったさらなる精神医療改革を始めたところであり、今後の改革の動向が注目される。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Inchiesta su analogie tra sistemi

- ① Lineamenti del quadro legale
- ② Modalità di conteggio dei casi di ospedalizzazione non volontaria
 - 1) Qual è la percentuale di casi ospedalizzati rispetto alla popolazione?
 - 2) Di questi, in che misura non volontari?
 - 3) Con che diagnosi avviene il ricovero?
- ③ Ospedale
 - 1) Su che tipo di persone vengono effettuate le visite?
- ④ I casi presentati sono sottoposti a ospedalizzazione coatta o volontaria?
- ④ -1 Ospedalizzazione coatta:
 - 1) Che tipologia di ricovero viene effettuata in questo caso?
 - 2) Su quali basi legali? Quali sono le condizioni di fatto richieste per l'ospedalizzazione?
 - 3) Cosa prevede la normativa legale che regola le pratiche fino al momento dell'ospedalizzazione?
 - A) Sono previsti controlli giurisdizionali? O in alternativa? Eventualmente che tipo di organo effettua i controlli?
 - B) È previsto per legge che qualcuno effettui accertamenti attraverso determinate pratiche?
 - 4) Attraverso quali passaggi pratici viene decisa un'ospedalizzazione coatta? Chi si fa promotore dell'iniziativa?
 - 5) Quanti pazienti vengono ospedalizzati in maniera coatta secondo questa modalità? Che percentuale occupa questo tipo di ospedalizzazione sul totale dei ricoveri (ovvero letti occupati)? Quanti giorni dura in media il ricovero?
 - 6) Chi copre le spese di questo tipo di ospedalizzazione?
- ④ -2 Ospedalizzazione volontaria
 - 1) Che tipologia di ricovero viene effettuata?
 - 2) Esiste un sistema mirato a limitare la dimissione dal ricovero? Se sì, quali sono i suoi fondamenti legali, le pratiche (per iniziativa di chi?), chi è che incaricato di decidere, chi esegue il ricovero, chi può decidere di annullare tali limitazioni?
 - 3) Questo tipo di ospedalizzazione è sottoposta a contratto? Se sì, quali sono le parti tra cui si definisce tale contratto? Qual è la posizione legale del paziente, in questo caso?
 - 4) Chi copre le spese di questo tipo di ospedalizzazione?

- ⑤ È previsto un trattamento diverso per un soggetto che non abbia ancora raggiunto la maggiore età, rispetto a un adulto?
- ⑥ Che trattamento è previsto per i casi presentati in cui non si ricorra all'ospedalizzazione?
- ⑦ In che modo vengono garantiti i diritti del paziente in seguito al termine dell'ospedalizzazione (miglioramento del trattamento, fatturazione del ricovero, colloqui ecc.)?
- ⑧ Vi è un tempo massimo per l'ospedalizzazione? Se sì, a quanto ammonta? È possibile rinnovare il periodo di ospedalizzazione? Se sì, attraverso quali pratiche?
- ⑨ Termine dell'ospedalizzazione
 - 1) Quali sono le pratiche per la dimissione dall'ospedale?
 - 2) Ve ne sono che possono porre limitazioni al termine dell'ospedalizzazione?
 - 3) Successivamente alla dimissione, dove ha la possibilità di andare il soggetto?
 - 4) Che tipo di persona si incarica del reinserimento in società del soggetto, successivamente all'ospedalizzazione?
- ⑩ Soggetti coinvolti nelle pratiche di ospedalizzazione e di dimissione dal ricovero
 - 1) Chi viene coinvolto nelle pratiche, oltre al medico curante?
 - 2) Che qualifica debbono possedere e come vengono selezionate le persone altre dal medico curante?
 - 3) Che tipo di formazione devono sostenere, tali persone?

資料2 事例1 イタリア語版

Caso 1: ricovero multiplo, schizofrenia, unico occupante dell'abitazione, ospedalizzazione continuata (Social Hospitalisation) in seguito a lamentele dei vicini

Dati della paziente: 46 anni, donna, nessuna malattia pregressa. Parenti contattabili: nessuno.

Precedenti al consulto: Figlia unica. Gestazione e sviluppo regolari. Nessuna occupazione svolta in seguito alla licenza di scuola media.

