

Senato della Repubblica: Audizione di fronte alla Commissione affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale sul Disegno di Legge 734 On.le Sensi e Disegno di Legge 938 On.li Magni, De Cristofaro, Cucci recanti Disposizioni in materia di tutela della salute mentale - Elementi informativi utili per l’Audizione del 9 aprile 2024.

Prof- Francesco Saverio Mennini

Capo Dipartimento della programmazione, dei dispositivi medici, del farmaco e delle politiche a favore del Servizio sanitario nazionale del Ministero della salute

Ringrazio il Presidente e tutti i componenti della Commissione per l’invito che ho ricevuto. Mi è stato richiesto un intervento nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 734 e 938, disposizioni in materia di tutela della salute. Nel rispettare tale impegno, mi pare corretto formulare una sintetica premessa quale rappresentante del Ministero della salute.

La Legge 180 approvata nel 1978, c.d. Legge “*Basaglia*”, e tuttora vigente, ha previsto la dismissione degli ospedali psichiatrici e la cura dei malati negli ambulatori territoriali. La citata legge prevede inoltre il ricovero solo in caso di acuzie (presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC, ubicati all’interno degli Ospedali generali), rendendo l'Italia un Paese pioniere nel riconoscere i diritti del malato e nel favorire la territorializzazione dei Servizi di cura del disagio psichico attraverso la rete dei servizi afferenti ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

Con la legge 180/78 vengono stabiliti alcuni importanti principi:

- Scompare il concetto di pericolosità e quindi la funzione di custodia per motivi di pubblica sicurezza e viene stabilito che tutti “gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari” (art.1), anche se “possono essere disposti dall’Autorità Sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori”, se in presenza di gravi alterazioni psichiche i trattamenti vengano rifiutati e non esista la possibilità di effettuarli nelle strutture territoriali esistenti. Tali trattamenti devono comunque essere effettuati “nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione”.

- Vengono aboliti gli Ospedali Psichiatrici e viene trasferito ai presidi territoriali il compito di prevenzione e cura delle malattie mentali e vengono istituiti i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura negli Ospedali generali.

Le norme stabilite dalla legge 180/78 vengono inserite ed integrate nella legge 833 dello stesso anno con la quale viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale. Tutte le strutture psichiatriche passano per competenza dalle Amministrazioni provinciali a quelle regionali, nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, per cui si assiste alla parificazione tra i servizi psichiatrici e gli altri servizi sanitari.

L’ulteriore passaggio nel 2001, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione, delle competenze sanitarie dallo Stato alle Regioni, rende queste ultime le sole titolari dell’organizzazione dei servizi sanitari e sociali sul proprio territorio.

Il riferimento alla legge di riforma del 1978 è stato costante e sono molte le Regioni e le Province Autonome che hanno scritto e messo in atto i piani per la salute mentale e disegnato reti di supporti coerenti e aderenti ai principi della legge stessa, i servizi hanno cominciato a prendere forma, sono diventati visibili e veramente alternativi agli istituti e alle culture che si riteneva con convinzione di voler abbandonare. I risultati sono evidenti, tanto che i dati italiani sono stati valutati dall’OMS come modelli di eccellenza internazionale.

La tutela della salute mentale ha sempre costituito un oggetto di attenzione prioritaria nella programmazione degli interventi sanitari e sociali del Ministero della Salute. Tutte le politiche volte a designare un organico quadro di interventi e ad affrontare le maggiori criticità emergenti nel settore della salute mentale fanno oramai sempre riferimento, anche nel nostro Paese, a strategie che i principali Organismi europei sono andati sviluppando nel corso degli ultimi anni. L'Italia ha sempre attivamente partecipato a questi diversi momenti programmatori ed operativi, promuovendo così il passaggio dall'enunciazione di principi formalmente condivisi alla formulazione di nuove politiche e all'implementazione di concreti interventi e ciò in tutte le sue articolazioni istituzionali (Stato, Regioni, Autonomie locali).

