



**FAMIGLIE IN RETE**

# **FISAM – Famiglie in rete**

Audizione

Commissione Affari Sociali  
del Senato della Repubblica

11 dicembre 2024

Onorevoli membri della commissione, sono Maria Gorlani, vicepresidente di Famiglie in Rete e madre di un paziente psichiatrico di 24 anni. Sono stata delegata da Cosimo Lo Presti presidente pro-tempore FISAM, che rappresento e che per motivi di salute non è potuto venire.

Ringrazio per l'opportunità di essere qui oggi a rappresentare il punto di vista di Famiglie in Rete OdV ETS e FISAM (Unione Nazionale Associazioni Italiane per la Salute Mentale Onlus), che costituiscono insieme un'importante realtà di famigliari e utenti della Salute Mentale, rappresentativa di circa quaranta associazioni attive in molte Regioni.

Le nostre osservazioni sono frutto di un lavoro dettagliato e collegiale; abbiamo costituito gruppi di studio trasversali tra diverse associazioni, che hanno analizzato articolo per articolo i disegni di legge alla luce dell'esperienza e dei bisogni delle famiglie e dei pazienti, individuando nel testo punti di forza e criticità o lacune. Auspichiamo di poter contribuire al lavoro di revisione della commissione senatoriale, portando al legislatore che opera sui temi della Salute Mentale la visione e le istanze dei primi e più importanti portatori di interesse: i pazienti e le loro famiglie.

Come premessa riteniamo opportuno ribadire che la legge 180/1978, universalmente riconosciuta come innovativa nel campo della Salute Mentale, poiché ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici, deve essere considerata pilastro fondamentale su cui appoggiare i doverosi interventi legislativi mirati a colmare le lacune nelle normative sulle cure e nei finanziamenti.

Nell'elaborato scritto troverete in calce:

- una illustrazione più articolata delle questioni qui esposte
- osservazioni puntuali ai disegni di legge 734/2023 e 1179/2024.

Pensiamo che occorra per la Salute Mentale un approccio integrato e multidisciplinare, con un incremento delle risorse, un focus sui diritti dei malati e un forte sostegno alle famiglie e agli operatori. E' necessario un cambiamento culturale e organizzativo per raggiungere standard europei e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Di seguito le proposte in sintesi.

Riteniamo che **la Salute Mentale debba essere centrale all'interno del Servizio Sanitario Nazionale**, garantendole la protezione prevista dall'articolo 32 della Costituzione.

A questo fine occorre un decisivo e cogente aumento dei finanziamenti: la spesa per la Salute Mentale deve raggiungere in tutte le Regioni almeno il 5% del Fondo Sanitario Nazionale, con incrementi progressivi fino agli standard europei (10-15%).

Ma insieme occorre anche che servizi e terapie vengano standardizzati, omogeneizzati a livello nazionale, conformati alle buone prassi evidence-based e la loro qualità venga monitorata.

Parlando di malattie o disturbi mentali gravi il termine "disagio" è inadeguato e fuorviante.

Il **Piano nazionale per la Salute Mentale** deve rispettare i principi della legge 180 (Legge Basaglia) e coinvolgere associazioni di familiari e utenti.

E' necessario un **sistema di monitoraggio e di sanzioni**: riteniamo necessario creare un'autorità indipendente per verificare la qualità dei servizi di Salute Mentale e sanzionare le inadempienze.

E' fondamentale che vengano tutelati i **diritti del malato**: garantendo cure su base fiduciaria, senza contenzione fisica o farmacologica, creando ruoli di garanzia per proteggere i diritti del paziente.

E' fondamentale un approccio basato sul "**Progetto di Vita**", che vada oltre i soli contenuti terapeutici. Gli interventi devono includere Piani Terapeutici Riabilitativi Individuali (**PTRI**) personalizzati e basati su evidenze scientifiche, che comprendano trattamenti farmacologici, psicoterapeutici, riabilitativi.

La continuità assistenziale va garantita con figure di riferimento come il "**case manager**", responsabile anche di supervisione e monitoraggio di tutte le attività.

