

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3421

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**POLLEDRI, LAURA MOLTENI, BITONCI, CHIAPPORI, CROSIO,
FEDRIGA, FOLLEGOT, FUGATTI, GOISIS, NICOLA MOLTENI,
NEGRO, RIVOLTA, STEFANI, STUCCHI, TORAZZI**

Modifiche all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale, e altre disposizioni concernenti l'organizzazione dei servizi per la tutela della salute mentale

Presentata il 22 aprile 2010

ONOREVOLI COLLEGHI! — A distanza di trenta anni dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978 sugli accertamenti e trattamenti volontari obbligatori per malattia mentale, appare indispensabile una revisione dei criteri che regolano la psichiatria pubblica italiana.

Tre sono le finalità della proposta di legge: tutelare la dignità della persona ammalata, garantire l'effettuazione di un percorso clinico scientificamente corretto e 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 e 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 di quella 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 delle strutture private accreditate.

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 da sostanze stupefacenti o 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 sono sottoposti a 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 siano 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 necessario uno strumento legislativo agile e flessibile che lasci inalterati il più possibile gli aspetti procedurali che hanno mostrato di ben funzionare.

In seconda istanza, la presente proposta 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 misurato. Il dato della semplice durata del tempo di attesa per il trattamento è ingannevole perché può celare un autentico rifiuto del servizio pubblico, 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 dell'epidemiologia misurata dall'Organizzazione mondiale della sanità indicano una patologia attesa numericamente di gran lunga maggiore di quella realmente trattata dal servizio psichiatrico pubblico. Il criterio della spesa sanitaria, 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, la presente proposta di legge prevede 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di tematiche in materia di tutela della salute mentale, nonché funzioni di rac-

cordo 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 sede 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.

PROPOSTA 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 dell'azienda 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 che 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 dai 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 e di cure extraospedaliere e 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, e in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'azienda 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 al secondo comma, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso ».

ART. 2.

(Servizi a struttura dipartimentale).

1. I servizi a struttura dipartimentale di cui all'articolo 34, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come

sostituito dall'articolo 1 della presente legge, hanno il compito di garantire:

a) la programmazione e il coordinamento degli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie di natura psichiatrica, nella popolazione adulta, attuati dai presìdi psichiatrici ospedalieri ed extraospedalieri presenti nel territorio di propria competenza;

b) la collaborazione e il coordinamento, nel rispetto delle reciproche competenze, con i servizi deputati alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi alcolcorrelate e delle patologie connesse alla farmacodipendenza e alla tossicodipendenza;

c) la consulenza sulle patologie di pertinenza psichiatrica, con particolare riferimento alla consulenza ai familiari dei pazienti affetti da tali patologie;

d) la consulenza sulle patologie psicosomatiche e sulle problematiche inerenti il disagio e la sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche;

e) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica, anche in collaborazione con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione della malattia mentale e di informazione al corpo insegnante e agli studenti;

f) l'aggiornamento professionale del personale operante, nel territorio di propria competenza, nel settore della cura, prevenzione e riabilitazione delle malattie psichiatriche, in collaborazione con gli organi regionali e nazionali competenti per la formazione;

g) la raccolta e la valutazione delle informazioni derivanti dalle attività di ricerca e diagnostiche, nonché la promozione e la gestione delle medesime attività,

al fine di verificare la qualità delle prestazioni terapeutiche, i costi, i benefici e la validità delle metodologie di lavoro;

h) la verifica della corretta esecuzione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori;

i) la verifica e il controllo del funzionamento delle strutture private psichiatriche convenzionate.

2. Ai servizi a struttura dipartimentale afferiscono il personale amministrativo e ausiliario, nonché le figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, del terapeuta occupazionale e dell'educatore professionale. I servizi si avvalgono obbligatoriamente della consulenza esterna del giudice tutelare.

3. Le regioni disciplinano l'organizzazione dei servizi a struttura dipartimentale affinché tali servizi possano rispondere in modo efficace, articolato e completo ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie mentali e dai differenti stadi evolutivi delle medesime malattie, provvedendo all'articolazione degli stessi servizi in una complessa rete di presidi consistente nelle diverse strutture deputate alla diagnosi, cura e riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, alla cura in ambiente ospedaliero, al pronto soccorso psichiatrico, alle visite specialistiche, alle attività di consulenza sull'opportunità dei ricoveri e di programmazione delle terapie utili al malato, alle attività di educazione sanitaria e di prevenzione, nonché all'assistenza in regime di residenzialità protetta diurna e notturna o continuativa. È in ogni caso garantita l'istituzione di uno sportello unico dedicato alla presa in carico del paziente affetto da disturbi mentali che garantisca al nucleo familiare del paziente un servizio specifico di informazione e di documentazione in relazione al percorso diagnostico-terapeutico dell'assistito.

ART. 3.

(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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 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 della salute 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, 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 gli strumenti per la verifica dei risultati;

c) definire i criteri di raccolta e di 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 delle 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, i dati epidemiologici e sul trattamento delle malattie mentali, con particolare attenzione alla distribuzione dei trattamenti tra assistenza pubblica e privata;

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

h) promuovere, coordinare e realizzare attività di ricerca scientifica, anche nell'ambito dell'Unione europea;

i) sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori pubblici e 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 sulle malattie mentali.

ART. 4.

(Adempimenti a carico delle regioni)

1. Le regioni, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono il piano regionale psichiatrico contenente le misure attuative delle disposizioni di cui alla medesima legge, nonché la definizione degli ambiti territoriali dei servizi a struttura dipartimentale di cui all'articolo 2, in modo da garantire, ove possibile, la coincidenza tra l'ambito territoriale del servizio e quello delle aziende sanitarie locali.

2. Entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni regione sono attivati i servizi a struttura dipartimentale di cui all'articolo 2.

PAGINA BIANCA

€ 1,00



16PDL0038210