Pur nella consapevolezza che l'attuazione degli indirizzi normativi e programmatici non risulta sempre omogenea nel territorio nazionale, con differenze a volte considerevoli fra le diverse Regioni e Province Autonome e che la qualità dei servizi non sempre è diretta garanzia di qualità della presa in carico dei pazienti, i Servizi di salute mentale sono comunque configurati in modo funzionale ai fabbisogni di flessibilità e di continuità per il trattamento dei disturbi mentali. A tal proposito, è opportuno sottolineare, relativamente all'attuale situazione dei servizi, l'importanza dell'ampia e diffusa rete dei servizi territoriali che è stata costituita nel nostro Paese, che ci segnala a livello internazionale, come modello virtuoso da perseguire nello sviluppo di interventi di comunità.

Le condizioni attuali del sistema di cura per la salute mentale, rilevate dal Ministero della Salute attraverso il Sistema Informativo Salute mentale (SISM) che produce un Rapporto annuale pubblicato sul sito ministeriale, testimoniano come sia stato possibile affrontare i disturbi psichiatrici sul territorio, nei luoghi di vita, attraverso una rete capillare di servizi di salute mentale di comunità, tesa a favorire l'inclusione sociale, relazionale, abitativa e lavorativa delle persone con disagio mentale. Al riguardo si segnala che, diversamente da quanto riportato nelle premesse dei due Disegni di Legge, da ottobre 2023 è disponibile il Rapporto sulla salute Mentale recante i dati sui Servizi relativi all'anno 2022.

Il ricovero negli SPDC all'interno di ospedali generali è un ulteriore frutto di questo approccio, in quanto permette di costruire percorsi di cura specialistici con una accurata impostazione della terapia farmacologica, di intervenire nel trattamento di patologie complesse o quadri psicopatologici non semplici, di affrontare la fase di acuzie del disturbo nella logica di approntare parallelamente l'avvio di un percorso di riabilitazione.

Alla luce di questo quadro normativo, riconosciuto come uno dei migliori al mondo come ribadito anche nei principi della "*Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*", si può affermare che gli strumenti per affrontare la situazione assistenziale territoriale sono comunque disponibili ed adeguati, se correttamente applicati.

Tutto ciò premesso, nello specifico di quanto previsto dai Disegni di Legge 734 e 938, si rappresenta quanto segue.

Sostanzialmente le disposizioni introdotte con questo disegno di legge non integrano o novellano il testo della legge n. 180 del 1978, ma sembrano perseguire il rilancio dell'applicazione della stessa rafforzando i contenuti di assistenza effettiva e universale sul territorio nazionale, confermando le definizioni e i principi della Legge 180 che non necessitano di essere modificati ma, al contrario, di essere sviluppati ed estesi.

Viene tuttavia richiesta di un'ulteriore garanzia sostanziale e processuale contro la pratica della contenzione meccanica nei servizi psichiatrici.

In via generale, **agli artt. 1 e 2**, entrambi i disegni di legge declinano in maniera puntuale le modalità per l'applicazione dei principi alla base della riforma del 1978 rilanciandone l'attualità delle linee di fondo e ulteriormente valorizzandole nell'attuale contesto

costituzionale, normativo e sociale e tenendo conto dei più rilevanti atti di indirizzo in ambito internazionale e, in particolare, le risoluzioni adottate in seno all'OMS.

Il quadro normativo, le finalità alla base dei Disegni di Legge, i principi generali in base ai quali sviluppare l'offerta di salute mentale sul territorio nazionale, sembrano, quindi, delineare i contenuti normativi che già erano alla base della legge n. 180 del 1978 ma alla luce del mutato sistema di competenze amministrative tra Stato ed enti territoriali.

Tuttavia preme evidenziare che, nonostante nelle premesse si faccia più volte riferimento al disagio giovanile, nell'impianto generale dei Disegni di Legge si fa riferimento solo all'organizzazione dipartimentale che prende in carico la popolazione adulta dai 18 anni in su. Mancano le strategie per la prevenzione e la promozione e la tutela dei diritti delle nuove generazioni e la pianificazione delle politiche dell'infanzia e dell'adolescenza. La transizione verso l'età adulta rappresenta una delle maggiori criticità emergenti. Nelle situazioni di maggiore complessità e gravità, in assenza di attenzioni specifiche e mirate, programmate con largo anticipo in un'ottica *life span*, l'età adulta può rappresentare un costo sociale ed economico molto alto o, al contrario, può determinare un ripiegamento ed un sovraccarico notevole sulle famiglie e sulla loro salute mentale.

