



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d'iniziativa dei senatori RIZZI e BOLDI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 NOVEMBRE 2008**

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale

ONOREVOLI SENATORI. - A distanza di trenta anni dalla promulgazione della legge 180 sulla psichiatria appare indispensabile una revisione dei criteri che regolano la psichiatria pubblica italiana.

Tre sono le finalità di queste legge: tutelare la dignità della persona ammalata, garantire l'effettuazione di un percorso clinico scientificamente corretto, garantire la sicurezza dell'ammalato e della società.

Lo stato sociale è basato sul concetto di condivisione della sofferenza con criteri di sussidiarietà. In psichiatria questo significa che il disagio sociale del malato deve essere ridistribuito, almeno in parte, sui membri della comunità a cui appartiene o sulla famiglia del paziente. Ma la società non ha colpa della malattia del paziente psichiatrico. Questo concetto fondamentale deve essere ribadito e la società ha il diritto e il dovere di curare non solo il dovere di integrare socialmente il diverso.

La concentrazione della psichiatria pubblica esclusivamente sull'intervento territoriale extraospedaliero non appare in linea con il pensiero scientifico e risente di un pregiudizio ideologico del tutto immotivato, che deve essere superato. Il medico deve disporre di tutte le opzioni scientificamente corrette per trattare le persone ammalate, anche quelle del ricovero ospedaliero, se necessario. L'ospedale deve essere luogo di cura con pari dignità di altre opzioni. Le singole regioni devono essere libere di definire, all'interno del piano sanitario, le strutture per ricoveri psichiatrici prolungati per i pazienti resistenti al trattamento, nel rispetto della tutela delle libertà fondamentali dei cittadini e devono poter usufruire in modo organico del privato accreditato.

Lo strumento dell'accertamento sanitario obbligatorio ospedaliero può offrire un ausilio molto efficace nell'affrontare il problema sociale degli stati di intossicazione da *alcol* o sostanze psicotrope e garantire una maggiore sicurezza alle persone ammalate e all'ambiente sociale in cui queste si muovono. Il trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero, pur se già esistente in teoria, è uno strumento che consente di colmare una lacuna nel trattamento quotidiano dei pazienti, che già oggi vengono sottoposti ad una limitazione della libertà che usa sistemi indiretti e non formali per ottenere l'adesione al trattamento.

È giusto che il paziente conosca con chiarezza gli obblighi di cura ai quali la società lo chiama se vuole godere con pienezza dei suoi diritti. Il trattamento volontario deve prevedere delle strutture ambulatoriali ospedaliere integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali per offrire una risposta competente e gradita ai cittadini, in particolare per le patologie depressive. La grande diffusione di questo problema necessita di un intervento di riorganizzazione strutturale importante, anche per gli enormi costi sociali che la depressione comporta, e per ridurre la distanza tra la popolazione e i servizi psichiatrici pubblici.

Il finanziamento differenziato delle strutture dipartimentali è indispensabile per evitare che categorie diverse di pazienti con problematiche enormemente dissimili dal punto di vista medico e sociale vengano messe in competizione per l'accesso alle risorse e per dare finalmente chiarezza ai bilanci. Le strutture integrate devono essere messe in condizione di evitare situazioni di conflitto di interessi tra dipartimenti che ne paralizzino nei fatti la realizzazione. È ne-

cessario una strumento legislativo agile e flessibile che lasci inalterati il più possibile gli aspetti procedurali che hanno mostrato di ben funzionare.

In seconda istanza, il disegno di legge intende offrire nuove soluzioni anche sul governo istituzionale delle questioni inerenti la salute mentale. La valutazione della salute mentale nella popolazione, infatti, non può essere misurata dallo stesso organismo che eroga l'assistenza, per ovvi motivi di conflitto di interessi e di autoreferenzialità. Vi sono delle indubbie difficoltà nel modulare le caratteristiche del servizio psichiatrico pubblico in funzione dell'evoluzione dello stato sociale, del pensiero scientifico e soprattutto dei sempre più stringenti vincoli di spesa e di efficienza.

L'attuale sistema non prevede una valutazione del rapporto costi-benefici degli interventi e non utilizza indicatori di risultato affidabili. Il miglioramento della salute della popolazione non è verificato e il gradimento dell'offerta di trattamento non è misurata. Il dato della semplice durata del tempo di attesa per il trattamento è ingannevole perché può celare un autentico rifiuto del servizio pubblico, perché considerato inadeguato e lontano dai bisogni della popolazione. In particolare patologie di grandissima diffusione come la depressione non sono misurate, il costo sociale è basato su semplici congetture, e il costo per le famiglie è ignorato. Non esistono dati sulla popolazione di pazienti psichiatrici non afferenti ai servizi di psichiatria pubblica e dati di prevalenza delle patologie psichiatriche tra i pazienti che utilizzano i servizi di pronto soccorso degli ospedali generali. I dati della epidemiologia misurata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) indicano una patologia attesa numeri-

camente molto maggiore di quella realmente trattata dal servizio psichiatrico pubblico. Il criterio della spesa sanitaria a piè di lista, ormai abbandonato da tutti gli stati evoluti, è ancora del tutto prevalente.

