

# CAMERA DEI DEPUTATI <sup>N. 1528</sup>

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**GARAVAGLIA, AGRUSTI, ALAIMO, ALESSI, ALIVERTI, ALTERIO, BACCARINI, BARUFFI, BORRA, BORRI, CAROLI, CLEMENTE CARTA, CASILLI, CARLO CASINI, CASTELLOTTI, CIAFFI, COLONI, DEGENNARO, DELFINO, DEL MESE, DIANA, DI LAURA FRATTURA, D'ONOFRIO, FRANCESCO FERRARI, WILMO FERRARI, FORTUNATO, GELPI, GOTTARDO, GUALCO, IODICE, ANGELO LA RUSSA, LEONE, LOMBARDO, LUSETTI, VINCENZO MANCINI, MANTI, MANNINO, MASTRANZO, MAZZOLA, NAPOLI, PAGANELLI, PATRIA, PERANI, PALADINI, POLIDORO, RANDAZZO, RICCIUTI, LUIGI RINALDI, RIVERA, ROJCH, RAFFAELE RUSSO, SANESE, SANGALLI, SANTONASTASO, SANZA, SAPIENZA, SARETTA, SAVIO, SILVESTRI, TASSONE TEALDI, TISCAR, TORCHIO, TUFFI, VAIRO, VISCARDI, ZAMPIERI, ZANFERRARI AMBROSO, ZARRO, ZOPPI**

Nuove norme sulla tutela della salute mentale

*Presentata il 2 settembre 1992*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Viene ripresentata in questa legislatura una proposta di modifica e integrazione della normativa vigente in materia di tutela dei malati di mente. Il primo firmatario della presente proposta ha partecipato alla elaborazione del testo da Sottosegretario alla sanità e si ritiene utile non disperdere il lavoro svolto dalla commissione di esperti presso il Ministero della sanità durante la precedente legislatura.

I presentatori del presente testo affidano al dibattito norme che l'esperienza maturata negli anni che ci separano dalla legge n. 180 del 1978 suggerisce di approvare con urgenza.

Infatti la riforma psichiatrica, approvata con la legge 13 maggio 1978, n. 180, e « travasata » successivamente nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha comportato — come è noto — un radicale cambiamento della tipologia assistenziale nei confronti

dei malati di mente. In realtà ha codificato, sul piano legislativo, quel cambiamento che era già intervenuto nella dottrina psichiatrica con la fondamentale scoperta degli psicofarmaci.

L'applicazione terapeutica di questa nuova categoria di farmaci aveva, in molti casi, inciso profondamente nel comportamento di molti ammalati psichiatrici consentendone il relativo controllo rendendo, quindi, obsoleta la vecchia struttura dell'ospedale psichiatrico che, pure, fino a quel momento, proprio attraverso la sua attività custodialistica, aveva rappresentato l'unico presidio possibile.

La legge n. 180 del 1978 perseguiva tre obiettivi fondamentali:

1) depenalizzare la malattia mentale, che fino a quel momento era sottoposta all'autorità della Procura della Repubblica;

2) avvicinare le strutture per la diagnosi e la cura dei pazienti psichiatrici ai luoghi di residenza dei pazienti stessi;

3) affiancare alle necessarie strutture ospedaliere altre strutture di tipo intermedio e di tipo territoriale, idonee a fornire una più adeguata risposta alle differenti patologie psichiatriche.

Negli anni successivi alla entrata in vigore della precitata legge si sono determinati da un lato il generale miglioramento di condizioni dell'utente e dall'altro il superamento della logica manicomiale anche se i risultati complessivi ottenuti non possono affatto essere ritenuti soddisfacenti. In particolare sono state riscontrate situazioni differenziate tra le varie regioni italiane che hanno operato con modalità di intervento difformi e con servizi non omogenei.

In molte zone del territorio nazionale si verificano frequenti casi di gravissimo abbandono dei pazienti e delle loro famiglie quasi che il cittadino malato mentale non debba considerarsi titolare degli stessi diritti all'assistenza di coloro che, invece, presentano patologie di altra natura.

Tale realtà è stata anche accertata dalla Commissione igiene e sanità del Se-

nato, che ha effettuato sopralluoghi in varie strutture socio-sanitarie ed ha attivato colloqui con i relativi organi dirigenti, fornendone poi ampia e dettagliata relazione all'Aula, nella quale si è svolto un dibattito, conclusosi con l'approvazione di un ordine del giorno che impegnava il Governo « a procedere in tempi brevi ad uno stralcio del piano relativamente al progetto-obiettivo sulla psichiatria, adeguatamente finanziato con fondi a destinazione vincolata ».

Lo stralcio del progetto-obiettivo « Tutela della salute mentale », che rappresenta, come richiesto dal Senato, « un quadro di riferimento programmatico-organizzativo generale per le regioni e le Unità sanitarie locali », necessita di alcune urgenti misure legislative per la sua realizzazione.

Il provvedimento che si presenta tende, quindi, a riaffermare la validità dei principi ispiratori della legge n. 180 del 1978, concretizzandoli nella indicazione di strumenti idonei a determinare una svolta reale nella tutela della salute mentale, modificando, sulla base della decennale esperienza acquisita, alcune norme del vigente quadro normativo in vista della realizzazione di un disegno organizzativo, omogeneo e completo, come tale in grado di assicurare non solo un livello terapeutico omogeneo nelle varie regioni ma anche una continuità di assistenza ai malati mentali.

L'articolato tocca in minima parte l'assetto della legge n. 833 del 1978 e sostituisce solo l'attuale disposto dell'articolo 34, lasciando immutata sia la norma di cui all'articolo 33 che costituisce base e fondamento della precedente riforma in quanto, in attuazione del principio affermato nell'articolo 32 della Costituzione, detta norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, sia quella contenuta nell'articolo 35, che disciplina il procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera.

L'articolo 34 della legge n. 833 del 1978 è, invece, sostituito dal nuovo testo che preliminarmente dispone che gli inter-

venti di prevenzione, cura e riabilitazione siano attuati di regola nelle strutture territoriali del dipartimento. Per quanto concerne il trattamento sanitario obbligatorio (strumento indispensabile per la cura dei pazienti psicotici che, come la letteratura insegna, sono caratterizzati dal non avere coscienza della propria malattia), il testo riconosce al medico, in attesa del provvedimento del sindaco, una capacità completa di operare un tempestivo, responsabile intervento ed al paziente e alla famiglia, per quanto possibile, il più alto grado di rispetto del loro diritto di libera scelta. Il trattamento sanitario obbligatorio è infatti, attuato di norma presso l'apposito servizio ubicato obbligatoriamente presso strutture sanitarie di ricovero — solo se ricorre l'urgenza di intervento terapeutico e solo quando siano stati vanificati i tentativi possibili per ottenere il consenso.

La richiesta motivata del medico deve, comunque, essere convalidata dallo psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale; quest'ultimo può disporre eccezionalmente, con la garanzia di idonea assistenza e terapia, che il trattamento sanitario obbligatorio, sentita la famiglia, venga effettuato in ambiente extra-ospedaliero.

L'articolo 34 della legge n. 833 del 1978 prevedeva che la legge regionale disciplinasse l'istituzione dei servizi e delle strutture dipartimentali destinate a svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. È ben noto che al riguardo le regioni hanno agito in termini non omogenei delineando assetti strutturali diversificati e poco rispondenti — proprio perché non uniformi sul territorio nazionale — alle esigenze reali dell'assistenza ai malati di mente.

Si è, pertanto, reso indispensabile dettare un preciso modello organizzativo per la salute mentale, unico sull'intero territorio nazionale, impostato sempre su base dipartimentale e non soltanto finalizzato al settore del ricovero ma mirato, altresì, a dare corpo alla realizzazione delle strutture di emergenza, alternative e territo-

riali, universalmente ritenute, oggi, elemento trainante dell'assistenza psichiatrica.

Il modello organizzativo è strutturato tenendo presenti tutti gli elementi sui quali le legislazioni regionali hanno evidenziato una convergenza di impostazione e di interventi. In particolare è stato previsto, per essere il più possibile vicino all'utenza, un dipartimento per ogni Unità sanitaria locale, dipartimento che raggruppa e coordina tutti i servizi psichiatrici presenti nella Unità sanitaria locale stessa e che opera in modo integrato con altri servizi socio-sanitari che hanno competenze « confinanti » e che sono di estrema rilevanza per le attività di prevenzione precoce e di riabilitazione. Al riguardo preliminarmente si reputa opportuno richiamare l'attenzione sulla nuova destinazione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici, già disciplinati dall'articolo 64 della legge n. 833 del 1978.