Al riguardo si fa presente che i piani nazionali d'azione e di intervento per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva, i documenti di indirizzo e le attività istituzionali intraprese dal Ministero della Salute a supporto di tale fascia di età si inseriscono in vari quadri di riferimento internazionale, quali strumenti programmatici e di indirizzo aventi l'obiettivo di rispondere, in primo luogo, agli impegni presi dall'Italia per dare attuazione ai contenuti della Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (CRC). Le evidenze scientifiche indicano che la maggior parte dei disturbi mentali si sviluppa prima dei 25 anni e in larga parte insorgono prima dei 16 anni tendendo poi a perdurare nell'età adulta se non adeguatamente trattati (conconseguenti ricadute negative anche in termini di costi indiretti e perdita di produttività). Ancora, le esperienze vissute durante l'infanzia e l'adolescenza possono avere un impatto duraturo sul neurosviluppo e sulla salute mentale. Gli elementi che impattano sul neurosviluppo possono influire sulla capacità di gestire lo stress, le emozioni e le relazioni interpersonali, contribuendo così allo sviluppo di disturbi mentali sia nell'infanzia/adolescenza che nell'età adulta (in particolare ansia e depressione). I bambini e gli adolescenti che godono di una buona salute mentale sono, infatti, in grado di sviluppare e mantenere la funzionalità e il benessere psico-sociale ottimali (garantendo in questo modo il paradigma del "Modello Sanità: Salute e Benessere" dove si evidenzia come la salute è importante sì per il benessere degli individui e della società, ma una popolazione sana è anche un prerequisito per la produttività e la prosperità economica). Hanno un senso di identità e consapevolezza di sé, costruiscono solide relazioni con i familiari e i loro coetanei, sono in grado di essere produttivi e di apprendere, accolgono le sfide dell'ambiente che li circonda e sfruttano le risorse culturali per una buona crescita. Il benessere mentale dei bambini e degli adolescenti è fondamentale anche ai fini della partecipazione attiva a livello socio-economico. Strategie preventive e interventi mirati per la promozione della salute mentale fin dalla prima infanzia e nell'arco di tutta la vita dovrebbero tenere conto dell'importanza della promozione del neurosviluppo nel bambino e nell'adolescente e della necessità di garantire il trattamento tempestivo di questi disturbi.

Da ciò deriva la necessità di elaborare e consolidare politiche specifiche che promuovano, fin dai primi anni di vita e per tutta l'età evolutiva, lo sviluppo e il benessere fisico e mentale di tutti i bambini e gli adolescenti e che intervengano efficacemente e in modo mirato, in particolare in contesti e situazioni di vulnerabilità.

Con riferimento all'art. 3 dei DDL in esame (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA)) che prevede l'aggiornamento dei LEA, con la procedura prevista dall'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, “*privilegiando percorsi di cura in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni e sulla base di un processo partecipato*”, si rappresenta quanto segue.

Le previsioni contenute nella disposizione in esame appaiono pleonastiche in quanto il dPCM 12 gennaio 2017 già contempla tutele specifiche a favore degli assistiti con disturbi mentali.

Con riferimento, in particolare, alla previsione del comma 2 lett. a) concernente “*percorsi di cura a complessità crescente, modulati in base ai bisogni della persona*”, si rammenta che l'art. 21 del predetto dPCM già disciplina percorsi assistenziali integrati per tutti gli assistiti.

Nello specifico, per le persone con disturbi mentali, l'art. 26 stabilisce in modo esaustivo che:

*“nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) garantisce la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un **programma terapeutico individualizzato, differenziato per intensità, complessità e durata**, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:*

- a) individuazione precoce e proattiva del disturbo;*
- b) accoglienza;*
- c) valutazione diagnostica multidisciplinare;*
- d) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'equipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia;*
- e) visite psichiatriche;*
- f) prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche;*
- g) colloqui psicologico-clinici;*
- h) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);*
- i) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;*
- j) interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;*
- k) gruppi di sostegno per i pazienti e per i loro familiari;*
- l) interventi sulla rete sociale formale e informale;*
- m) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;*
- n) collaborazione con i medici di medicina generale;*
- o) collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche (SERT), con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità;*
- p) interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia;*
- q) progettazione coordinata e condivisa del percorso di continuità assistenziale dei minori in carico ai servizi competenti, in vista del passaggio all'età adulta.*

Nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale il successivo art. 33 del dPCM LEA stabilisce, inoltre, che il SSN *garantisce alle persone con disturbi mentali, previa valutazione multidimensionale, **definizione di un programma terapeutico individualizzato e presa in carico, i trattamenti terapeutico-riabilitativi e i trattamenti socio-riabilitativi, con programmi differenziati per intensità, complessità e durata.** I trattamenti includono le prestazioni necessarie ed appropriate, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche nei seguenti ambiti di attività: a) accoglienza; b) attuazione e verifica del Progetto terapeutico riabilitativo individuale, in collaborazione con il Centro di salute mentale di riferimento; c) visite psichiatriche; d) prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche; e) colloqui psicologico-clinici; f) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo); g) interventi terapeutico-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa; h) interventi sulla rete sociale formale e informale; i) collaborazione con i medici di medicina generale.*

Lo stesso articolo 33 articola le tipologie di trattamento in relazione al diverso e crescente livello di intensità assistenziale, rendendo pleonastico anche il comma 2, *lett. d)* dell'articolo 3.

Ancora, le suddette disposizioni già prevedono che il Ssn garantisca l'**integrazione dei percorsi di cura con interventi di natura sociale**, nonché l'integrazione tra i diversi servizi sanitari dedicata alla salute mentale prevedendo, in particolare, *l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale (articolo 3, comma 2, lett. c)).*

Si sottolinea, infine, come rilevato anche dalla Corte Costituzionale, che nel settore sanitario esiste “*una precisa procedura individuata con fonte legislativa*” per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre la giurisprudenza del Consiglio di Stato ha chiaramente riconosciuto nel decreto di aggiornamento dei LEA, “*un atto di contenuto generale e di indirizzo*”.

A legislazione vigente, dunque, la proposta di aggiornamento dei LEA costituisce precipua competenza della preposta Commissione nazionale. I contenuti di tale aggiornamento, dunque, devono essere stabiliti all'esito dell'iter stabilito dalla legge 208/2015, mediante una valutazione dell'efficacia e appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni da erogare. Si nutrono evidenti perplessità in ordine a enunciati che, pur richiamando la legge 208/2015, provvedono direttamente a disporre il contenuto dei vari aggiornamenti. La formulazione di una proposta di aggiornamento LeA, infatti, presuppone, dal punto di vista sostanziale, una complessa attività istruttoria basata su evidenze scientifiche, tenuto conto degli equilibri programmati di finanza pubblica, nonché del principio di leale collaborazione che impone un percorso partecipato delle Regioni e Province Autonome (presenti sia come membri effettivi e supplenti della Commissione LEA, sia mediante la prevista intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA sullo schema di dPCM) che non può, ovviamente, essere elusa da proposte normative che di fatto ne escludono le tutele previste dall'ordinamento giuridico, oltre che gli stessi presupposti logici e procedurali.

In merito all'art. 4 (Piano nazionale per la salute mentale)

Si rappresenta che esiste già un Piano Nazionale della Salute Mentale (PANSM) approvato in Conferenza Unificata nel 2013 che definisce una strategia nazionale di promozione e prevenzione specifica per la salute mentale, individuando interventi prioritari, sui quali orientare progetti specifici e differenziati, di livello regionale e locale, che prevedano l'implementazione di percorsi di cura capaci di intercettare le attuali domande della popolazione e che contribuiscano a rinnovare l'organizzazione e l'integrazione dei servizi, le modalità di lavoro, i programmi clinici offerti sia per gli adulti che per l'età evolutiva.

Al riguardo si evidenzia che, nonostante le evidenze scientifiche più recenti dimostrino che la maggior parte delle patologie emergano durante l'età evolutiva e che vi siano alcune criticità nel nostro Sistema Sanitario Nazionale sulla presa in carico dei disturbi dell'età evolutiva, mancano, nell'impianto dei due Disegni di Legge: la definizione e il monitoraggio di percorsi di riconoscimento precoce e valutazione clinico-diagnostico-funzionale; la definizione di una rete sanitaria-sociale-educativa integrata per garantire la continuità delle cure (transizione); la previsione di interventi differenziati sulla base delle preferenze, dei diversi bisogni, del livello di funzionamento e delle eventuali condizioni mediche/psichiatriche associate per attivare la massima autonomia possibile e il miglioramento della qualità della vita.

I disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza rappresentano, come già sottolineato in precedenza, un ambito pediatrico di particolare rilevanza per la salute pubblica, in quanto sono estremamente frequenti, spesso cronici, complessi, in aumento, con un sempre più rilevante *Global Burden of Disease* e rappresentano la prima causa di *Years Lived with Disability*. Richiedono, quindi, interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi tempestivi e appropriati per modificare il decorso, che devono includere: competenze specialistiche mirate e in linea con evidenze scientifiche in continuo cambiamento; il coinvolgimento attivo ed empowerment dei familiari e dei contesti di vita; una valutazione multidimensionale anche in un'ottica di *Health Technology Assessment* (HTA) e multiassiale delle priorità e degli esiti; una integrazione multi-professionale e multi istituzionale. Spesso ricevono, invece, risposte parziali, frammentarie, in un sistema dei servizi gravemente insufficiente per risorse e non più adeguato come modelli organizzativi e formazione

Al riguardo, si rappresenta che, nel 2019, è stato sancito un accordo in Conferenza Unificata sulle "Linee di indirizzo sui disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e della adolescenza", documento operativo del PANSM, che considera la gestione di questi disturbi in modo unitario e approfondisce l'importanza di tenere conto della frequente compresenza di più disturbi nello stesso soggetto. Sottolinea, inoltre, quali debbano essere gli elementi qualificanti dei percorsi di cura, ovvero tempestività, appropriatezza e specificità per età e per disturbo, condivisione e personalizzazione, globalità e integrazione, multiprofessionalità e multidimensionalità, continuità longitudinale e trasversale, centralità della persona e della famiglia.

Sul piano organizzativo, mette a disposizione per la prima volta dati di accesso, e una fotografia, ancorché parziale, dello stato dei servizi e della disomogeneità interregionale con l'evidenziazione delle aree di maggiore carenza nelle risposte ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e di ricovero, indispensabili per poter definire l'effettiva programmazione delle risposte, che ricade poi nelle specifiche competenze regionali.

Sulla base del PANSM e delle suddette Linee di indirizzo sono stati realizzati i Piani regionali e provinciali volti a perseguire gli obiettivi previsti dai suddetti accordi proprio per rispondere ai bisogni delle singole persone, dei settori sociali vulnerabili e delle comunità.

Ciò premesso, gli obiettivi e le azioni proposte nei Disegni di Legge sono in gran parte sovrapponibili a quanto già previsto nel suddetto PANSM relativamente alla sola parte dell'età adulta.

Al riguardo, nell'Atto di indirizzo 2024 firmato dal Signor Ministro della Salute è previsto un suo aggiornamento allo scopo di rilanciare le azioni prioritarie necessarie nel settore, per ovviare alle criticità emerse e per implementare le buone pratiche, nell'ambito sia dell'età adulta, che dell'infanzia e adolescenza.

Per quanto riguarda l'individuazione nel Piano dei requisiti minimi di qualità della presa in carico e dei luoghi delle cure, gli aspetti organizzativi dei servizi dipartimentali nonché le risorse economiche necessarie, si rimanda alle competenti Direzioni Generali del Ministero della Salute.

Dall'art 5 all'art. 12 relativi all'articolazione dei servizi su base dipartimentale viene analiticamente delineato il sistema dei servizi di tutela e assistenza psichiatrica sul territorio, le forme di partecipazione, le strutture amministrative che afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale, le disposizioni per il trattamento della crisi e dell'urgenza, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura rispetto alle quali, in via generale, già la legge n. 180 del 1978 aveva fornito indicazioni.

Tuttavia **l'art. 10** si occupa di esplicitare e rendere ancora più nitido, anche a livello di disciplina di legge ordinaria, il divieto di praticare la contenzione meccanica in psichiatria. Nel Disegno di Legge in tale articolo si interviene introducendo un limite normativo espresso nel tessuto dell'articolo 33 della legge istitutiva del Sistema sanitario nazionale, per poi corredarlo di una specifica disposizione di garanzia processuale, innestata sul complesso di norme recate dal successivo articolo 35 della medesima legge.