I percorsi di cura devono fare riferimento a percorsi **diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA)** regionali, coerenti con linee guida nazionali; rispettare la logica della medicina evidence-based; includere strumenti per la **valutazione degli esiti dei trattamenti**, con indicatori standardizzati e riconosciuti dalla comunità scientifica e valutazioni congiunte di operatori, pazienti e familiari.

Quanto alla organizzazione i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) devono includere anche le dipendenze patologiche e offrire supporto economico e pratico alle famiglie.

In tutti i Dipartimenti occorre istituire il **Pronto Soccorso Psichiatrico** e prevedere interventi domiciliari per crisi acute.

Le **famiglie** sono parte decisiva del percorso di cura, nella progettazione e nella attuazione dei progetti terapeutici individuali (PTRI), nella valutazione degli esiti; va fornito loro, inoltre, sostegno psicoeducazionale, infermieristico ed economico e programmi di sollievo dal carico quotidiano

Le **associazioni dei familiari** possono giocare un importantissimo ruolo integrativo dei servizi nel supporto tra pari ad altri familiari, ma soprattutto devono essere coinvolte nella definizione delle politiche sanitarie nazionali e locali.

Sia per rendere più agevoli le cure, sia per prevenire la malattia mentale hanno una importanza strategica le **campagne antistigma** e una attenta attività di **monitoraggio nelle scuole**.

La **formazione** continua per tutti i professionisti del settore, ma anche per gli operatori della Giustizia e delle forze dell'ordine, deve essere potenziata e resa obbligatoria, e aperta ai familiari e alle loro associazioni. E' necessaria una formazione specifica per gestire situazioni di crisi con tecniche di de-escalation e evitare così in ogni modo la contenzione fisica e farmacologica.

Assai critico in molte Regioni è lo stato della **Neuropsichiatria Infantile**: occorre ridurre i lunghi tempi di attesa dovuti a carenza di personale e risorse e migliorare l'integrazione tra servizi per adulti e minori.

Riteniamo di grande importanza lo sviluppo della **ricerca** e della **innovazione**: occorre incrementare il loro finanziamento, con approcci multidisciplinari su aspetti biologici, psicologici e sociali.

Nei Progetti di Vita è importantissimo l'**inserimento lavorativo**, coerente con le competenze e il livello di recovery raggiunto in ciascun momento: a questo fine, oltre a campagne di riduzione dello stigma verso i lavoratori con disturbi mentali, occorrono percorsi di tutoraggio.

Oggi la **residenzialità** è concentrata nelle Strutture Residenziali; riteniamo che bisogna integrare questo tipo di residenzialità con soluzioni utili anche al tema del “Dopo di Noi”:

- alloggi assistiti, coinvolgendo anche le Istituzioni deputate alla edilizia popolare (gruppi appartamento)
- appartamenti supportati per il malato che ha raggiunto un’ autonomia adeguata
- affidamento intrafamiliare o etero familiare.

In tutte queste alternative, si deve riprodurre il più possibile l’ ambiente quotidiano del vivere.

Molto critica per le persone che soffrono di una malattia mentale è la situazione delle **Carceri** e delle **RSA**.

In entrambe bisogna evitare l'uso improprio della sedazione.

Il carcere è inadeguato per le persone che necessitano di cure, occorre creare le condizioni per scontare la pena agli arresti domiciliari in contesti territoriali (es. comunità terapeutiche). Lo stesso vale per le persone non imputabili, in cui le REMS devono essere solo soluzione residuale.

Proponiamo l’ istituzione di una figura di coordinamento tra i percorsi psichiatrici e giudiziari dei pazienti psichici autori di reato, per garantire la continuità del progetto terapeutico individuale, indipendentemente dalla condizione del paziente (carcere, REMS, arresti domiciliari ecc.).