Il testo prevede l'utilizzazione di tali strutture nell'ambito del piano pluriennale di investimenti già stabilito dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, attraverso la riconversione in strutture sanitarie non psichiatriche destinate a soggetti non autosufficienti, per attività di integrazione socio-sanitaria e per l'attivazione di comunità protette qualora l'ex nosocomio possa essere riconvertito secondo le dimensioni e le nuove caratteristiche previste per tali comunità nel progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

Tale impostazione dà la più ampia garanzia che gli ex ospedali psichiatrici vengono a mutare completamente fisionomia ed utilizzazione diventando un mezzo di integrazione del dipartimento con altri servizi socio-sanitari.

Per quanto concerne il modello organizzativo del dipartimento, si è previsto, in particolare, che la direzione dello stesso, che può essere collocata in qualunque struttura nella quale lo stesso si articola, sia affidata ad uno psichiatra di livello apicale che, conoscendo le problematiche degli ammalati, possa meglio seguire le varie fasi della complessa terapia effettuata. Sono state indicate, altresì, le

varie figure professionali che devono operare nel dipartimento.

Il dipartimento è articolato nelle seguenti strutture: *a)* centro di igiene mentale; *b)* servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (centro diurno o *day hospital*); *c)* servizio psichiatrico di diagnosi e cura; *d)* servizio di emergenza psichiatrica; *e)* residenza sanitaria assistenziale; *f)* comunità protetta.

Come risulta da tale articolazione, il dipartimento si presenta in forma molto complessa, comprendente strutture per attività sul territorio, strutture ospedaliere, strutture intermedie, comunità protette. Per comprendere la filosofia dell'organizzazione dipartimentale appare opportuna una disamina più dettagliata delle singole strutture.

Il centro di igiene mentale è il punto di coordinamento dell'attività sul territorio. Svolge attività psichiatrica ambulatoriale (visite specialistiche, trattamento farmacologico) e domiciliare, esercita attività di consulenza e filtro per i ricoveri, psicoterapia individuale e di gruppo e comprende una unità specialistica di assistenza familiare per la informazione e la formazione della famiglia del paziente e per la eventuale fornitura di trattamenti terapeutici alla famiglia stessa.

Un servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione è costituito dal *day hospital* o centro diurno. È questa una struttura intermedia corredata da ambulatori, destinata ad ospitare soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi e di socializzazione.

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura provvede alla cura dei pazienti in fase acuta, che richiede il ricovero in ambiente ospedaliero ed accoglie trattamenti volontari ed obbligatori. È ubicato obbligatoriamente presso strutture ospedaliere pubbliche, universitarie e convenzionate.

Il servizio di emergenza psichiatrica si articola in centro crisi e pronto soccorso. Il primo provvede all'assistenza dei pazienti in condizioni di emergenza; esso è aggregato ad una struttura del dipartimento oppure può essere costituito da una

*équipe* in mobilità territoriale facente parte del Centro di igiene mentale aperto continuamente giorno e notte. Il centro crisi deve comunque essere collegato con il dipartimento di emergenza o il pronto soccorso nonché con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Il pronto soccorso è aggregato al servizio psichiatrico di diagnosi e cura di strutture ospedaliere presso le quali coesistono un dipartimento di emergenza ed un pronto soccorso.

La residenza sanitaria assistenziale, che insieme al *day hospital* costituisce il complesso delle strutture intermedie, rappresenta un servizio residenziale e riabilitativo di terapia e risocializzazione articolato secondo la tipologia dei progetti di trattamento che, in relazione al bisogno, vengono effettuati.

I trattamenti, concordati con i pazienti ed i loro familiari, possono variare a seconda del tempo necessario, della maggiore o minore esigenza di residenzialità, di trattamenti integrativi.

La comunità protetta è destinata ai pazienti delle vecchie strutture nosocomiali che presentano patologie psichiatriche continuative e che sono carenti di supporto familiare. L'esistenza di tali pazienti rappresenta una triste realtà che non può e non deve essere dimenticata. È noto, purtroppo, che al 31 dicembre 1984 esistevano ancora 36.700 ricoverati in ospedali psichiatrici, una metà dei quali ha tuttora necessità di accoglienza in una struttura sanitaria perché presenta patologie psichiatriche continuative e carenza di supporto familiare. Purtroppo, infatti, numerosi sono i pazienti che sono privi di parenti o che hanno un nucleo familiare che non può — per vari motivi — prendersi cura di loro. Al riguardo un cenno doveroso si ritiene indispensabile ai drammi che numerose famiglie di ammalati vivono quotidianamente, drammi dei quali spesso si hanno notizie nelle cronache giornalistiche.

Con la comunità protetta si intendono costituire piccole strutture, con dimensione massima di 20 posti letto, nelle quali personale con formazione specifica

curi ed assista gli ammalati, già ricoverati negli ospedali psichiatrici, in modo personalizzato creando un rapporto di fiducia tra utente ed operatore.

In tali comunità ad esaurimento, destinate a sostituire le onerose strutture residenziali degli ex ospedali psichiatrici, non è previsto il ricovero di nuovi ammalati in quanto i vecchi pazienti, portatori di problematiche particolari derivanti dal precedente ricovero, difficilmente si integrerebbero con la nuova utenza.

L'attivazione di tali comunità avverrà attraverso la costruzione *ex novo* oppure anche attraverso il ricorso alla riconversione delle vecchie strutture come illustrato in precedenza.

Una giusta collocazione è riservata alle Università che parteciperanno all'assistenza ai malati di mente avendo la responsabilità di un dipartimento di salute mentale o di almeno tre delle strutture nelle quali si articola il dipartimento stesso. Ugualmente parteciperanno all'assistenza gli istituti a carattere scientifico, gli ospedali classificati ed i presidi e le case di cura di cui all'articolo 43 della legge n. 833 del 1978, in quanto è prevista la possibilità che le Unità sanitarie locali si avvalgano delle loro strutture; per le attività sociali non sanitarie possono collaborare con le Unità sanitarie locali anche i gruppi di volontariato.

Tuttavia, con la convinzione che l'attuazione delle nuove norme appartiene per competenza alle regioni, secondo il dettato costituzionale, si vuole offrire uno strumento operativo più incisivo e pregnante e per questo motivo viene previsto che le regioni adottano i provvedimenti di attuazione del Progetto obiettivo « Tutela della salute mentale » (il cui testo, con la sola modifica degli anni di riferimento per gli interventi previsti dal progetto stesso, viene allegato alla presente relazione, per completezza di documentazione).

Al fine di superare l'eventuale inerzia delle USL, l'articolo 3 del progetto in esame prevede il potere sostitutivo delle regioni e, ove necessario, del Ministero della sanità sulle regioni qualora le stesse

si rendessero inadempienti di provvedimenti amministrativi.

È stata, inoltre, disciplinata (articolo 4) l'istituzione di una Consulta, presieduta dal Ministro della sanità, con specifiche funzioni di acquisizione di elementi, proposte, indirizzi, verifiche e coordinamento, sull'intero territorio nazionale, sia in relazione ai servizi che ai programmi, anche relativi alla formazione del personale.

In tale sede saranno chiamati a partecipare il vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, rappresentanti del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'Istituto superiore di sanità, esperti designati dal Ministro della sanità, dal Ministro per gli affari sociali, dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, dal Ministro dell'interno, dalle regioni nonché da rappresentanti dei familiari e delle associazioni delle case di cura laiche e religiose. Attraverso tali membri la Consulta dovrebbe avere il « polso » della situazione nazionale della psichiatria e, essendo rappresentate tutte le categorie di esperti e di diretti interessati alla problematica, dovrebbe poter agevolmente incidere in senso determinante sull'assistenza.

Alla Consulta è affiancato un ufficio, per l'effettuazione di rilevazioni, studi e controlli nel settore psichiatrico e per la raccolta e l'elaborazione dei dati trasmessi dalle regioni e dalle Unità sanitarie locali in modo da avere sempre un quadro completo della situazione dell'assistenza psichiatrica nell'intero Paese, quadro necessario per evitare che si creino di nuovo sacche di inefficienza e di trascuratezza della problematica nonché difformità di erogazione dell'assistenza a seconda delle zone del territorio nazionale.

Il Ministro della sanità dovrà riferire al Parlamento annualmente in merito all'applicazione dei principi della legge.

L'articolo 5 quantifica i limiti complessivi di spesa per l'attuazione degli interventi previsti dal progetto di legge e dal relativo programma di Piano sanitario nazionale e ne individua la copertura finanziaria.