Al riguardo si rappresenta come le forme di regolamentazione relative all'utilizzo della contenzione in ambito sanitario variano notevolmente nei diversi paesi europei. In linee generale, in Italia, alla luce della normativa e giurisprudenza attuale, si può affermare che non esiste una legge o una norma specifica che possa rendere lecita la pratica della contenzione meccanica e che essa non costituisce in alcun modo una pratica di carattere sanitario, non avendo finalità di carattere terapeutico. Si tratta però di materia a cui si applicano, anche se con difficoltà interpretative, le norme generali della Costituzione, i codici civili e penali, la legislazione sanitaria in tema di tutela della salute e consenso alle cure, nonché gli atti della cosiddetta "soft law", quali codici etici, deontologici, raccomandazioni e protocolli sia a livello nazionale che internazionale. Il ricorso alla contenzione in Italia è, inoltre, un fenomeno scarsamente monitorato, ad eccezione di specifici approfondimenti regionali nell'ambito della gestione del rischio clinico, sebbene si tratti di un problema che può riguardare numerosi contesti assistenziali sanitari e socio-sanitari, ovvero contesti nei quali l'assistenza è rivolta a persone con stati di agitazione psicomotoria, quale espressione di modificazioni patologiche del sistema nervoso centrale, o con patologia geriatrica, o con stati di intossicazione/astinenza da sostanze, nonché in soggetti con disabilità psico-intellettiva. Inoltre, in riferimento alle implicazioni nella pratica clinica, lo sforzo di garantire la sicurezza nei processi di cura e la salvaguardia della sfera psichica, fisica e giuridica dei pazienti assistiti e di terzi può rendere particolarmente complesso il quotidiano operare dei professionisti nei servizi.

Considerata la particolare complessità del tema, sia in termini giuridici sia in termini di pratica clinica, si ritiene che il riferimento ad un divieto esplicito riferito soltanto alla contenzione meccanica e soltanto nel contesto assistenziale degli SPDC, possa essere limitativo.

In merito **all'art. 11** che regola l'integrazione socio-sanitaria e l'istituto del budget individuale di salute si rappresenta che già il succitato Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) del 2013 ha evidenziato gli elementi di trasformazione dei modelli di cura entro una cornice che riconosce la complessità e la multifattorialità del bisogno, da cui scaturisce la necessità di trattamenti integrati, in particolare per i disturbi psichiatrici maggiori, anche in

relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale con evidenza di maggiore efficacia.

La domanda complessa richiede, infatti, il coordinamento degli interventi, al fine di fornire risposte integrate che ottimizzino l'utilizzo delle risorse, umane e finanziarie. Orientare la cura alla recovery mette al centro la persona come titolare del percorso terapeutico-riabilitativo e dei suoi obiettivi di vita possibili. Questo paradigma sposta l'asse dell'intervento dalla guarigione clinica a processi riabilitativi di accompagnamento della persona nella riacquisizione di un funzionamento sociale in cui la qualità della vita e l'inclusione sociale divengono indicatori di efficacia di processo. Il Budget di Salute viene dunque proposto come metodologia elettiva per sostenere progetti terapeutico-riabilitativi orientati da tali presupposti.

I progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute sono fondati su prestazioni definite sulla base delle necessità personali e dei "diritti di cittadinanza" della persona, piuttosto che sulle caratteristiche dell'offerta disponibile. Il Budget di Salute (BdS) si presenta, dunque, come uno strumento dinamico che consente di "modellare" sulla persona gli interventi.

La cornice che orienta le progettualità sostenute da Budget di Salute è la restituzione di un ruolo sociale alla persona. L'utilizzo del Budget di salute avviene entro progettualità sulle aree di riferimento delle determinanti sociali della salute (casa, lavoro e formazione, affettività, socializzazione). Le aree non sono tra loro separabili, ma potranno assumere maggiore o minore intensità a seconda del bisogno prevalente della persona e del suo funzionamento sociale. È evidente come l'elemento imprescindibile per applicare tale cambio di prospettiva, sia la programmazione e il coordinamento degli interventi, con la messa in campo e la scelta di professionisti che sappiano assumere un mandato di innovazione sociale.