## Elaborato articolato delle questioni esposte Fism - Famiglie in Rete

- **MALATTIA MENTALE:**

la malattia mentale deve rimanere di competenza sanitaria all'interno della legge 833/78 e non essere spostata in assistenza sociale. Quindi la malattia mentale deve avere la protezione totale come da art. 32 della carta costituzionale. I termini disagio o disturbo utilizzati oggi semplificano e non definiscono adeguatamente soprattutto le patologie gravi che colpiscono le persone. Psicosi, gravi depressioni, disturbi di personalità gravi non possono essere definiti disagi o disturbi, sono malattie.

- **FINANZIAMENTI:**

finanziamenti destinati alla Psichiatria devono essere almeno del 5% della dotazione del FSN in tutte le Regioni. Proponiamo inoltre che di anno in anno venga aumentata la dotazione fino a raggiungere il livello dei paesi europei più evoluti (almeno al 10-11% del fondo sanitario nazionale) Paesi Bassi, Germania, Svezia, Danimarca allocano dal 10 al 15 per cento del loro Fondo Sanitario alla salute mentale. Le Regioni che non si adegueranno al dettato della legge devono essere sanzionate (esempio congelando il fondo destinato alla sanità della percentuale mancante al raggiungimento della percentuale definita di anno in anno, e solo successivamente commissariando la Regione inadempiente)

- **DIRITTI DEL MALATO:**

il malato ha diritto di essere curato scegliendo dove e da chi, il rapporto tra paziente e medico curante è un rapporto fiduciario.

Non può essere sottoposto a cure senza il suo consenso e può rivolgersi a un garante che lo difenda nei suoi diritti al garante può rivolgersi anche la famiglia del malato o chiunque riscontri situazioni compromettenti la salute del malato. La contenzione sia fisica che farmacologica è vietata, gli abusi di sedazione, che purtroppo oggi si riscontrano sia nelle strutture residenziali, sia negli ospedali che nel carcere, è vietata e deve essere sanzionata.

Il malato inconsapevole della sua malattia e pericoloso per sé e per gli altri può essere obbligato a curarsi (ASO e TSO), solo se sono state esperite tutte le possibili azioni per il convincimento alla cura, deve essere sempre avvertito il garante, organismo esterno all'ASL, partecipato da rappresentanti di famigliari di malati e di utenti.

- **MODELLI DI CURA:**

si ribadisce il diritto alle cure per tutti i malati psichici, con particolare attenzione per i malati inconsapevoli e non collaboranti i quali, se non curati, rischiano il peggioramento della malattia e spesso la cronicizzazione. Gli interventi di cura devono differenziarsi per diagnosi e gravità di malattia.

**L'approccio deve essere omogeneo su tutto il territorio nazionale.** Diverso sarà l'approccio per disturbi lievi o disagi da quelli per malattia grave o gravissima. Comunque sempre con interventi multidisciplinare passando dalle terapie psicosociali, psicoeducazionali, alle psicoterapie come le cognitive-comportamentali e alle terapie farmacologiche utilizzate per schizofrenia, depressione grave, disturbi bipolari, disturbi di personalità. Tutti gli interventi devono essere monitorati per valutarne l'efficacia e gli effetti collaterali. La personalizzazione della cura deve

essere concordata con con il malato e la sua famiglia definendo anche il percorso di tempo per ottenere il miglioramento e dove possibile la guarigione.

- **CURE:**

Si riafferma la necessità di una presa in carico effettiva da parte del DSM (Dipartimento di Salute Mentale) con un progetto terapeutico personalizzato e scritto, con obbligo di informare i parenti e la possibilità, per la famiglia collaborante, di diventare supporto terapeutico. La famiglia collaborante deve avere un sostegno psicoeducazionale, infermieristico, economico e sociale. Il medico di base o il pediatra, nel caso di minorenni, devono essere informati della presa in carico della persona malata.

Chiunque, associazione o privato, venga a conoscenza di una situazione in cui esista un malato abbandonato e inconsapevole, può richiedere l'intervento del DSM che dovrà essere obbligato a provvedere entro 24 dalla richiesta di intervento a valutare lo stato di salute della persona. L'assistenza psichiatrica domiciliare deve essere garantita e obbligatoria. Stabilire sanzioni per gli inadempienti.

