

**All'attenzione della Decima Commissione
Senato della Repubblica**

Oggetto: Audizione relativa ai Disegni di Legge 734 e 938 a firma degli on. Sensi e Magni

Si chiarisce fin d'ora che le considerazioni successivamente esposte sono riferite ad entrambi i DdL in quanto i testi appaiono di fatto sovrapponibili.

Le due proposte fanno esplicito **riferimento alla legge 180/78** e questo appare **molto positivo** perché il sistema di trattamento e riabilitazione ivi teorizzato appare ancor oggi lungimirante e moderno. Inoltre i principi di base esposti nei primissimi articoli sono ampiamente condivisibili.

Alcuni temi affrontati sono estremamente positivi in particolare va citato **il finanziamento previsto per la tutela della salute mentale, con risorse in misura non inferiore al 5 per cento della dotazione del Fondo sanitario nazionale** (art. 17). In questo senso va infatti segnalato il **grave sottofinanziamento attuale dell'ambito con una media nazionale di circa il 3 per cento oltre ad una notevole variabilità interregionale.**

Va inoltre sottolineato positivamente il richiamo ad uno strumento moderno in grado di valorizzare concretamente la necessaria integrazione socio-sanitaria nelle progettualità della presa in carico quale è il budget individuale di salute (art. 11). Questo strumento è molto apprezzato e in fase di implementazione in molte regioni, in altre di fatto già ben valorizzato.

Peraltro, complessivamente, il testo dei due DdL appare anacronistico e non rispondente ai nuovi bisogni ed alle richieste in costante aumento presso i Dipartimenti di Salute Mentale. Il riferimento è ai casi complessi in cui la giovane età, la presenza di disturbi di personalità strutturati ovvero *in fieri* e l'abuso di sostanze costituiscono gli elementi di maggior rilevanza.

Va quindi sin da subito rilevato come l'obiettivo di aggiornamento della norma, nel solco e nel rispetto dei principi fondanti della legge 833/78, sia senz'altro da considerarsi un fatto positivo ma con la consapevolezza di una modifica importante dello scenario, rispetto a quello di 46 anni fa, che peraltro non si rileva nei due disegni di legge di cui all'oggetto.

Nello specifico, inoltre, va rilevato come emergano parecchi aspetti critici o quanto meno che destano notevole perplessità in particolare in riferimento all'organizzazione dei servizi e ad alcune modalità di attuazione degli stessi.

Di seguito le analitiche considerazioni sui diversi punti.

Artt.9 (comma 5) e 10.

In relazione al tema della contenzione appare sin da subito opportuno ribadire la piena consapevolezza dell'importanza della materia, che deve essere oggetto di particolare attenzione nella sua complessità, in particolare per quanto riguarda gli aspetti di necessaria crescita culturale per favorire il contrasto ai fenomeni di abuso, valorizzando il puntuale monitoraggio del fenomeno e la condivisione dei dati confrontabili relativi in un'ottica di trasparenza e di presa di coscienza del fenomeno.

Opportuno sottolineare come le considerazioni espresse siano armoniche nella sostanza con il documento avallato dalla gran parte delle regioni in seno al Gruppo Interregionale Salute Mentale (GISM) relativamente al parere non favorevole formalmente espresso nell'ottobre 2022 sulla bozza di documento ministeriale sul superamento della contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale.

In primis il tema della contenzione nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura non può riferirsi esclusivamente alla contenzione meccanica e non tenere conto anche delle altre forme di contenzione (ambientale e farmacologica). Fra l'altro andrebbe richiamata la necessità di una condivisione con professionisti di altre specialità interessate al fenomeno dell'agitazione e dell'aggressività (professionisti dell'emergenza-urgenza, anestesisti).

Va sottolineato come una quota molto rilevante delle contenzioni che vengono effettuate presso gli SPDC riguardano soggetti non affetti esclusivamente da patologia psichiatrica bensì soggetti affetti da disturbi della condotta successiva ad intossicazione esogena da sostanze o da alcool, demenza e disabilità grave e soggetti non gestibili dalle forze dell'ordine. È evidente che in queste fattispecie tutte le opportune metodiche da perseguire, relative alla prevenzione mediante idonee tecniche di deescalation e relazione contrattuale con gli utenti, non siano sempre perseguibili ed efficaci.