Vale la pena ricordare, anche in questa sede, che sarà essenziale una adeguata formazione del personale (come è richiamato nel citato Progetto-obiettivo); l'auspicio è la tempestiva approvazione delle nuove figure infermieristiche, tra le quali specifica ed essenziale è la specializzazione dell'infermiere psichiatrico.

In conclusione, nel rispetto dei principi ispiratori della legge n. 180 del 1978, si è cercato di determinare, in un ristretto complesso di norme, il più efficiente e tempestivo intervento a salvaguardia dell'integrità fisica e psichica di quei cittadini colpiti dalla malattia nel bene supremo della mente.

ALLEGATO \*

## TUTELA DELLA SALUTE MENTALE

1. *L'approccio al problema della psichiatria.*

La riforma psichiatrica varata nel 1978 con la legge n. 180, poi travasata, nei contenuti sostanziali, negli articoli 33 e seguenti della legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833, ha aperto la via a profondi cambiamenti culturali e organizzativi a tutti i livelli delle istituzioni pubbliche preposte al settore.

La nuova disciplina legislativa, infatti, ha postulato un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico, dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e alla prevenzione dei disturbi mentali e spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali.

I dieci anni di lavoro e di sperimentazione nel settore psichiatrico che sono seguiti alla riforma hanno dato importanti risultati che sono documentati da una abbondante letteratura prodotta dagli stessi operatori coinvolti nel processo di cambiamento. Gran parte del nuovo che è stato realizzato in questo campo è frutto, infatti, dell'impegno degli stessi operatori della salute mentale. E ciò si spiega proprio perché gli obiettivi della riforma sono maturati all'interno di alcuni gruppi di operatori e si sono poi diffusi tra gli addetti come una necessità per uscire dalla logica manicomiale, ormai considerata del tutto inadeguata a migliorare le condizioni dell'utente, e per cercare nuove soluzioni più appropriate.

L'impegno in senso innovativo è dunque il contributo più rilevante che è venuto in questi anni dalla cultura degli operatori, i quali hanno dimostrato tra l'altro disponibilità ad integrare il sapere tradizionale con le acquisizioni professionali derivanti dalle nuove esperienze sia assistenziali che dottrinali, ed a costruire forme organizzative più consone al nuovo contesto di lavoro.

Tuttavia nella misura in cui il progredire della riforma è stato in gran parte affidato allo sforzo degli operatori del settore, i risultati complessivi sono ancora largamente insoddisfacenti. Soprattutto emergono situazioni alquanto differenziate tra le varie regioni italiane per quanto concerne il sistema dei servizi predisposti e le modalità di intervento, come è stato ampiamente documentato dalla ricerca su tutto il territorio nazionale e dai successivi approfondimenti, condotti dal CENSIS e dal LABOS per conto del Ministero della sanità.

---

\* (Si è proceduto ai necessari aggiornamenti negli anni di riferimento per gli interventi previsti).

Tutte le ricerche sui servizi e la letteratura del settore concordano nell'indicare quattro grandi questioni che devono essere affrontate per elevare ed omogeneizzare la qualità dell'intervento attualmente offerto alla popolazione:

*a)* la costruzione in tutte le unità sanitarie locali di una rete di strutture: strutture territoriali psichiatriche, strutture residenziali e semiresidenziali, strutture adibite alla riabilitazione e alla gestione degli stati di crisi;

*b)* l'aumento delle competenze professionali degli operatori del settore per metterli in grado di svolgere la maggiore complessità di compiti loro affidati.

In particolare viene richiesta la messa a punto di una preparazione professionale aggiornata e accurata e la diffusione di una nuova cultura per affrontare:

le patologie più gravi che si concentrano nei degenti degli ex ospedali psichiatrici, ma che emergono anche in nuove forme di cronicità;

le cosiddette patologie lievi, che sono in grande aumento forse proprio perché la presenza di servizi ambulatoriali aperti al territorio ha permesso di convogliare verso il settore pubblico una domanda di intervento che prima restava inespressa e veniva vissuta negativamente nella sfera privata e riservata dei singoli e delle famiglie;

*c)* lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale del lavoro, dotando la rete dei servizi psichiatrici delle unità sanitarie locali di un coordinamento tecnico e gestionale che garantisca il funzionamento integrato e continuativo dei servizi stessi. Ciò è richiesto dalla pluralità di strutture psichiatriche che insistono sullo stesso territorio, dalla varietà delle figure professionali e dalla presenza di altri servizi non psichiatrici, che hanno confini operativi che interessano la salute mentale (medicina di base, assistenza, tossicodipendenza, consultorio, medicina scolastica, neuropsichiatria infantile, ecc.). In questo contesto vario e complesso la continuità terapeutica può essere garantita al cittadino solo mediante un coordinamento dipartimentale del settore;

*d)* il definitivo superamento dell'ospedale psichiatrico. La progressiva delegittimazione che ha investito questo tipo di istituzione non è stata accompagnata da un uguale lavoro sul territorio per preparare prima, e seguire poi, le condizioni di inserimento non traumatico dei pazienti nel circuito dell'assistenza e nei contesti familiare, sociale e lavorativo.

L'insieme di questi elementi e soprattutto la scarsa articolazione dei servizi, nonché il ritardo nel predisporre strutture ed interventi sul territorio, complementari ed alternativi alla degenza ospedaliera, ha prodotto inevitabilmente un sovraccarico funzionale alla famiglia, che ha portato a diffusi fenomeni di rigetto della stessa filosofia della legge n. 180 del 1978. Tale disagio ha preso corpo, come è noto, in numerosi interventi delle associazioni dei familiari dei malati, nel frattempo costituitesi.



## 2. La situazione della psichiatria nella società italiana.

A conferma dei punti critici indicati, ed in particolare delle carenze organizzativo-strutturali del settore, merita ricordare sinteticamente i principali risultati della già ricordata indagine CENSIS, condotta per conto del Ministero della sanità.

Alla data del censimento, che risale a qualche anno fa, la situazione era la seguente:

a) risultavano esistenti nel nostro Paese 1.399 servizi e presidi di varia tipologia e denominazione; di essi il 48,2 per cento era costituito da presidi psichiatrici territoriali identificabili con il Centro di salute mentale (CSM), il 21,3 per cento da strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali, il 16,9 per cento da servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) istituiti dalla legge n. 180 negli ospedali generali e il 13,5 per cento da strutture tradizionali di ricovero (ospedali psichiatrici, case di cura e cliniche universitarie di psichiatria). La rete dei servizi, pur presentandosi insufficiente a sostenere una domanda di prestazioni in costante crescita per intensità e complessità, registra, comunque, a dieci anni dalla legge n. 180 un primo allargamento del panorama dei servizi;

b) la distribuzione dei presidi sul territorio nazionale era del tutto disomogenea, con il 53 per cento dei presidi collocato nell'Italia settentrionale, il 20 per cento nelle regioni dell'Italia centrale e il 27 per cento in quelle dell'Italia meridionale e insulare;

c) i centri di salute mentale, pur complessivamente sufficienti in quantità (1 ogni 84.688 abitanti contro il parametro ottimale di 1/100.000), risultavano tuttavia mal distribuiti nel paese e del tutto assenti in ben 132 unità sanitarie locali, pari al 20 per cento delle unità sanitarie locali italiane. Di queste 132 unità sanitarie locali prive del centro di salute mentale, 100 erano collocate nel sud.

All'interno dei centri di salute mentale si è potuto riscontrare che il 45 per cento di essi era nettamente al di sotto dello *standard* medio complessivo per caratteristiche di funzionamento ed efficienza (misurata attraverso dati strutturali, di personale, di prestazioni e stile di lavoro), mentre solo il 32 per cento presentava un livello di efficienza tendenzialmente soddisfacente;

d) i servizi psichiatrici di diagnosi e cura presentavano a livello nazionale un tasso di posti letto per 100.000 abitanti pari a 5,4 rispetto al parametro ottimale di 10 posti letto per 100.000 abitanti. L'insufficienza di strutture di ricovero è, risultata ancor più grave nell'Italia centrale e meridionale dove si è registrato un tasso di 4 posti letto per 100.000 abitanti. Solo un terzo degli SPDC esistenti presentava inoltre un organico completo di operatori;

e) le strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali, costituivano il punto più carente della rete. Esse risultavano complessivamente 298, di cui solo 50 semiresidenziali (centri per l'attività di riabilitazione-socializzazione e *day hospital* per l'attività terapeutica in senso stretto). Solo il 19,4 per cento di queste strutture erano

presenti al sud, mentre 66 su 100 erano collocate al nord. Nell'insieme del Paese ben il 78,5 per cento delle unità sanitarie locali risultavano sprovviste di strutture intermedie alla data del censimento. Le 248 strutture residenziali comprendevano strutture protette e semiprotette; quelle protette, con la presenza di operatori 24 ore su 24, erano circa 100, mentre quelle con minore presenza di operatori (almeno 8 ore di 1 operatore) e quindi maggiore autogestione erano circa 75. Nel complesso i posti assicurati erano 3.800.

