



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori BOSONE, ANTEZZA, ARMATO, ASTORE, BAIO, BIONDELLI, BLAZINA, CECCANTI, CERUTI, Vincenzo DE LUCA, FIORONI, INCOSTANTE, LEGNINI, MAZZUCONI, Paolo ROSSI, RUSCONI e VIMERCATI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 DICEMBRE 2011

Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori e norme in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e sostegno della malattia mentale

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge prevede una profonda riforma per la psichiatria, unico possibile percorso di superamento delle criticità che ad oggi si evidenziano diffusamente agli utenti e agli addetti al settore, confermate anche dalle ricognizioni regionali e nazionali sullo stato dei servizi, della loro organizzazione, delle reali possibilità e qualità di cura e assistenza in questo ambito.

Di certo, l'obiettivo di garantire una psichiatria territoriale, disegnata dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, non può dirsi ancora compiutamente raggiunto.

La difformità di realizzazione dei servizi nelle diverse regioni italiane non può giustificarsi come l'esito di divisioni o contraddizioni delle diverse anime ideologiche e scientifiche che coesistono nella psichiatria: gli apporti medico-scientifici, dalla psichiatria psicomotoria e sociale, attraverso l'indirizzo organicistico, fino ai settori di indagine genetica più recenti, rimangono un'indiscutibile ricchezza del settore, che non ha mai portato a rinnegare la filosofia della riforma psichiatrica del 1978. Ma i luoghi della cura, ancora oggi, non sembrano rispondere completamente alle necessità della sofferenza mentale e dei desideri di chi, paziente, familiare o personale sanitario, vive la speranza di poter avere di meglio: e se si può - tutti lo pensano -, si deve.

Serve una legge proprio per superare quei luoghi che sono subiti e accettati passivamente da chi, paziente od operatore, non riesce nemmeno più a immaginare che vi possa essere di meglio (come rilevato dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale in relazione agli ospedali psichiatrici giudiziari).

Occorre superare la tipologia dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura ospedalieri (SPDC), perché, per la maggior parte, si tratta di «luoghi chiusi», e non solo fisicamente: spesso sono ancora lontani dal riuscire ad assolvere funzioni caratteristiche della psichiatria territoriale, dove gli interventi in acuzie si completano e si sovrappongono ad azioni riabilitative e di natura sociale che non possono essere separabili «per luoghi», in quanto rispondenti alle necessità di salute mentale nell'accezione più ampia dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Gli SPDC diventano potenzialmente luoghi a rischio di incidenti e abusi, se fraintesi come strumento sanitario di controllo sociale per tutti i disturbi del comportamento umano.

Serve superare lo «scotoma legislativo» rappresentato dalla necessità di interventi protettivi contenitivi in quelle situazioni eccezionali e dolorose che richiedono interventi sanitari non diversamente attuabili, in un «viaggio» che inizia dalle sponde a un letto o dalle fasce pelviche «anticaduta» per le carrozzine, passa attraverso le strutture sanitarie e socio-sanitarie con accessi controllati per le patologie di *deficit* cognitivo profondo, fino alle temporanee e brevi contenzioni fisiche al letto per quelle situazioni transitorie di grave alterazione della coscienza.

Occorre superare, per quanto attiene la residenzialità psichiatrica, le «comunità psichiatriche» se intese come luogo di «destinazione sociale» della disabilità psichica; sono per la maggior parte ad alto tenore e costo sanitario, spesso distanti, per funzione, dal senso etimologico del loro nome, investite di aspettative e finalità riabilitative superiori al credibile ma, di fatto, più tristemente re-

sponsabili nel limitare gli spazi e le opportunità di integrazione sociale della disabilità psichica stessa.

I dati epidemiologici italiani dimostrano che oggi è più facile entrare che uscire dalle comunità psichiatriche, come un fenomeno in espansione, a scapito del diritto di cittadinanza, proprio come accadeva nell'istituto manicomiale.

Tutte situazioni e luoghi che possono compromettere anche le migliori capacità e motivazioni del personale curante all'interno della delicata e indispensabile relazione terapeutica con il paziente.

Infine serve oltrepassare il muro della disoccupazione nella «popolazione psichiatrica», evidenza di un diritto costituzionale negato: il lavoro è elemento di realizzazione personale e di integrazione sociale prima ancora che strumento per l'autosufficienza economica. L'opportunità dell'impresa sociale senza scopo di lucro è ancora per pochi sofferenti di disabilità psichica e troppo rara nelle stesse Aziende sanitarie locali (ASL) che, per *mission*, si occupano della promozione della salute mentale: l'impiego di pazienti e familiari nelle attività assistenziali delle comunità può divenire un primo passo per superare anche lo stigma e i pregiudizi.