- (25 anni prima dell'ospedalizzazione di cui in oggetto) A 21 anni fugge di casa con il compagno. Da allora i genitori non hanno più sue notizie.
- (20 anni prima dell'ospedalizzazione di cui in oggetto) A 26 anni confida al marito di sentirsi "perseguitata da qualcuno" e viene visitata presso la sezione psichiatrica di un ospedale. Alla diagnosi di schizofrenia segue un'ospedalizzazione volontaria di 3 mesi. Successivamente la paziente mostra la tendenza a non assumere i medicinali, al che fanno seguito 2 ospedalizzazioni coatte e 5 volontarie.
- Mostra un evidente indebolimento progressivo delle funzioni intellettuali e della capacità di gestione della vita quotidiana. I lavori di casa vengono eseguiti praticamente solo dal marito.
- (1 anno prima dell'ospedalizzazione di cui in oggetto) A 45 anni perde il marito in un incidente automobilistico. Vive facendo affidamento sulla pensione indiretta e sull'assicurazione sulla vita del marito. A poco a poco tende a non uscire più di casa e a saltare le visite in ospedale. Soffre continuamente di insonnia.
- (anno dell'ospedalizzazione di cui in oggetto) Accumula immondizia in casa e raccoglie – sempre dentro casa – rifiuti di grossa taglia lasciati nei punti di raccolta. Rifiuti iniziano a essere accumulati anche di fronte all'abitazione con conseguente difficoltà di passaggio e odori sgradevoli. Il disagio è tale che i vicini si rivolgono all'ufficio ambiente del Comune, il quale invia un suo responsabile per una visita a domicilio.

Ragioni per l'ospedalizzazione:

- Al momento della visita, l'abitazione traboccava di immondizia sia internamente che esternamente. Sulla porta di casa, la donna sfuggiva lo sguardo dell'addetto e in merito ai rifiuti ripeteva solo "sono cose necessarie".
- L'addetto giudicava la persona probabilmente affetta da disturbi psichici, e effettuava un consulto con il responsabile sanitario del Comune. In occasione della visita di quest'ultimo, la paziente restava nascosta tra i rifiuti nonostante l'odore nauseabondo.

- Successive visite hanno portato a scoprire che la donna era stata oggetto in passato di cure psichiatriche. Riusciva a convincerla a essere accompagnata in ospedale per una visita medica. Di fronte alla spiegazione dell'ufficiale medico sulla necessità di un ricovero, la paziente rispondeva di sentirsi più sicura nascosta in casa che in ospedale, e non dava il suo assenso all'ospedalizzazione.
- L'ufficiale sanitario giudicava necessaria l'ospedalizzazione coatta con parere favorevole del sindaco, alla luce delle seguenti ragioni: 1) la paziente non assume medicine con conseguente rischio di peggioramento della sintomatologia e influenza negativa sulle condizioni di salute della stessa; 2) disagio per il vicinato a causa dello stato paranoico del soggetto, con rischio di aggravio della psicosi e dei comportamenti molesti.

Condizione in corso di ospedalizzazione:

- A distanza di un mese dal ricovero, la paziente passava le giornate monologando a letto avvolta dalle coperte a esclusione dei pasti, delle necessità fisiologiche e del bagno giornaliero. L'assunzione regolare di medicine ha però portato a un progressivo miglioramento della sua condizione psichica. Stimolata a compiere delle attività dal personale infermiere e dal responsabile per la terapia lavorativa ha mostrato vitalità e miglioramento della gestione quotidiana. La percezione del proprio stato di malattia restava però insufficiente.
- A distanza di 6 mesi dal ricovero per la paziente non è stato più possibile fare ritorno alla propria abitazione. Sia a causa degli episodi precedenti all'ospedalizzazione che hanno portato a giudicare difficilmente praticabile la prosecuzione di una vita senza assistenza, sia la mancanza di disponibilità presso case famiglia, non hanno lasciato alternative all'ospedalizzazione continuata (Social Hospitalisation) nonostante i miglioramenti mostrati.

資料3 事例2 イタリア語版

Caso 2: attualmente non in cura, schizofrenia, abitazione condivisa con la famiglia, i già non facili rapporti familiari sono peggiorati in seguito all'ospedalizzazione.

Dati del paziente: 38 anni, uomo, nessuna malattia pregressa. Rapporti deteriorati con la sorella e la nipote che hanno accesso all'abitazione.