La situazione attuale è solo modestamente incrementata rispetto ai dati sopra riportati;

f) rispetto all'istituzione di una organizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale, la situazione si presentava alla data del censimento e si presenta ancora oggi del tutto insoddisfacente.

Infatti, solo 11 delle 696 unità sanitarie locali disponevano dell'intero complesso di servizi (centro di salute mentale, SPDC, strutture intermedie). L'integrazione gerarchica del lavoro (garantita dall'esistenza di un unico organico e di un'unica responsabilità di direzione sui gruppi di lavoro delle diverse unità o servizi psichiatrici) risultava presente in una minoranza delle unità sanitarie locali. In senso generale, poi, l'ospedale psichiatrico è risultato sovente in posizione di autonomia gerarchico-funzionale rispetto al dipartimento psichiatrico. Infine ovunque risultava molto debole l'integrazione funzionale del lavoro tra i servizi. Basti pensare che più della metà dei centri di salute mentale (52,1 per cento) aveva con gli SPDC solo scambio di informazioni sull'utente o, comunque, « incontri sporadici od occasionali per la definizione di programmi terapeutici comuni », mentre unicamente il 16,6 per cento di tali servizi gestiva direttamente il SPDC e poteva così fare da filtro per i ricoveri in maniera efficace, contribuendo ad assicurare la « continuità terapeutica »;

g) gli ospedali psichiatrici ammontavano a 103 (di cui 11 privati convenzionati) con 36.700 ricoverati (attualmente i ricoverati negli O.P. sono circa 20.000). Un indicatore del degrado di questi servizi era dato dallo scarso uso di interventi alternativi o integrativi a quello farmacologico. L'attività terapeutico-riabilitativa dentro e fuori questa struttura risultava assai carente sia per la mancanza di operatori specifici e di opportunità esterne, sia per l'elevata età media dei ricoverati.

Un dato significativo sulle dimissioni dagli ex O.P. è che solo 12 nosocomi sui 103 censiti avevano favorito in qualche modo il processo di reinserimento nel contesto sociale dei pazienti, riservando loro apposite « comunità ospiti », intese come prima tappa verso un percorso di recupero di autonomia ed effettiva dimissione. Nonostante la residualità e l'inefficienza degli OOPP, tali strutture assorbono ancora oggi una quota molto rilevante di risorse finanziarie.

Una delle motivazioni con le quali viene pressoché unanimemente spiegata la situazione di crisi del settore psichiatrico è quella di una discontinua e carente azione di indirizzo, di promozione e di coordinamento, ai diversi livelli di governo e di gestione del sistema sanitario.

Nel settore della psichiatria non sono stati infatti attivati fino ad oggi in sede nazionale adeguati interventi di rilievo per incoraggiare l'implementazione della riforma. Né può essere considerata sufficiente l'esperienza, attuata nel 1985, di assegnazione di specifiche risorse finanziarie per il conseguimento di limitati obiettivi, in parte non ancora utilizzate.

Peraltro anche l'opera di realizzazione da parte di regioni e unità sanitarie locali è complessivamente deludente ed insoddisfacente, come è risultato dalle citate ricerche del CENSIS e del LABOS. Va tuttavia segnalato che alcune esperienze programmatiche sono in atto in regioni che hanno varato progetti-obiettivo o hanno dedicato una attenzione al settore all'interno del proprio piano sanitario regionale. Altre regioni, invece, hanno adottato dei provvedimenti di governo limitati a carenze specifiche. Il risultato, in termini di rete dei servizi attivi sul territorio o di dotazioni di personale destinate al settore, è in ogni caso al di sotto del fabbisogno e giustifica pienamente la necessità di uno specifico progetto-obiettivo all'interno della programmazione sanitaria nazionale per imprimere una svolta decisiva al processo di realizzazione e di adeguamento di una moderna politica sanitaria nel campo della psichiatria e della tutela della salute mentale.

Nel complesso il passaggio della psichiatria dalla gestione da parte delle province al nuovo ordinamento (regioni ed unità sanitarie locali) ha comportato la perdita di una cultura amministrativa che, specialmente in alcune realtà, aveva rappresentato comunque un fattore importante per lo sviluppo del settore.

Insufficienti inoltre sono state finora le iniziative formative per dare fondamento ad una cultura del settore che garantisca una organizzazione del lavoro efficace ed efficiente.

Va a questo riguardo sottolineato come la valutazione del lavoro è un aspetto molto sentito dagli operatori del settore ed un'adeguata verifica dello stesso non è stata ancora idoneamente realizzata.

Risponde a questa esigenza anche la necessità di realizzare, nell'ambito dell'unitario sistema informativo sanitario del SSN, il modulo relativo al settore psichiatrico, a livello locale, dipartimentale e regionale, interconnesso per finalità di governo al sistema nazionale, orientato a facilitare il controllo *in itinere* del lavoro svolto nei e dai servizi e i suoi effetti sull'utenza.

Nel complesso queste iniziative non hanno ancora consolidato un sistema di verifica che entri a far parte della strumentazione permanente per il governo del settore, nella logica dell'evoluzione culturale in atto che va colta ed incoraggiata.

### 3. Una nuova filosofia di governo del settore psichiatrico.

A questo stadio di maturazione del settore psichiatrico diventa importante attivare una linea di governo che rafforzi il nuovo già emerso e completi quel disegno organizzativo che non può essere affidato soltanto alle spinte spontanee.

Si tratta in linea concreta di dar vita alle seguenti misure:

a) varare un programma nazionale, rappresentato dal presente progetto-obiettivo, per indicare le priorità di sviluppo e sollecitare l'attivazione anche a livello regionale di un analogo strumento di pianificazione e di governo del settore;

b) dotare coerentemente il settore di un quantitativo adeguato di risorse finanziarie, che rappresentano la condizione indispensabile per incentivare le regioni e le unità sanitarie locali a perseguire gli obiettivi selezionati, con l'avvertenza che il programma va finanziato non soltanto con risorse aggiuntive, ma anche con una razionalizzazione d'impiego delle risorse già impegnate nel settore, con un accrescimento di produttività da parte dei servizi integrati a rete e con l'eliminazione di sprechi e di diseconomie;

c) attivare dei meccanismi di concertazione tra il Ministero della sanità e le regioni e tra queste e le unità sanitarie locali che favoriscano una migliore integrazione del settore. Si tratta cioè di istituire delle commissioni di lavoro dedicate a problemi specifici in cui si affrontino problemi tecnici ed organizzativi che presentano un elevato livello di complessità, per elaborare i necessari indirizzi attuativi che spianino la strada all'applicazione del progetto-obiettivo nel concreto delle realtà locali;

d) attivare, infine, dei meccanismi di controllo partecipato sullo sviluppo del settore nei cinque anni di validità del progetto-obiettivo, anche attraverso la valutazione tecnica di una apposita commissione nazionale di esperti e la valutazione tecnico-politica degli organi istituzionali (Conferenza permanente Stato-regioni, Consiglio sanitario nazionale, Commissioni parlamentari), per determinare il grado di conseguimento degli obiettivi programmati, valutare i risultati stessi rispetto ai costi sostenuti e procedere alla riprogrammazione del settore alla luce delle esperienze compiute, dei conseguimenti realizzati e dei nuovi bisogni emergenti. In una logica di programma in tal senso orientata è anche possibile prevedere degli incentivi finanziari che vadano a premiare gli interventi qualitativamente più riusciti.

#### 4. *Il modello organizzativo del dipartimento di salute mentale.*

Questa nuova filosofia di governo appare favorita anche dal fatto che nella letteratura, e soprattutto nella legislazione di diverse regioni, si sta verificando una sensibile convergenza in ordine al modello organizzativo del settore.

La protezione della salute mentale — nelle sue componenti preventive, curative e riabilitative — è garantita da:

l'azione congiunta e il coordinamento dei servizi psichiatrici che insistono sullo stesso territorio;

l'azione congiunta e il coordinamento delle attività svolte dai servizi psichiatrici e da altri servizi socio-sanitari « confinanti » (con-

sultorio, centri per tossicodipendenze, ecc.). Tra quelli che risultano avere una rilevanza maggiore, sia nella prevenzione precoce che nella riabilitazione, vanno tenuti presenti: la medicina di base, la medicina scolastica, la guardia medica, l'assistenza sociale di base, i servizi ospedalieri (*pronto soccorso*), i servizi socio-sanitari e di neuropsichiatria infantile.