Al pari della contenzione meccanica, le pratiche di contenzione alternativa (ambientale o mediante somministrazione di farmaci sedativi ad alto dosaggio, in taluni casi con presa in carico anestesiológica) sono fenomeni che dovrebbero essere presi altrettanto in considerazione, sia sotto il profilo dei vantaggi che degli svantaggi in termini di impatto sul paziente, in riferimento alle evidenze scientifiche, sia sotto il profilo strettamente giuridico in termini di limitazione della libertà.

In particolare, visto il crescente e sempre più rilevante numero di utenti con abuso di sostanze, in comorbidità o meno, che vengono ricoverati negli SPDC, non si può ignorare l'elevato rischio di effetti sinergici molto gravi in caso di utilizzo di farmaci psicotropi in soggetti che hanno assunto sostanze d'abuso dagli effetti imprevedibili e non rilevabili con le normali tecniche di laboratorio presenti negli ospedali.

Inoltre si sottolinea che vietare "*...il ricorso a qualsiasi forma di contenzione*" vorrebbe dire creare un paradosso legislativo stante pertanto l'impossibilità di ricorrere alla contenzione laddove si verificano le condizioni giuridiche di applicabilità dell'art 54 C.P. per stato di necessità.

Infine, a proposito dell'impossibilità di agire azioni coercitive, si rammenta come queste siano potenzialmente incompatibili in casi di soggetti in TSO con l'applicazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione del rischio suicidario e le necessarie azioni di sottrazione di oggetti potenzialmente lesivi. Ovviamente va ricordato come le eventuali azioni coercitive che si rendessero necessarie dovranno essere sempre proporzionate alla effettiva necessità.

Relativamente alla proposta di attuazione del TSO presso il CSM ovvero a domicilio del paziente, questo appare poco chiaro in quanto già oggi la norma prevede che il TSO possa essere adottato solo "*...se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere*". È evidente che qualora ci siano margini in tal senso non serve il ricorso al TSO, come è altrettanto evidente che in presenza di una grave acuzie psicopatologica per cui il trattamento appare inderogabile e non c'è adesione alle cure, in contesti sanitari extraospedaliere ovvero al domicilio del paziente, verrebbero a mancare le condizioni minime di sicurezza per i necessari trattamenti farmacologici, sia per quanto riguarda il paziente stesso che il sanitario che debba prescriberli o somministrarli.

In generale desta perplessità rilevare come interventi sanitari (Trattamento **Sanitario** Obbligatorio) in condizioni di acuzie, possano essere ipotizzati in contesti non sanitari adeguatamente attrezzati per garantire la necessaria sicurezza.

Per quanto riguarda nello specifico l'art. 10 si rileva quanto segue

Nel punto 1 appare chiaramente scarsamente comprensibile la prescrizione di adozione di misure coercitive, laddove, per definizione non esistono i presupposti per l'adesione agli inderogabili trattamenti proposti da parte del paziente. Si rammenta che le tre condizioni previste dall'art. 34 della vigente legge 833/78 prevedono il ricorso al TSO solo *"...se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere."*

Ci si domanda con che mezzi i sanitari possano trattare il soggetto affetto da grave psicopatologia acuta e senza consapevolezza della stessa, ovviamente una volta eticamente esperiti senza successo tutti i tentativi di convincimento e di adesione a quanto proposto.

Nel punto 2 vengono ipotizzati sia l'obbligo di informativa direttamente al paziente della possibilità di ricorso al giudice tutelare che la possibilità di conseguenze sul piano penale per i sanitari che limitino la libertà personale nell'effettuazione del TSO.

Tutto ciò appare francamente vessatorio nei confronti del personale sanitario che, fatti salvi i possibili casi di abuso, nella stragrande maggioranza dei casi opera in condizioni critiche per garantire il diritto alle cure di utenti che, stante la situazione di franco scompensamento psicopatologico e di contestuale assenza di critica, rischierebbero di non essere adeguatamente attenzionati viste le possibili gravi conseguenze potenzialmente a carico dei sanitari sul piano anche penale. Non va peraltro dimenticata la posizione di garanzia assunta dai sanitari nell'esercizio della professione che giuridicamente obbliga gli stessi a tutelare al meglio delle proprie competenze tecnico-professionali gli utenti da loro assistiti, nel rispetto della libera adesione alle cure (laddove peraltro ci siano le condizioni giuridiche per poterla esprimere!).