Il presente disegno di legge dall'articolo 1 all'articolo 3 introduce modifiche al testo originale della legge in vigore in merito agli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, prevedendo la possibilità di normare, censire e controllare gli interventi eccezionali delle contenzioni fisiche e ambientali in tutti gli ambiti medici, oggi attuati senza alcuna cornice legislativa e responsabilità istituzionali. Viene inoltre prevista l'indicazione di garantire la disponibilità di letti nei dipartimenti di emergenza-urgenza, a gestione integrata internistica e psichiatrica, per le situazioni di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) caratterizzate da concomitanti urgenze internistiche, chirurgiche o di intossicazione acuta da sostanze psicoattive, come tipologia di intervento più efficace in

tali complesse evenienze. A seguire, la necessità di tutelare le richieste del paziente, rilevanti anche in TSO, attraverso la figura di un amministratore di sostegno di fiducia per il paziente, nella difficile relazione terapeutica con chi non ha consapevolezza di malattia.

L'articolo 4 rappresenta una riforma vera dei luoghi e delle possibilità terapeutiche, dove al superamento di SPDC e centri di salute mentale già esistenti, devono sostituirsi nuovi centri di salute mentale, intra-ospedalieri e territoriali, in ragione della gravità del quadro clinico, con funzioni di cura dall'acuzie alla riabilitazione, attraverso un *continuum* di interventi individualizzati secondo le necessità: dotati di ampi spazi comuni di socializzazione e aggregazione, devono assolvere a tutte le funzioni terapeutiche, dal ricovero clinico, di durata massima di tre mesi, al trattamento in *day hospital*, dal trattamento semiresidenziale riabilitativo, alla visita ambulatoriale, fino all'intervento domiciliare.

Per il disagio mentale minorile, si istituiscono specifici centri di salute mentale, dotati di personale competente in ambito non solo sanitario, ma anche sociale, familiare e scolastico-educativo; devono essere attivi nelle 24 ore, per rispondere efficacemente alle emergenze e urgenze dei disturbi comportamentali, con disponibilità per ricoveri di un massimo di otto posti letto per unità.

L'articolo 5 definisce una nuova tipologia e organizzazione delle comunità riabilitative, strutture sanitarie non solo di cura, ma anche di prima integrazione sociale per i pazienti.

Al fine di garantire la possibilità di prolungare i trattamenti di riabilitazione delle patologie più severe, le regioni provvedono a istituire comunità sanitarie riabilitative «di integrazione», strutture sanitarie specialistiche per programmi individuali di finalità riabilitativa psicosociale; si caratterizzano per la presenza di personale sanitario e psico-socio-educativo nelle 24 ore e, per quanto attiene agli aspetti di gestione assi-

stenziale del proprio funzionamento, per forme di integrazione tra il personale professionale e i pazienti e familiari organizzati secondo modelli di mutuo-aiuto, inseriti nella dotazione dell'organico a titolo oneroso.

La degenza deve prevedere una durata massima di un anno, al fine di evitare fenomeni di istituzionalizzazione di seconda generazione e ciascuna comunità deve essere dotata di un limite massimo di quindici posti letto.

L'articolo 6 prevede l'istituzione delle residenze socio-sanitarie, con caratteristiche di edilizia civile, secondo il modello di «appartamenti residenziali» e «case-famiglia», gestiti da personale educativo, socio-sanitario o assistenziale idoneamente formato secondo il bisogno dell'utenza, dove la permanenza possa essere senza limiti temporali predeterminati di ospitalità: tale residenzialità, attuata contestualmente e a sostegno degli interventi sanitari dei centri di salute mentale, può rispondere alle esigenze della disabilità cronica o temporanea e di tutte quelle situazioni cliniche che non consentono il ritorno nel contesto familiare di origine. Commisurati i posti disponibili rispetto all'incidenza del disagio psicosociale del territorio, attraverso un rapporto minimo di 1 posto per 3.000 abitanti, devono prevedere diversi livelli di intensità dell'assistenza sociale e sanitaria. Sempre in questo ambito, devono essere previste e incentivate anche soluzioni abitative di tipo «gruppo-appartamento», gestite direttamente da familiari e utenti, secondo modelli di mutuo-aiuto, con agevolazioni delle ASL, in quanto riconosciuti

come «valore aggiunto» nella programmazione sanitaria e assistenziale regionale.

L'articolo 7 sancisce la riconversione degli SPDC in centri di salute mentale ospedalieri; contestualmente, qualsiasi attuale tipologia comunitaria psichiatrica deve essere convertita nelle strutture dei cui agli articoli 5 e 6.

Tutti i servizi di cui sopra, centri di salute mentale e residenziali, possono essere a gestione pubblica, privata o mista, con la sola eccezione dei centri di salute mentale che attuano TSO, i quali devono rimanere esclusivamente affidati al Servizio sanitario nazionale.