Di conseguenza, il modello organizzativo deve interessare congiuntamente le attività sul territorio, le strutture intermedie e le strutture ospedaliere, unificate funzionalmente dall'esigenza di assicurare la continuità assistenziale dei cittadini utenti.

A questo scopo, a livello territoriale in ogni unità sanitaria locale deve essere garantita la presenza di un dipartimento di tutela della salute mentale che raggruppi tutti i servizi psichiatrici presenti nello stesso territorio della unità sanitaria locale e che operi in modo integrato. Si ricorda che la legge definisce il dipartimento di tutela della salute mentale come la sede organizzativa dei servizi e il punto di riferimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione; il dipartimento coordina i vari servizi e controlla il funzionamento delle strutture private relativamente ai servizi psichiatrici. Al dipartimento compete la verifica della corretta esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori. Formazione e ricerca (epidemiologica, clinica e organizzativa) sono parimenti attribuzioni del dipartimento, al quale va assegnato un organico unico e pluriprofessionale, secondo le indicazioni di legge. Data la complessità delle strutture coordinate e delle attività da svolgere, è opportuno che la direzione del dipartimento sia affidata ad uno psichiatra di adeguata qualificazione e di livello gerarchico rispondente alla funzione da svolgere. Il dipartimento di salute mentale è articolato nelle seguenti tipologie di servizi e strutture:

Centro di igiene mentale (CIM);

Servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (SSTR);

Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);

Servizio di emergenza psichiatrica (SEP), a sua volta articolato in:

centro crisi;

pronto soccorso;

Residenza sanitaria assistenziale (RSA);

Comunità protetta (CP).

Nella realizzazione della rete dei servizi regionali di psichiatria, le regioni debbono conformarsi per esigenze di omogeneità nazionale, agli indirizzi generali di seguito espressi.

*Il Centro di igiene mentale (CIM).*

Costituisce la sede organizzativa della *équipe* degli operatori ed il punto di coordinamento dell'attività sul territorio.

Svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri, programmazione

terapeutica, farmacologica e psicoterapeutica; garantisce, inoltre, un servizio specifico di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti.

Il CIM è aperto almeno 12 ore al giorno, per 6 giorni alla settimana. Il fabbisogno nazionale può considerarsi soddisfatto prevedendo un centro di igiene mentale ogni 100.000 abitanti. Gli indirizzi in materia di personale sono demandati ad uno specifico atto di indirizzo e coordinamento, da emanarsi, ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978, entro tre mesi dall'approvazione del presente progetto obiettivo. Il CIM garantisce l'assistenza sanitaria specialistica al paziente sia presso il proprio domicilio privato che presso il domicilio sociale (case albergo, comunità protetta, residenze sanitarie assistenziali).

*Il servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (Centro diurno o day hospital).*

È istituito, possibilmente in ciascuna unità sanitaria locale, secondo un fabbisogno nazionale commisurato ad un posto ogni 10.000 abitanti. Per ragioni di convenienza economica e gestionale è opportuno che sia dotato di almeno 20 posti e corredato di un ambulatorio con strutture di socializzazione e di riabilitazione. È destinato ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione.

*Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).*

Provvede alla cura dei pazienti in fase acuta che abbisognano di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero; accoglie trattamenti volontari e obbligatori. La dimensione del servizio è di almeno 16 posti letto; il fabbisogno nazionale è valutato in misura di un posto letto ogni 10.000 abitanti.

Il SPDC è ubicato obbligatoriamente presso strutture sanitarie di ricovero: ospedaliere pubbliche, universitarie, convenzionate.

*Il servizio di emergenza psichiatrica (SEP).*

Provvede all'assistenza dei pazienti nelle situazioni di emergenza, è sottoposto alla disciplina che regola il pronto soccorso e, come tale, deve essere disponibile 24 ore su 24.

Il servizio di emergenza psichiatrica si articola in:

centro crisi — che, a seconda della popolazione e dei servizi della unità sanitaria locale, può essere collocato in una struttura del dipartimento di tutela della salute mentale oppure può essere costituito da una *équipe* in mobilità territoriale facente capo al centro di igiene mentale (da tenere nel caso aperto 24 ore su 24). Il centro crisi va comunque sempre collegato funzionalmente al dipartimento di emergenza della unità sanitaria locale, se esistente, o al pronto soccorso ospedaliero, oltre che con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale;

pronto soccorso psichiatrico — che è collocato obbligatoriamente in strutture ospedaliere pubbliche presso le quali coesistano un

dipartimento di emergenza od un pronto soccorso generale ed un servizio psichiatrico di diagnosi e cura al quale il pronto soccorso psichiatrico è aggregato. È dotato di almeno 4 posti letto e si avvale dell'organico del SPDC al quale è aggregato, con l'aggiunta opportuna di un aiuto.

*La residenza sanitaria assistenziale (RSA).*

Secondo la dizione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 22 dicembre 1989 si definisce « residenza sanitaria assistenziale » una struttura extraospedaliera finalizzata a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone prevalentemente non autosufficienti. Saggiunge il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri citato che presupposto per la fruizione della residenza sanitaria assistenziale è la comprovata mancanza di un idoneo supporto familiare che consenta di erogare al domicilio i trattamenti sanitari continui e l'assistenza necessaria.

Per quanto concerne il settore psichiatrico, le RSA sono strutture residenziali e riabilitative di terapia e risocializzazione, articolate secondo la tipologia dei progetti di trattamento. Possono distinguersi in base a:

la durata del trattamento (breve o lunga assistenza);

l'esigenza di residenzialità;

l'integrazione dei trattamenti (farmacologici, psicoterapici e riabilitativi).

Il bisogno prevalente, al quale fornire risposta all'uopo utilizzando anche le risorse in conto capitale previste dal programma straordinario di investimenti in sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, riguarda la realizzazione di RSA per l'accoglienza di soggetti abbinogevoli di trattamenti intensivi, o di soggetti abbinogevoli di trattamenti prolungati che non possono risiedere in famiglia o per l'accoglienza temporanea di persone da sottoporre a trattamenti di breve termine. Per ogni paziente, accolto nella residenza sanitaria assistenziale su richiesta del dipartimento di tutela della salute mentale, va formulato un progetto terapeutico-riabilitativo integrato e personalizzato che evidenzi gli obiettivi sanitari da perseguire con l'inserimento nella RSA, da concordare possibilmente anche con il paziente e con i suoi familiari.

Il fabbisogno nazionale di posti residenziali in RSA a indirizzo psichiatrico da assicurare è di 10 posti ogni 100.000 abitanti.

Le indicazioni parametriche del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 dicembre 1989 prevedono l'organizzazione delle RSA su moduli di 20 ospiti. Per le RSA integrate nel dipartimento di tutela della salute mentale è opportuno non superare tale limite.

Le strutture intermedie previste dal presente progetto-obiettivo devono essere realizzate e attivate direttamente dalla unità sanitaria locale, secondo le indicazioni della programmazione regionale, entro i limiti temporali previsti dalla legge che viene approvata in contemporanea al presente documento. In caso di urgenza, di carenza, ed anche al fine di rispettare la libertà di scelta del medico e del luogo di cura,

le regioni, nei limiti quantitativi di posti e di strutture previsti dal presente progetto-obiettivo, potranno far ricorso al convenzionamento con strutture private.

*La comunità protetta (CP).*

È una struttura ad esaurimento destinata al ricovero di pazienti degli ex ospedali psichiatrici che presentano patologie psichiatriche, o che siano carenti di supporto familiare.

La dimensione massima di ciascuna comunità protetta è di 20 posti letto per nucleo organizzativo.

Le comunità protette sono realizzate di norma mediante riconversione di spazi di ex O.P., oppure, in caso di indisponibilità di spazi idonei, anche mediante costruzione di nuove strutture nell'ambito del piano straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Per il superamento degli ospedali psichiatrici nelle situazioni dove il trasferimento dei pazienti alle cure dei servizi territoriali non appare possibile o consigliabile va attivato un percorso per tappe attraverso:

la valutazione clinica dei degenti in base alle condizioni fisiche e psichiche ed alle risorse sociali di cui si dispone, con formulazione di un programma individuale di intervento terapeutico, riabilitativo e assistenziale;

l'attribuzione ai servizi per *handicap* e geriatrici dei pazienti con patologie organiche croniche stabilizzate che richiedono trattamenti protratti di conservazione e riabilitazione;

la pianificazione delle dimissioni e dei trasferimenti nelle comunità protette, concordati con i pazienti e con le loro famiglie.