La visita domiciliare dello psichiatra può essere richiesta oltre che dal malato anche da un familiare, dall'assistente sociale, dal medico di base o dal pediatra, deve essere esperita entro 24 ore. Stabilire sanzioni per gli inadempienti.

Il malato o i tutori hanno il diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero o supporto. Medico e strutture possono essere proposte dal DSM, ma non imposte. Le strutture scelte non possono rifiutare il malato a meno di cause di forza maggiore.

Nel caso di mancata presa in carico da parte del DSM e di abbandono del malato si configura il reato d'omissione di soccorso.

La Neuropsichiatria Infantile deve essere collegata con la Psichiatria adulti ed essere adeguata alla richiesta del territorio. Attualmente in molte regioni italiane le risposte alle richieste sono sotto al 50% delle richieste, causa prima la carenza di operatori e il finanziamento non adeguato. Consideriamo che in media un neuropsichiatra infantile ha da seguire in media dai 400 ai 500 pazienti, con punte di oltre 1000 pazienti.

- **ASO:**

L'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO) (legge 833/78 art. 33) è un procedimento previsto dal diritto italiano per garantire che una persona in determinate condizioni di salute venga sottoposta a un controllo sanitario, anche contro la sua volontà, se necessario. Si applica in situazioni particolari dove c'è un rischio concreto per la salute della persona stessa o per la collettività, ma non ancora un'urgenza tale da giustificare il trattamento sanitario obbligatorio (TSO). **Non deve essere agito con contenzione fisica e la sua durata non deve superiore a 7 giorni.** La persona può deve essere informata del trattamento e deve poter chiedere al garante di intervenire in sua difesa. Comunicare con la famiglia, il legale e telefonare all'esterno. Oggi ogni Regione può regolamentare le modalità operative, noi chiediamo che venga adottata una procedura omogenea su tutto il territorio nazionale senza l'ausilio delle forze dell'ordine. Tutti gli atti devono essere documentati. Può essere richiesto da un familiare, dall'assistente sociale, dal medico di base o dal pediatra, deve essere esperito entro 24 ore. Stabilire sanzioni per gli inadempienti.

- **T.S.O.**

Il TSO psichiatrico è regolato dalla **Legge 23 dicembre 1978, n. 833** può assumere forme diverse in base al contesto e alle esigenze cliniche. Pur essendo normato in modo uniforme dalla legge, esistono vari tipi di TSO differenziati soprattutto per **l'ambito di applicazione, la durata e le modalità di esecuzione**. Diversi tipi di TSO possono essere attuati:

-d'urgenza;

-terapeutico domiciliare;

-terapeutico residenziale;

Il TSO deve essere effettuato da personale medico e infermieristico possibilmente con aiuto della famiglia va eliminata la presenza della forza pubblica che nel malato e nella famiglia ha creato traumi mai risolti.

Sono da sviluppare le modalità di attuazione, i tempi di durata che sono di 7 giorni prorogabili e i vincoli per evitare abusi. La persona deve essere informata sul trattamento, comunicare con i famigliari e i legali. Presentare ricorso al giudice tutelare per contestare il provvedimento e deve essere istituito un garante per valutare il provvedimento.

- Si propone che il **SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C)** assuma il ruolo di Pronto Soccorso Psichiatrico presso l'Ospedale Generale, sede di DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione), che risponda a tutte le emergenze, anche mediante interventi domiciliari urgenti per i casi di crisi acute, che accolga il paziente volontario o in T.S.O. per un tempo di breve durata (non superiore alle 72 ore) per trasferirlo, quindi, in strutture d'osservazione, diagnosi e cura, ove, se necessario, in regime di T.S.O che possa essere protratto per un periodo da determinarsi in sede di stesura della Legge. (sono da sviluppare le modalità di attuazione, i tempi di durata ed i vincoli per evitare abusi).