È necessario verificare l'applicabilità di nuovi modelli di trattamento e definirne le procedure organizzative. È indispensabile quindi creare un sistema efficace di controllo della spesa sanitaria, dell'efficienza e della qualità del trattamento anche nella psichiatria, che sia in grado di modulare gli interventi in funzione delle necessità delle singole realtà regionali e locali.

In risposta a tale esigenza, il presente disegno di legge propone di istituire un comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale, cui sono deputate funzioni istruttorie e preparatorie in ordine alla trattazione, da parte della Conferenza Stato-regioni, di tematiche in materia di tutela della salute mentale, nonché funzioni di raccordo tecnico tra l'amministrazione dello Stato e delle regioni nel medesimo settore. Tale opzione organizzativa risponde all'esigenza di favorire un coordinamento a livello nazionale su un settore di primaria importanza ai fini della garanzia del diritto di cui all'articolo 32 della Costituzione, senza tuttavia compromettere l'autonomia organizzativa da tempo consolidata dalle regioni nel governo del settore. La presenza di una siffatta struttura di leale collaborazione appare, infatti, irrinunciabile. Soprattutto in fase di prima attuazione della legge, al fine di garantire che i nuovi obiettivi di tutela della salute mentale possano effettivamente trovare applicazione sull'intero territorio nazionale, pur nel rispetto delle specificità che contraddistinguono ciascuna realtà regionale.

**DISEGNO DI LEGGE**  

---

## Art. 1.

*(Modifiche alla legge  
23 dicembre 1978, n. 833)*

1. All'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il primo comma è sostituito dal seguente:

«La cura delle malattie mentali è primariamente una competenza medica. La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale e possono delegare l'attuazione dei trattamenti a strutture private accreditate»;

b) il terzo comma è sostituito dal seguente:

«Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma. L'accertamento sanitario obbligatorio ospedaliero per malattia mentale è attuato in apposite strutture integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali».

c) dopo il quinto comma sono aggiunti i seguenti:

«Il trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero per malattia mentale consiste nell'attuazione del progetto terapeutico definito dal medico del servizio dipartimentale che ha preso in carico il paziente. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio extra ospedaliero è preceduto

dalla convalida della proposta di cui all'articolo 33, terzo comma, da parte del medico responsabile del servizio dipartimentale.

I trattamenti sanitari volontari per malattia mentale sono attuati anche in strutture ospedaliere ambulatoriali integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali.

Le attività preventive di cure ospedaliere, di cure extraospedaliere, riabilitative, le prestazioni erogate da strutture private accreditate, le strutture dipartimentali integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali di cui al terzo e settimo comma, sono finanziate da disposizioni di spesa specifiche all'interno del medesimo capitolo di finanziamento dei servizi dipartimentali».

2. All'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il quarto comma è sostituito dal seguente:

«Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ovvero oltre il sessantesimo giorno per i trattamenti sanitari obbligatori extraospedalieri, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso».

## Art. 2.

*(Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale)*

1. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Conferenza Stato-regioni istituisce, ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, un comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale, di seguito denominato «comitato».

2. Il comitato è composto da rappresentanti delle amministrazioni statali e regionali operanti nel settore della salute mentale nominati, rispettivamente, dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dai presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Al comitato sono attribuite funzioni istruttorie e preparatorie in ordine alla trattazione, da parte della Conferenza stessa, di tematiche, anche nella prospettiva dell'adozione dei relativi atti, in materia di tutela della salute mentale. Il comitato assicura, altresì, il raccordo a livello tecnico tra l'amministrazione dello Stato e delle regioni, al fine di una proficua e leale collaborazione nell'esercizio delle rispettive competenze in materia di salute mentale. In particolare, spetta al comitato:

a) fornire gli strumenti per la pianificazione e il controllo della spesa, secondo modalità standardizzate e facilmente applicabili;

b) fornire strumenti per la verifica dei risultati;

c) definire i criteri di raccolta ed elaborazione di dati epidemiologici relativi alla diffusione e alle caratteristiche delle malattie mentali;

d) definire i criteri normativi e gli *standard* minimi di assistenza per ciò che concerne gli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali di tutte le attività connesse al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;

e) monitorare, sulla base dei dati raccolti dalle regioni, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;

f) raccogliere, sulla base dei dati raccolti dalle regioni in accordo alle specifiche fornite, tutti i dati epidemiologici e sul trattamento delle malattie mentali, con particolare

attenzione alla distribuzione dei trattamenti tra assistenza pubblica e privata;

*g)* raccogliere tutti i dati utili per definire i costi sociali specifici delle malattie mentali, derivanti da riduzione della produttività e aumento delle spese sociali per inabilità, invalidità e morte prematura;

*h)* promuovere, coordinare e realizzare attività di ricerca scientifica, anche in ambito comunitario;

*i)* sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori pubblici o privati, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendo, anche in ambito regionale, le necessarie attività legislative per attuarli;

*l)* definire proposte per la tutela giuridica e sociale dei soggetti particolarmente a rischio a causa di disturbi mentali;

*m)* coordinare, ed eventualmente realizzare, attività di formazione sul tema delle malattie mentali.