Le comunità protette per pazienti degli ex O.P., essendo strutture ad esaurimento, non possono ricevere nuova utenza e vanno progressivamente ridimensionate come numero in base alle consistenze quantitative dei degenti rilevate di anno in anno dalle unità sanitarie locali e comunicate tempestivamente alle regioni di competenza.

Le prestazioni che i servizi socio-assistenziali, dipendenti dai comuni singoli o associati, possono realizzare nel settore della salute mentale riguardano:

l'assistenza economica di carattere straordinario;

l'offerta di opportunità alloggiative;

l'inserimento lavorativo.

Per fini di conoscenza del fenomeno in tutte le sue dimensioni ed evoluzioni e per scopi di monitoraggio dell'attuazione del presente progetto-obiettivo, a livello regionale deve essere istituito, come modulo dell'unitario sistema informativo sanitario, un osservatorio epidemiologico relativo al settore della tutela della salute mentale, sulla base anche delle linee di guida che il Ministero della sanità, sentita l'apposita consulta permanente per la psichiatria, provvederà tempestivamente ad emanare.



5. *Gli interventi da compiere.*

Per il triennio 1993-1995 vengono individuati i seguenti interventi prioritari.

*Intervento n. 1 — Realizzare il modello organizzativo del dipartimento di tutela della salute mentale.*

L'impegno principale del triennio deve essere quello di realizzare il modello organizzativo del dipartimento di salute mentale secondo l'articolazione in precedenza illustrata. In particolare il programma operativo di attuazione va modulato secondo le seguenti indicazioni quantitative, temporali e di spesa:

a) Centri di igiene mentale:

dato lo *standard* tendenziale di un CIM ogni 100.000 abitanti, con il minimo di 1 centro in ogni unità sanitaria locale, il fabbisogno previsto per il completamento della rete nazionale è di 200 CIM da realizzare nei prossimi 5 anni. Per il triennio 1993-1995 l'obiettivo è di realizzare:

70 nuovi CIM nel 1993;

85 nuovi CIM nel 1994;

30 nuovi CIM nel 1995.

Il costo di attivazione di un CIM è calcolato in lire 600 milioni l'anno per spese di gestione. Il finanziamento disponibile per questa linea di intervento è complessivamente di:

lire 42 miliardi nel 1993;

lire 81 miliardi nel 1994;

lire 100 miliardi nel 1995.

Per la parte in conto capitale, cui far fronte con il finanziamento straordinario del programma di investimenti di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 o con quote residue del Fondo sanitario nazionale in conto capitale all'uopo vincolate, il finanziamento disponibile è di lire 500 milioni a CIM, per un ammontare complessivo di lire 35 miliardi nel 1993, di lire 33 miliardi nel 1994 e di lire 15 miliardi nel 1995.

b) Servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (centro diurno o *day hospital*).

Dato lo *standard* tendenziale di 1 posto ogni 10.000 abitanti e di 20 posti semiresidenziali per ogni centro diurno, il fabbisogno previsto per il completamento della rete nazionale è di 150 centri diurni

da realizzare nei prossimi 5 anni. Per il triennio 1993-1995 l'obiettivo è di realizzare:

15 nuovi centri nel 1993;

15 nuovi centri nel 1994;

75 nuovi centri nel 1995.

Il costo di attivazione di un centro diurno è calcolato in lire 700 milioni l'anno per spese di gestione. Il finanziamento disponibile per questa linea di intervento è complessivamente di:

nessun finanziamento di parte corrente nel 1993 (in attesa della realizzazione delle opere in conto capitale);

lire 10 miliardi nel 1994;

lire 21 miliardi nel 1995.

Per la parte in conto capitale, cui far fronte con le modalità indicate alla precedente lettera a), il finanziamento disponibile è di lire 1 miliardo a centro diurno per un ammontare di lire 15 miliardi nel 1993, di lire 15 miliardi nel 1994 e di lire 75 miliardi nel 1995.

c) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

Dato lo *standard* tendenziale di 1 posto letto ogni 10.000 abitanti e di 16 posti letto per servizio, il fabbisogno previsto per il completamento della rete nazionale è di 70 servizi psichiatrici di diagnosi e cura nei prossimi 5 anni. Per il triennio 1993-1995 l'obiettivo è di realizzare:

25 nuovi SPDC nel 1993;

9 nuovi SPDC nel 1994;

8 nuovi SPDC nel 1995.

Il costo di attivazione di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura è calcolato in lire 1,3 miliardi di lire l'anno per spese di gestione. Il finanziamento disponibile per questa linea di intervento è complessivamente di:

lire 33 miliardi nel 1993;

lire 44 miliardi nel 1994;

lire 55 miliardi nel 1995.

Per la parte in conto capitale, cui far fronte con le modalità indicate alla precedente lettera a), il finanziamento disponibile è di lire 1,9 miliardi a servizio psichiatrico di diagnosi e cura, per un ammontare di lire 48 miliardi nel 1993, di lire 17 miliardi nel 1994 e di lire 15 miliardi nel 1995.

d) Servizio di emergenza psichiatrica (SEP).

In assenza di uno *standard* di dotazione rapportato alla popolazione ed essendo l'ampiezza della rete dei servizi di emergenza

psichiatrica correlata alla preesistenza di una sottostante rete di emergenza e pronto soccorso, tenuta presente l'indicazione di assicurare nei SEP 4 posti letto aggregati al SPDC, il fabbisogno stimato per il completamento della rete nazionale è di 300 servizi di emergenza psichiatrica da realizzare nei prossimi 5 anni. Per il triennio 1993-1995 l'obiettivo è di realizzare:

150 nuovi SEP nel 1993;

50 nuovi SEP nel 1994;

50 nuovi SEP nel 1995.

Il costo di attivazione di un SEP è calcolato in lire 200 milioni l'anno, in aggiunta ai costi ordinari del CIM, del SPDC e del pronto soccorso generale dell'ospedale, per spese di gestione. Il finanziamento disponibile per questa linea di intervento è complessivamente di:

lire 30 miliardi per il 1993;

lire 40 miliardi per il 1994;

lire 50 miliardi per il 1995.

Per la parte in conto capitale, cui far fronte con le modalità indicate alla precedente lettera *a*), il finanziamento disponibile è di lire 240 milioni a SEP, per un ammontare di lire 36 miliardi nel 1993, di lire 12 miliardi nel 1994 e di lire 12 miliardi nel 1995.

*e*) Residenza sanitaria assistenziale.

Dato lo *standard* tendenziale di 1 posto ogni 10.000 abitanti e di 20 posti residenziali per ogni RSA specifica o nucleo residenziale in RSA polivalente, il fabbisogno previsto per il completamento della rete nazionale è di 200 residenze sanitarie assistenziali o nuclei residenziali da realizzare nei prossimi 5 anni. Per il triennio 1993-1995 l'obiettivo è di realizzare:

25 nuove residenze o nuclei residenziali nel 1993;

25 nuove residenze o nuclei residenziali nel 1994;

75 nuove residenze o nuclei residenziali nel 1995.

Il costo di attivazione di una residenza sanitaria assistenziale o nucleo residenziale di 20 posti è calcolato in lire 740 milioni l'anno per le spese di gestione. Il finanziamento disponibile per questa linea di intervento è complessivamente di:

nessun finanziamento di parte corrente nel 1993 (in attesa della realizzazione delle opere in conto capitale);

lire 18 miliardi nel 1994;

lire 37 miliardi nel 1995.

Per la parte in conto capitale, cui far fronte con le modalità indicate alla precedente lettera *a*), il finanziamento disponibile è di lire 1,2 miliardi a residenza o nucleo residenziale, per un ammontare di lire 30 miliardi nel 1993, di lire 30 miliardi nel 1994 e di lire 90 miliardi nel 1995.

*f*) Comunità protetta.