Con l'articolo 8, le singole regioni, definite le dotazioni minime di posti per abitante per ciascuna tipologia di trattamento, devono rimborsare le prestazioni attraverso «*Diagnosis-related groups* di percorso», più funzionali rispetto alla variabilità del carico sanitario e assistenziale reale di ciascun paziente; con modalità proprie, qualora necessari, devono anche intervenire nel supporto dei pazienti per la quota assistenziale relativa all'ospitalità alberghiera.

L'articolo 9 prevede l'indicazione del finanziamento dei centri di salute mentale, delle comunità sanitarie riabilitative di integrazione e delle residenze socio-sanitarie, da parte del Ministero della salute, sulla base d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

L'articolo 10 definisce l'entità finanziaria massima utilizzabile, nel triennio a venire, per l'attuazione della riforma, a valere sul Fondo della prevenzione sanitaria.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche all'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori)

1. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al quarto comma le parole «o convenzionate» sono soppresse;

b) dopo il quinto comma sono inseriti i seguenti:

«È vietato qualsiasi intervento di coercizione fisica o ambientale nei confronti di chi è sottoposto a trattamenti sanitari, a esclusione dei casi previsti dal settimo comma.

Possono essere disposti interventi temporanei di contenzione fisica o ambientale solo in caso di necessità, qualora siano fallite tutte le azioni preventive o alternative possibili, ed esclusivamente per finalità terapeutica. L'attuazione degli interventi di cui al presente comma deve essere documentata in apposito registro, vidimato e distribuito dalle Aziende sanitarie locali (ASL), con indicazione delle motivazioni e modalità di restrizione della libertà del paziente. La documentazione di cui al periodo precedente deve essere redatta in triplice copia, una delle quali deve restare agli atti della struttura sanitaria, mentre le restanti due devono essere trasmesse, rispettivamente, all'ASL e all'autorità giudiziaria competenti.

L'idoneità delle strutture e del personale dei servizi sanitari che attuano trattamenti sanitari obbligatori o contenzioni sono verifi-

cate, entro il 31 dicembre di ogni anno, dalle ASL competenti».

Art. 2.

(Modifiche all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)

1. All'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il quinto comma è sostituito dai seguenti:

«Il trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali deve essere attuato nei centri di salute mentale, strutture territoriali e intra-ospedaliere, in grado di offrire ospitalità diurna e notturna, attivi 24 ore su 24 che operano in stretta integrazione con i servizi di emergenza e urgenza - 118 - e pronto soccorso ospedalieri.

Nei casi di trattamento sanitario obbligatorio in cui sia presente anche una urgenza internistica o chirurgica o un quadro clinico di intossicazione acuta da sostanze psicoattive, il ricovero è effettuato presso posti letti disponibili nei dipartimenti di emergenza-urgenza, ove il dipartimento di salute mentale competente assicuri la presenza di personale sanitario specialistico psichiatrico, con funzione di consulenza e collegamento.

Ai fini di cui ai commi quinto e sesto, le regioni provvedono affinché nei dipartimenti di emergenza-urgenza siano disponibili almeno due posti letto di ricovero in trattamento sanitario obbligatorio ogni 150.000 abitanti».

Art. 3.

(Modifiche all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale)

1. All'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il secondo comma è inserito il seguente:

«Il giudice tutelare può disporre, ai sensi degli articoli 404 e seguenti del codice civile, la nomina di un amministratore di sostegno»;

b) al settimo comma, le parole: «quarto e quinto comma», sono sostituite dalle seguenti: «quinto e sesto comma».

Art. 4.

(Interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e sostegno sociale della malattia mentale e assistenza alle famiglie dei malati)

1. In attuazione di quanto disposto dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali sono attuati dai centri di salute mentale, strutture territoriali e intra-ospedaliere, costituite da ambulatori, centri diurni, letti di ricovero temporaneo e *day-hospital*. I centri di salute mentale sono dotati di un numero massimo di dodici posti letto per trattamenti di situazioni acute, subacute e riabilitative di percorso all'interno di progetti sanitari e sociali individualizzati, con degenza della durata massima di tre mesi, nel rispetto di un rapporto minimo di un posto di ricovero ordinario ogni 10.000 abitanti, un posto di ricovero semiresidenziale ogni 4.000 abitanti e tre posti ogni 100.000

abitanti di attività *day-hospital*; essi operano all'interno dei dipartimenti di salute mentale e sono collegati con i servizi esterni per le tossicodipendenze nelle situazioni di comorbidità diagnostica, secondo le modalità organizzative disposte dalle diverse regioni in materia di tutela della salute mentale.