- **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

In molte regioni italiane, i servizi di neuropsichiatria infantile (NPI) sono sottodimensionati rispetto al bisogno. La carenza di personale sanitario qualificato (neuropsichiatri, psicologi, educatori, terapisti) rende difficile garantire interventi tempestivi e adeguati. I tempi di attesa per una diagnosi o un trattamento possono essere molto lunghi, peggiorando le condizioni dei pazienti. Negli ultimi anni si è registrato un incremento significativo delle richieste di supporto per problemi come disturbi del neuro-sviluppo (autismo, ADHD), disturbi dell'apprendimento (DSA) e problemi legati alla salute mentale (ansia, depressione). I servizi pubblici spesso non riescono a coprire la domanda, costringendo molte famiglie a rivolgersi al privato, con costi spesso insostenibili. Riteniamo che bisogna aumentare il numero di professionisti formati in neuropsichiatria e psicologia attraverso incentivi e bandi specifici. Migliorare la collaborazione tra i servizi sanitari, sociali e scolastici per garantire una presa in carico multidisciplinare.

- **STRUTTURE RESIDENZIALI**

Si richiede la creazione effettiva di sostegno residenziale con tipologie diverse, a seconda della diagnosi, della gravità, dell'autonomia raggiunta o esistente, con un massimo di 10/20 posti, e precisamente:

- **Strutture Residenziali Psichiatriche** differenziate per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale da quelle SRP1 (Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo) a quelle SRP.3.3 - Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socioriabilitativi con personale per Fasce Orarie detti anche Gruppi Appartamento.
- **Alloggi assistiti;**

- **Affidamento** intrafamiliare o eterofamiliare;
- **Strutture semiresidenziali** per il reinserimento nel quotidiano;
- **Appartamento singolo**, assegnato dall'Agenzia territoriale di edilizia popolare regionale provinciale, per il malato che ha raggiunto un'autonomia accettabile.  
In queste residenze si deve puntare alla qualità del servizio, e non solo alla quantità di operatori e di strutture; si deve riprodurre il più possibile l'ambiente quotidiano del vivere
- **In famiglia**, prevedendo attività propedeutiche che siano di stimolo per il malato e volte al miglioramento delle capacità residue, attività ludiche, attività manuali, finalizzate tutte al conseguimento di capacità lavorative e all'autonomia.

I progetti personalizzati devono comprendere un piano terapeutico aderente alle buone prassi riconosciute dalla comunità scientifica ed includere non solo trattamenti farmacologici ma anche psicoterapeutici. Devono avere anche finalità di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo, e devono essere periodicamente monitorati in collaborazione con il paziente e la famiglia, dove presente.

- **RICERCA**

La ricerca sulle malattie mentali deve essere finanziata con budget diverso da quello destinato alla psichiatria e adeguata ai livelli dei paesi più progrediti. **Attualmente è sottofinanziata**

La ricerca deve essere sviluppata con un approccio multidisciplinare ad esempio:

**Biologica** (studi sul ruolo dei neurotrasmettitori e delle basi genetiche di disturbi mentali come schizofrenia, disturbi dell'umore e ansia. Ricerca sull'imaging cerebrale e sull'uso della risonanza magnetica funzionale (fMRI) per comprendere meglio i meccanismi cerebrali dei disturbi mentali.  
**Sociale** (analisi dei fattori sociali e ambientali che influenzano la salute mentale. Studi sull'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disturbi mentali, con un focus sullo stigma e sulla lotta alla discriminazione).

**Psicofarmacologica** (Sviluppo e valutazione di nuovi farmaci per trattare depressione, disturbi bipolari e schizofrenia. Monitoraggio dell'efficacia e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche).

**Psicoterapica** (Valutazione dell'efficacia di approcci psicoterapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e le terapie integrate.

Studi sull'uso della psicoterapia per trattare disturbi post-traumatici e dipendenze).

**Età evolutiva e geriatrica** (Ricerca sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia, come il disturbo dello spettro autistico e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD).

Studi sui disturbi neurocognitivi, come la demenza, in particolare l'Alzheimer).

La ricerca deve operare anche in campo digitale con app e strumenti di intelligenza artificiale per il monitoraggio e il trattamento delle malattie mentali, sviluppando piattaforme per la terapia a distanza e per la raccolta dati in tempo reale.