Trattandosi di strutture ad esaurimento, non è previsto uno *standard* di dotazione. L'unica indicazione di indirizzo che viene fornita è di procedere, nell'ambito del programma di ristrutturazioni previste dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, ad una urgente e prioritaria riorganizzazione, edilizia e funzionale, delle comunità residue degli ex O.P., da basare su nuclei autonomi di non oltre 20 ospiti, tali da assicurare una adeguata e decorosa qualità assistenziale ed un programma terapeutico-riabilitativo come indicato nella parte illustrativa del dipartimento di salute mentale. Qualora gli spazi a disposizione non si prestino ad operazioni di ristrutturazione o non consentano di garantire la qualità assistenziale perseguita, le comunità protette possono essere realizzate anche con edificazioni *ex novo*, sempre nel quadro del programma straordinario di investimenti di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Per la gestione delle comunità protette non sono previsti finanziamenti aggiuntivi, trattandosi di riorganizzare una attività in atto e progressivamente decrescente.

Per la parte in conto capitale, il finanziamento disponibile è di lire 70 miliardi nel triennio, sulla base di programmi da approvare con le modalità di cui al decreto ministeriale n. 321 del 1989.

*Intervento n. 2 – Realizzare progetti interistituzionali di prevenzione del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza.*

Nella logica programmatica di tutelare la salute mentale prevenendo l'insorgenza delle patologie psichiatriche ed intervenendo con tempestività nelle situazioni di difficoltà, la riorganizzazione dei servizi nel dipartimento di tutela della salute mentale va accompagnata da iniziative per realizzare, con il coinvolgimento anche di altre amministrazioni ed organizzazioni interessate alla materia, progetti interistituzionali di prevenzione del disagio psichico nell'infanzia e nell'adolescenza.

Sulla natura e sui contenuti degli interventi da compiere non vengono fornite indicazioni specifiche, trattandosi di adattare alle diverse realtà locali le iniziative più opportune e realistiche, anche in rapporto alle collaborazioni ed ai coinvolgimenti esterni localmente ottenibili nello spirito di « progetto-obiettivo », a valenza interistituzionale, della presente linea di intervento.

Data questa caratterizzazione interistituzionale delle iniziative da assumere, il Servizio sanitario nazionale può contribuire ad esse con un concorso fino a lire 100 milioni ad intervento.

L'obiettivo è di realizzare un totale di 500 interventi nei prossimi 5 anni, di cui 100 interventi in ciascuno degli anni 1993, 1994 e 1995, con una spesa totale di lire 10 miliardi in ciascun anno del triennio.

*Intervento n. 3. — Realizzare la prima quota di RSA o moduli residenziali per disabili psichici.*

Nell'ambito della realizzazione generalizzata in tutte le unità sanitaria locale del dipartimento di tutela della salute mentale, costituisce linea particolare di impegno la realizzazione e l'attivazione nel triennio della prima quota di RSA o di nuclei residenziali dedicati in RSA polivalenti, secondo le specificazioni ed i costi di realizzazione e gestione indicati al precedente punto 1, lettera e).

*Intervento n. 4 — Conversione RSA private se dotate degli standard previsti dalle norme vigenti.*

Allo scopo di accelerare la messa a disposizione di spazi residenziali per le persone nelle situazioni indicate al precedente punto 1, lettera e), qualora siano operanti Istituzioni private configurabili come residenze sanitarie assistenziali nel rispetto degli *standard* edilizi ed organizzativi di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 dicembre 1989, queste possono essere convenzionate, previa verifiche e su proposta di un dipartimento di tutela della salute mentale.

La disponibilità finanziaria per questo tipo di intervento è fino ad un massimo di lire 37 milioni l'anno per il convenzionamento, a copertura totale, di un posto residenziale.

Le risorse a disposizione consentono di realizzare il convenzionamento di:

- n. 400 posti nel 1993;
- n. 800 posti nel 1994;
- n. 1.200 posti nel 1995.

L'obiettivo al termine del quinquennio è di coprire almeno 2.000 posti residenziali in forma convenzionata, ad integrazione di quelli realizzati e gestiti nell'ambito delle unità sanitaria locale.

La spesa sostenibile sulle risorse aggiuntive a disposizione, è di:

- lire 15 miliardi nel 1993;
- lire 30 miliardi nel 1994;
- lire 45 miliardi nel 1995.

*Intervento n. 5 — Svolgere iniziative di formazione e aggiornamento professionale.*

Di particolare rilievo ai fini della qualità assistenziale e della partecipazione consapevole e motivata al buon esito del presente

progetto-obiettivo si rivela essere il livello di formazione e di aggiornamento professionale del personale del settore. Il programma prevede, a questo riguardo, lo svolgimento di iniziative formative e di aggiornamento professionale degli operatori da impegnare nel programma stesso, come aspetto qualificante di tutto il progetto-obiettivo.

Sulla natura e sui contenuti delle iniziative formative si rinvia alle specificità locali, ricordando solo che gli interventi debbono riguardare tutte le figure professionali coinvolte e che le iniziative in questione debbono raccordarsi come contenuti e sincronizzarsi come tempi alle altre iniziative e linee di intervento del presente programma.

L'obiettivo del quinquennio è di svolgere almeno 500 interventi formativi specifici, di cui 100 in ciascuno degli anni 1993, 1994 e 1995.

Per ciascun intervento formativo sono disponibili lire 50 milioni, con un impegno di spesa di lire 5 miliardi per ciascun anno del triennio.

*Intervento n. 6. — Attivare il modulo del SIS per la psichiatria e alcuni osservatori esterni, per l'analisi epidemiologica e il controllo dell'attuazione del programma.*

La conoscenza degli aspetti epidemiologici, organizzativi e di attività si dimostra essenziale per poter programmare iniziative rispondenti al bisogno da soddisfare, per governare e coordinare l'attuazione delle misure programmate e valutare, sia *in itinere* che al termine di ciascun ciclo programmatico, i risultati conseguiti. In coerenza con ciò, il programma prevede di realizzare con sollecitudine, nel corso del triennio, il modulo del Servizio informativo sanitario relativo alla psichiatria, nonché di attivare alcuni osservatori esterni per il monitoraggio dell'attuazione del programma.

Un gruppo di lavoro tecnico, in collaborazione anche con la Consulta permanente per la psichiatria, studierà i requisiti e le specifiche tecniche per l'attivazione all'interno del SIS del modulo relativo alla materia in esame, negli aspetti epidemiologici, di gestione e di governo.

Per questa iniziativa a livello centrale è previsto il finanziamento forfettario di 1 miliardo nel solo anno 1991, rientrando le spese per la raccolta, la elaborazione e la redistribuzione delle informazioni nella gestione ordinaria del Sistema informativo sanitario.

Per quanto concerne l'informatizzazione delle unità sanitarie locali, le relative spese ricadono all'interno del piano straordinario di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 sotto la specie dell'innovazione tecnologica.

Così come è stato previsto per tutti gli altri programmi del piano sanitario nazionale, è opportuno che anche per il programma « Tutela della salute mentale » vengano attivati almeno quattro osservatori permanenti su aspetti funzionali, economici e di qualità dell'assistenza erogata nel settore psichiatrico, con l'obbligo di produrre

annualmente un rapporto sugli aspetti osservati da divulgare nel paese e del quale avvalersi per migliorare costantemente la qualità delle iniziative da prendere per rendere più efficienti i servizi e più efficaci le misure di intervento.

Per questa iniziativa è previsto il finanziamento di commesse di 500 milioni ciascuna con attivazione progressiva e con una spesa globale di 1 miliardo per l'anno 1993 e di 2 miliardi per ciascuno degli anni 1994 e 1995.

#### *6. Intersettorialità delle risorse finanziarie.*

Nell'ambito delle risorse finanziarie previste per i singoli interventi indicati nel presente progetto obiettivo, in sede di ripartizione alle regioni e alle province autonome del finanziamento — a seguito delle ricognizioni in corso sulle dotazioni strutturali di ciascuna regione ed in relazione alle indicazioni che saranno fornite dal modulo del SIS più sopra indicato — si terrà conto delle effettive e specifiche esigenze locali, con possibilità quindi, una volta ottemperate le priorità summenzionate e raggiunti i parametri considerati ottimali per ciascun servizio, di dislocare opportunamente le risorse finanziarie da un settore all'altro di intervento.

Le risorse finanziarie previste nel presente progetto sono da intendersi quali quote aggiuntive ed integrative dei finanziamenti indistinti assegnati alle regioni e alle province autonome nell'ambito della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, nonché di altre eventuali risorse rese disponibili da economie di gestione derivanti dall'incremento di produttività dei servizi, messe a disposizione dalle regioni stesse.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

(Sostituzione dell'articolo 34 della legge  
23 dicembre 1978, n. 833)

1. L'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 34. — (*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*). 1. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri.

2. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale è attuato solo dopo che sia stato espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di anni 14, dei genitori o di chi ne esercita la potestà parentale.

3. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera 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 e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio è richiesto dal medico con proposta motivata, che deve essere convalidata dal medico psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale.