2. Al fine di prevenire e tutelare il disagio mentale minorile e i nuclei familiari a rischio, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni istituiscono centri di salute mentale, anche intraospedalieri, specificamente dedicati ai minori, in numero sufficiente a soddisfare le necessità territoriali, attivi 24 ore su 24, con una disponibilità massima di otto posti letto per ciascuna unità, per l'ospitalità diurna e notturna. I centri svolgono attività di emergenza e urgenza per i disturbi comportamentali, ambulatoriale, di *day-hospital* e di centro diurno per le diagnosi e i programmi di cura e sono dotati di personale competente nell'ambito sanitario, sociale, familiare, scolastico-educativo.

3. Per le famiglie dei pazienti affetti da patologie gravi e invalidanti, i centri di salute mentale prevedono interventi di sostegno, anche di tipo domiciliare, con luoghi dedicati di ascolto e di partecipazione alle attività di cura.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, istituiscono i Centri di salute mentale e i posti letto in reparti ospedalieri di pronto soccorso, secondo i criteri stabiliti dal comma 1.

5. Al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, le regioni provvedono al collegamento in forma dipartimentale dei servizi di cui al comma 1 con altri servizi socio-sanitari di natura residenziale, ovvero di inserimento sociale, pubblici, privati accreditati o autorizzati dalle ASL.

Art. 5.

*(Istituzione delle comunità sanitarie
riabilitative di integrazione)*

1. Al fine di garantire la possibilità di prolungare i trattamenti di riabilitazione delle malattie mentali di cui all'articolo 4, comma 1, le regioni provvedono a istituire, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le comunità sanitarie riabilitative di integrazione, strutture sanitarie per le quali è prevista una degenza della durata massima di un anno, con presenza di personale sanitario e psico-socio-educativo per 24 ore su 24. La gestione assistenziale delle comunità è assicurata dal personale professionale e può essere integrata dai pazienti e familiari organizzati secondo modelli di mutuo-aiuto. Le comunità devono essere dotate di un limite massimo di quindici posti letto ciascuna e di una disponibilità minima di un posto ogni 10.000 abitanti.

Art. 6.

(Istituzione delle residenze socio-sanitarie)

1. Al fine di garantire le esigenze abitative e di assistenza socio-sanitaria dei pazienti con disabilità psichica prolungata o permanente, le regioni provvedono a istituire, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, residenze socio-sanitarie, commisurate all'incidenza del disagio psico-sociale sul territorio e comunque previste in numero di posti-letto non inferiore a uno ogni 3.000 abitanti.

2. Le residenze socio-sanitarie possono essere articolate nelle seguenti strutture:

a) comunità residenziali: soluzioni residenziali, con caratteristiche abitative di edilizia civile, organizzati in piccoli appartamenti, dotati di un limite massimo di venti posti per ciascuna unità, a diversificata offerta socio-assistenziale e sanitaria sulle 24

ore, gestiti da personale assistenziale ed educativo professionalmente formato in ambito psichiatrico;

b) case-famiglia: alloggi non-sanitarizzati, dotati di posti-letto non superiori a sei, gestiti da due figure professionali sulle 24 ore, con competenze socio-assistenziali, preventivamente formate rispetto alle problematiche dei disturbi psichici e disponibili a un rapporto di convivenza con l'utenza;

c) gruppi-appartamento: appartamenti civili, dotati di posti-letto non superiori a sei, la cui gestione assistenziale sia totalmente affidata a pazienti e familiari organizzati in ambito associazionistico o secondo modelli di mutuo-aiuto, al fine di garantire un'offerta socio-assistenziale di supporto alle attività della vita quotidiana dei disabili psichici.

3. L'accesso alle residenze socio-sanitarie deve essere autorizzato dai dipartimenti di salute mentale, attraverso piani di cura e assistenza individualizzata dei pazienti.

Art. 7.

(Riconversione delle comunità sanitarie psichiatriche)

1. I servizi psichiatrici di diagnosi e cura esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge sono riconvertiti in centri di salute mentale intra-ospedalieri sul medesimo territorio.

2. Le comunità sanitarie psichiatriche esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge sono riconvertite in comunità sanitarie riabilitative di integrazione e in residenze socio-sanitarie sul medesimo territorio.

Art. 8.

(DRG territoriali di percorso)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono *Diagnosis-*

related groups (DRG) territoriali di percorso al fine di finanziare i programmi individuali sanitari, riabilitativi e socio-sanitari erogati in regime residenziale prevedendo altresì, qualora necessario, un'autorizzazione di spesa per la quota assistenziale dei pazienti nelle residenze socio-sanitarie.

Art. 9.

(Finanziamento)

1. Con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, si provvede a stabilire le modalità di finanziamento dei centri di salute mentale, delle comunità sanitarie riabilitative di integrazione e delle residenze socio-sanitarie.

Art. 10.

(Copertura finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge, valutati nel limite massimo di 100 milioni di euro per ciascuno degli anni 2012, 2013 e 2014, si provvede a valere sulla quota del Fondo sanitario nazionale destinata alla prevenzione.