Art. 7

Desti rilevanti perplessità l'ipotesi di servizi extraospedalieri alternativi al ricovero per garantire ospitalità diurna e notturna in situazioni di crisi perché non sono descritti né i requisiti strutturali e organizzativi né i target di utenza cui farebbero riferimento. Francamente appare difficilmente attuabile il ricorso a questi presidi nelle situazioni complesse precedentemente descritte.

Art. 8

Relativamente al tema della residenzialità, emerge uno sbilanciamento fra gli aspetti prettamente riabilitativi e quelli assistenziali che vanno necessariamente temperati all'interno delle diverse necessità dell'utenza.

Pertanto, nell'apprezzare le spinte riabilitative, siano esse più di carattere strettamente territoriale (ad esempio il budget individuale di salute) ovvero di ambito residenziale (ad esempio l'abitare supportato), si rileva al contempo una sorta di scotomizzazione degli aspetti più prettamente assistenziali laddove necessari.

A solo titolo di esempio si riporta come dalla letteratura nazionale ed internazionale i pazienti affetti da grave psicopatologia non solo riportino mortalità molto più precoce rispetto alla popolazione di riferimento ma presentino spesso importante comorbilità organica. Inoltre, in particolare per quanto riguarda la schizofrenia è documentato che circa un terzo dei soggetti affetti, malgrado i migliori interventi trattamentali e riabilitativi proposti, tenda alla cronicizzazione con relative disabilità ben prima dei 65 anni di età.

Per tutti questi motivi, accanto a strutture e progetti che efficacemente perseguano obiettivi riabilitativi, va esplicitamente prevista una rete, anche residenziale, che dia adeguata risposta anche a questi bisogni assistenziali ed eviti la delega di fatto di queste situazioni alle famiglie (laddove presenti).

A tal proposito si rammenta la classificazione vigente relativa all'Accordo Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 - "Le strutture residenziali psichiatriche" che di fatto definisce già i diversi livelli di intensità riabilitativa e residenziale di cui si sarebbe dovuto tener conto nel testo, sia pur prevedendo tutte le modalità necessarie per garantire la qualità dei trattamenti offerti e scoraggiare derive di stampo manicomiale.

In sintesi questi Disegni di Legge appaiono carenti sul piano delle risposte che i servizi dovrebbero fornire nella logica di una efficace integrazione dei modelli trattamentali che, sia pur nel rispetto delle specifiche competenze, persegua una matrice comune di approccio fra la salute mentale adulti e minori e le dipendenze patologiche per dare adeguata risposta ai bisogni complessi emergenti.

In questo senso, ma anche al fine di valorizzare adeguatamente gli standard minimi necessari per l'equipe multiprofessionale citata nell'art.14, andrebbe fatto riferimento al documento sulla "Nuova metodologia per il calcolo del personale SSN" oggetto d'Intesa in Conferenza Stato Regioni del 21 dicembre 2022. Questo documento individua precisi standard sia per la salute mentale adulti e minori sia per le dipendenze patologiche, sulla base di una matrice comune. Si rileva a tal proposito come nel testo dei 2 DdL non si faccia cenno né a standard di personale, se non come *desiderata* all'interno degli obiettivi della Consulta, né alla necessità di modelli trattamentali integrati.

Infine, manca qualsiasi riferimento al necessario adeguamento dei Livelli Essenziali di Assistenza che possa permettere in particolare l'effettiva implementazione delle attività territoriali, in particolare in relazione agli aspetti di necessaria integrazione socio-sanitaria fin qui non dettagliatamente normata.

Roma, 11 aprile 2024

F.to Dr. Tommaso Maniscalco

Coordinatore Gruppo Interregionale Salute Mentale

Sub-area tecnica del Coordinamento Assistenza Territoriale

Commissione Salute Conferenza Stato-Regioni e PP.AA.