5. Il trattamento sanitario obbligatorio in ambiente ospedaliero, disposto dal sindaco, è attuato nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura o in analogo servizio convenzionato. L'esecuzione del provvedimento è garantita dal personale sanitario. In caso di assoluta necessità, un medico del Dipartimento di salute mentale, in attesa dei provvedimenti del sindaco,



provvede a tutti gli interventi di urgenza necessari nell'interesse del paziente, richiedendo anche, ove indispensabile, l'intervento della forza pubblica. Gli stessi poteri sono attribuiti anche al medico responsabile dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio. Eccezionalmente, il medico psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale dispone che il trattamento sanitario obbligatorio si svolga, sentita la famiglia, in ambiente extraospedaliero, purché siano assicurate idonee forme di assistenza e terapia.

6. Tutti i provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio disposti dal sindaco sono comunicati all'autorità giudiziaria secondo le modalità e per i fini previsti dall'articolo 35 ».

#### ART. 2.

*(Dipartimento e servizi di salute mentale).*

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale su base dipartimentale, entro quattro mesi dalla data di approvazione del relativo progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale, secondo i principi della presente legge e secondo gli *standard* stabiliti dal progetto medesimo.

2. Nell'ambito del piano pluriennale degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, le aree e gli edifici di pertinenza degli ex ospedali psichiatrici, disciplinati dall'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono utilizzati per strutture sanitarie non psichiatriche destinate a soggetti non autosufficienti, per attività di integrazione socio-sanitaria, nonché per la attivazione delle strutture di cui alla lettera *f*) del comma 3.

3. Il Dipartimento di tutela della salute mentale costituisce la sede organizzativa dei servizi ed il punto di riferimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione; coordina i vari servizi e controlla il funzionamento delle strutture private relativamente ai servizi psichiatrici; verifica la corretta esecuzione dei tratta-

menti sanitari obbligatori; organizza al suo interno attività di ricerca epidemiologica, clinica ed organizzativa, nonché corsi specifici per ciascuna categoria di operatori di aggiornamento anche didattico sperimentale nel campo della salute mentale. L'organico del dipartimento, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale, dell'assistente sociale, del sociologo, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale e da personale amministrativo ed ausiliario. Esso si articola nelle seguenti strutture:

a) Centro di igiene mentale: svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, visite specialistiche, attività di consulenza e filtro per i ricoveri, di programmazione delle terapie utili al malato; garantisce, inoltre, un servizio specifico al nucleo familiare di informazione, di assistenza e di terapia;

b) Servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (centro diurno o *day hospital*): è destinato ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione;

c) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: provvede alla cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero; accoglie trattamenti volontari e obbligatori; è ubicato obbligatoriamente presso strutture sanitarie di ricovero;

d) Servizio di emergenza psichiatrica: provvede all'assistenza dei pazienti in condizioni di emergenza ed è sottoposto alla disciplina che regola il pronto soccorso; si articola in:

1) centro crisi: secondo la popolazione ed i servizi della unità sanitaria locale può essere collocato in una struttura del dipartimento di tutela della salute mentale, oppure può essere costituito da una *équipe* in mobilità territoriale facente parte del Centro di igiene mentale che, in questo caso, è aperto ventiquattro

ore su ventiquattro, tutti i giorni dell'anno, e in ogni caso deve essere in collegamento funzionale con il dipartimento di emergenza o il pronto soccorso, nonché con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura;

2) pronto soccorso: è collocato obbligatoriamente in strutture ospedaliere pubbliche presso le quali coesistono un dipartimento di emergenza o un pronto soccorso generale ed un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, al quale è aggregato;

e) *Residenza sanitaria assistenziale*: è una struttura sanitaria residenziale destinata ad ospitare soggetti affetti da patologia psichica per la quale si richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di tipo sanitario e sociale non erogabili al domicilio o nelle strutture di cui alla lettera b), con conseguente necessità di assistenza protratta o continua; per ogni paziente inserito nella residenza sanitaria assistenziale è formulato un progetto terapeutico-riabilitativo integrato e personalizzato che evidenzia gli obiettivi sanitari dell'inserimento;

f) *Comunità protetta*: è una struttura ad esaurimento destinata ai pazienti degli ex ospedali psichiatrici che necessitano di cure psichiatriche continuative e che sono carenti di supporto familiare; è realizzata mediante la costruzione di nuove strutture o la riconversione anche parziale degli ex ospedali psichiatrici, secondo le dimensioni e le caratteristiche indicate nel progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

4. Le università con facoltà mediche partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, hanno la responsabilità di un dipartimento di salute mentale o di almeno tre delle strutture elencate nel presente articolo. All'attività di studio e di ricerca svolta nell'ambito della convenzione partecipano anche gli operatori del Dipartimento di salute mentale.

5. Per lo svolgimento delle attività di cui al comma 3, lettere *b)*, *c)* ed *e)*, le unità sanitarie locali possono avvalersi, in conformità alle leggi e alle normative vigenti, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, dei presidi e delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Per le attività sociali non sanitarie le unità sanitarie locali possono anche avvalersi della collaborazione di organizzazioni di volontariato a norma dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e di successive disposizioni in materia.

6. Le regioni e le province autonome adottano i provvedimenti di attuazione della presente legge e del progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore delle leggi regionali emanate sulla base della presente legge.

### ART. 3.

*(Potere sostitutivo).*

1. In caso di inottemperanza da parte delle unità sanitarie locali agli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni si sostituiscono agli organi responsabili delle unità sanitarie locali per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi novanta giorni dalla richiesta allo scopo formulata.

2. In caso di inottemperanza, entro il medesimo termine di cui al comma 1, da parte delle regioni e delle province autonome, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le stesse disposizioni si applicano in caso di mancata emanazione da parte delle regioni e delle province autonome degli atti e dei provvedimenti connessi agli obblighi derivanti dalla presente legge e dal progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

## ART. 4.

*(Istituzione della Consulta permanente per la psichiatria).*

1. È istituita presso il Ministero della sanità la Consulta permanente per la psichiatria, organo di consulenza scientifica, che svolge le seguenti attività:

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dei servizi di salute mentale, sui programmi regionali e sui risultati acquisiti;

b) proposte al Ministro della sanità di atti di indirizzo alle regioni e attività di consulenza;

c) indicazioni dei criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte e per la omogeneizzazione delle prassi;

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale degli operatori dei servizi e delle attività di prevenzione.

2. La Consulta permanente per la psichiatria è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) il vice presidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Centro nazionale delle ricerche;

d) sei esperti regionali;

e) cinque esperti del Ministero della sanità;

f) un esperto designato dal Ministro per gli affari sociali;

g) due esperti del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto del Ministero dell'interno;

i) due esperti delle associazioni delle case di cura laiche e religiose;

l) due rappresentanti dei familiari, indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative.

3. Il Ministro della sanità, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede con proprio decreto alla nomina dei componenti della Consulta permanente per la psichiatria, la quale opera presso la Direzione generale degli ospedali, nel cui ambito viene istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche, l'Ufficio speciale per la tutela della salute mentale.

4. L'Ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto all'attività della Consulta. In particolare:

a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di salute mentale delle Unità sanitarie locali;

b) raccoglie ed elabora dati statistici e di gestione e dati epidemiologici sull'andamento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche;

c) propone *standard* per il funzionamento ottimale dei servizi;

d) promuove studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico e organizzativo, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

e) propone criteri per l'aggiornamento del personale;

f) cura i rapporti con gli organismi internazionali e promuove scambi di informazioni ed esperienze con altri Paesi.

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della Relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'applicazione dei principi enunciati dalla presente legge.

## ART. 5.

(Norma finanziaria).

1. Le regioni e le province autonome predispongono i provvedimenti di attuazione della presente legge entro centoventi giorni dalla approvazione del progetto obiettivo « Tutela della salute mentale » del Piano sanitario nazionale, secondo le disponibilità finanziarie indicate nel progetto stesso per ciascuno degli interventi e nei seguenti limiti complessivi di spesa:

a) lire 800 miliardi per il conto capitale, da finanziare per lire 219.229 milioni con quote residue del Fondo sanitario nazionale 1991 in conto capitale da vincolare allo scopo e per la parte residua con finanziamenti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

b) lire 137 miliardi per l'anno 1992, lire 240 miliardi per l'anno 1993 e lire 325 miliardi per l'anno 1994 per le spese correnti, da finanziare utilizzando parte della quota annuale del Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento del Piano sanitario nazionale.