Alla luce di quanto sopra, il Ministero della Salute ha elaborato le "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona – proposta degli elementi qualificanti", approvato come Accordo in Conferenza Unificata il 6 giugno 2022, indicando alle Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano e Autonomie locali, la necessità di impegnarsi a recepire con propri provvedimenti i contenuti del documento che si propone, appunto, di creare le condizioni strutturali ed i contesti tecnici innovativi per una articolata integrazione delle politiche e delle risorse del sistema sanitario con quelle del sistema sociosanitario e sociale. Tale obiettivo si propone di dare risposta alle persone con gravi disturbi psichici o severi problemi di salute mentale, che presentano bisogni complessi sanitari e sociali e per le quali sia appropriato un intervento capacitante ed evolutivo, realizzando percorsi di cura personalizzati, capaci di promuovere autonomie e reinserimento sociale.

In termini più generali, si tratta di implementare il modello organizzativo gestionale del Budget di salute sull'intero territorio nazionale, attraverso interventi socio-sanitari flessibili e integrati, capaci anche di sviluppare efficienti collaborazioni con il Terzo settore, per promuovere obiettivi formativi e lavorativi, legati all'abitare e all'inclusione sociale, rivolti a persone con disturbi psichici severi, di fatto maggiormente discriminate dal mercato del lavoro, dal mercato immobiliare e dai contesti socioculturali.

Il documento, considerando le esperienze già realizzate relative al Budget di salute, pur sottolineandone la ricchezza, ne rileva anche la diversa distribuzione nei territori, la diversità di prassi e concezioni nei contesti locali, sottolineando la necessità di promuovere il modello del Budget di Salute per facilitare i cambiamenti organizzativi dei servizi del welfare in modo trasversale e anche la necessità di definire procedure amministrative che consentano la flessibilità e l'innovazione nell'applicazione di questo modello.

A tal fine il Ministero della Salute ha finanziato una specifica azione strategica e di sistema sulla promozione dello strumento Budget di Salute nelle varie Regioni e Province Autonome.

In merito **all'art. 12.** (Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti di pena, il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza non detentive e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza) relativamente alla gestione dei percorsi clinici e giudiziari delle persone con problemi di salute mentale autori di reato, si rappresenta come sia opportuno tenere conto dei recenti provvedimenti specifici intercorsi sul tema.

Nel corso del 2022 il Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, attivo presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri dal 2009, in seguito a più di due anni di approfondimenti e confronti estremamente articolati e costruttivi di un sottogruppo composto da referenti del Ministero della giustizia, referenti del Ministero della salute e referenti regionali, ha proposto il documento che aggiorna ed integra il cosiddetto "regolamento REMS" del 2015. Il testo è stato approvato mediante l'Accordo in Conferenza Unificata n.188 del 30 novembre 2022 (Rep. Atti n. 188/CU /2022). Il documento è stato elaborato con l'intento di proporre soluzioni operative di tipo organizzativo e gestionale alle principali criticità emerse negli ultimi anni sul tema anche in risposta a quanto segnalato dalla sentenza n. 22 del 27 gennaio 2022 della Corte Costituzionale , che nelle sue conclusioni, rileva *"l'urgente necessità di una complessiva riforma del sistema, che assicuri assieme: un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza [...]; la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività) [...]; forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell'eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi"*.

Si rappresenta, inoltre, come sia stato istituito il 12 luglio 2023 presso l'Ufficio di gabinetto del Ministero della salute il Tavolo di lavoro per lo studio delle disposizioni in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, con l'obiettivo di elaborare proposte relativamente alla richiesta presente nella sopracitata sentenza della Corte costituzionale, di fornire *"un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza"*.

In merito **all'art. 16** (Osservatorio e Consulta per la salute mentale) si fa presente che, presso l'Ufficio di Gabinetto di questo Dicastero, è stato istituito, con Decreto del Ministro della Salute 27 aprile 2023, il Tavolo Salute Mentale, per il miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione, trattamento e riabilitazione a favore delle persone con disagio psichico, in tutte le fasce di età, e i loro familiari, attraverso una verifica della loro appropriatezza e congruenza, in collaborazione con le istituzioni, gli enti preposti, le società scientifiche, le agenzie regolatrici, le associazioni dei familiari, del volontariato e del terzo settore.