Precedenti al consulto:

- Secondogenito di due figli. Gestazione e sviluppo regolari. Dopo la licenza media lavora per ditte di trasporti cambiando spesso datore di lavoro. Dall'estate del 4° anno precedente al ricovero interrompe i rapporti diretti con l'esterno. Scapolo, in seguito al decesso del padre, vive da solo con la madre.
- (5 anni prima dell'anno del ricovero) A 33 anni, a seguito di insonnia e percezione di uno stato depressivo, si fa visitare per la prima volta presso la sezione psichiatrica dell'ospedale A. La diagnosi conferma lo stato di depressione. Viene prescritta Paroxetina che causa stati di eccitazione derivati da sindrome da attivazione (Activation Syndrome); viene arrestato per furto e comportamenti violenti, con sospensione della pena. Segue un periodo di inattività in cui non esce di casa. Comportamenti violenti e aggressioni verbali nei confronti della madre, con irritabilità particolarmente evidente verso la sorella e la nipote. Stacca la presa telefonica di casa, applica alle finestre di casa fogli pluriball, pianta chiodi sulla porta della propria camera, appare ossessionato dal sospetto di essere controllato, ascoltato attraverso microfoni spia, cosa che lo porta a montare delle telecamere di sorveglianza in una serie di comportamenti paranoici che vengono riconosciuti come alterati.
- Preoccupate per la madre, la sorella e la nipote si recano a casa del soggetto cercando di intervenire nella situazione e rimproverandolo. Nell'uomo, il rancore verso le stesse non fa che aumentare. La madre è in una situazione difficile a causa dei cattivi rapporti tra i tre.
- (anno del ricovero) I vari tentativi da parte della famiglia per fare in modo che il soggetto si sottoponga a visita psichiatrica innescano invariabilmente una reazione di eccitazione. Si rivolgono all'ufficio sanitario locale per aiuto, ma la procedura per ottenere il servizio di accompagnamento è troppo complicata e rinunciano. Il 10 maggio dell'anno del ricovero, la famiglia esasperata si rivolge a un servizio privato di accompagnamento d'emergenza, e fa sottoporre il soggetto a visita psichiatrica.

Ragioni per l'ospedalizzazione

- Al momento della visita, l'ufficiale medico viene velocemente informato degli episodi passati ma non rileva stati particolarmente evidenti di allucinazioni o paranoia, ritiene che gli episodi di rabbia siano limitati ai componenti della famiglia e pertanto non giudica necessario sottoporre il soggetto a una cura. La sorella e la nipote insistono per il ricovero, raccontando con forte coinvolgimento emotivo le minacce subite e lo stato di instabilità mentale del soggetto, il quale reagisce violentemente aggredendo le due donne in stato di sovraeccitazione e gridando al loro indirizzo "Mi volete rinchiudere, è questo quello che volete!" "Non finisce qui!". L'ufficiale medico finalizza la diagnosi di schizofrenia e di evidente aggressività nei confronti della famiglia, giudicando necessaria l'ospedalizzazione coatta con effetto immediato anche senza l'assenso dell'interessato (sufficiente quello della madre). L'ipotesi di una cura tramite regolari visite mediche presso l'ospedale viene considerata difficilmente praticabile.

Condizione in corso di ospedalizzazione:

- Considerato l'alto rischio di comportamenti violenti come nell'episodio della visita, l'ufficiale medico prescrive l'inizio di un periodo di isolamento. In seguito alla somministrazione di Risperidone (1,5mg), il paziente mostra chiari segnali di miglioramento che inducono a porre fine all'isolamento. Il comportamento all'interno dell'ospedale è buono, ma in presenza dei familiari, nel corso dei colloqui, torna a manifestarsi uno stato di eccitazione accompagnato da lancio di oggetti e impropri verbali come "Mi avete voluto richiudere. Mi volete rimbecillire di droghe!". L'idea iniziale era quella di una degenza limitata, con dimissione in tempi brevi, ma i cattivi rapporti con la famiglia, complicatisi in seguito all'ospedalizzazione coatta, hanno indotto alla cautela riguardo un eventuale ritorno a casa, per il quale si riteneva rende necessario un coordinamento con la famiglia stessa. Si è proceduto con un "addestramento psicologico" nei confronti dei familiari, e dopo aver verificato l'assenza di pericolo attraverso una serie di pernottamenti esterni di prova, il paziente è stato dimesso in data 6 luglio per tornare alla propria abitazione.

Condizione attuale:

- Attualmente (agosto dell'anno del ricovero) il soggetto effettua visite periodiche presso l'ospedale. Restano invariati l'impulsività e il sentimento di ostilità nei confronti della famiglia, che vive intimorita lo stato di convivenza.

平成 27 年度 厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
「精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究」
総括・分担研究報告書

発行 平成 28 年 3 月
発行者 山本輝之（研究代表者）
連絡先 成城大学法学部山本輝之研究室
〒157-8511
東京都世田谷区成城 6-1-20
TEL 03-3482-9732
FAX 03-3482-9732