Per la **psicopatologia dello sviluppo** è importante lo studio dell'insorgenza dei disturbi mentali durante l'infanzia e l'adolescenza e la comprensione dei fattori di rischio durante lo sviluppo.

- **FORMAZIONE OBBLIGATORIA DEGLI OPERATORI CON UN BUDGET VINCOLATO**

La qualità umana e professionale degli operatori psichiatrici è determinante per raggiungere un livello soddisfacente di assistenza e di riabilitazione del malato, pertanto è necessario un



addestramento altamente specializzato, affinché la formazione non si limiti a una trasmissione di nozioni e teorie. Va rivalutata e sottolineata l'importanza della figura dell'"Educatore". All'interno della formazione devono essere predisposti corsi di aggiornamento per pediatri e medici di base. L'aggiornamento oltre che per psichiatri, infermieri, medici di base, pediatri, assistenti sociali e educatori deve essere fatta anche alle figure che sono deputate alla sicurezza pubblica le forze dell'ordine e gli operatori della giustizia (avvocati e magistrati). Utilizzando anche le tecnologie digitali per un maggior supporto alla conoscenza di intervento in ambito psichiatrico. Esempio studiare delle applicazioni che possano aiutare le varie figure interessate ad approfondire argomenti che possono essere affrontati di volta in volta.

- **PREVENZIONE**

La prevenzione, praticamente cenerentola nel settore, è oggi indispensabile, stante il dilagare di vecchi e nuovi disturbi e disagi nella popolazione. Ovviamente si fa riferimento non solo a una prevenzione secondaria e terziaria, ma anche primaria, intesa come promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica, ad esempio attraverso la collaborazione dei pediatri e medici di base, che dovranno seguire corsi integrativi e di aggiornamento obbligatori. E' anche necessario svolgere un monitoraggio nelle scuole, tenere conferenze informative e formative per docenti e studenti e fornire agli insegnanti strumenti idonei a riconoscere i casi a rischio. Senza prevenzione ci troveremo altre persone che si cronicizzano prima della presa in carico dei servizi. Bisogna chiaramente evitare una eccessiva medicalizzazione delle persone. Nella prevenzione vanno tenute in molta attenzione le campagne antistigma adeguatamente finanziate.

- **INSERIMENTO LAVORATIVO**

Al fine di assicurare un'attività lavorativa compatibile con le sue possibilità, il malato di mente ha il diritto di essere inserito nelle liste di collocamento obbligatorio, secondo quanto prescritto dagli articoli 2 e 11, comma 4, della legge 68/99.

Dovrebbero essere istituiti percorsi personalizzati con orientamento al lavoro e valutazione delle capacità e competenze, percorsi di formazione, supporto psicologico, inserimento lavorativo con supporto, definizione del carico lavorativo basato sulla gestione dello stress lavorativo, diverso da malato a malato. Azione antistigma verso datori di lavoro pubblici e privati, progetti innovativi anche utilizzando l'AI.

- **SICUREZZA**

**DEL MALATO** Garantire la sicurezza di un malato mentale agitato è fondamentale per proteggerlo da possibili danni a sé stesso, agli altri e all'ambiente circostante. La gestione di una persona in stato di agitazione richiede un approccio che unisca empatia, competenza professionale e il rispetto dei diritti della persona.

**DELLA FAMIGLIA** La sicurezza dei familiari di fronte a una persona con disagio mentale in stato di agitazione richiede una gestione attenta per proteggere sia la persona stessa che chi le sta intorno. Spesso i familiari si trovano in una posizione delicata, poiché hanno una relazione emotiva con il malato, che può rendere più complesso il mantenimento della calma e l'applicazione di strategie di gestione.

**DEGLI OPERATORI** La sicurezza degli operatori psichiatrici è un tema fondamentale quando si ha a che fare con pazienti psichiatrici agitati o in stato di crisi. L'obiettivo è garantire sia la

sicurezza dell'operatore che del paziente, promuovendo un ambiente che riduca i rischi e favorisca una gestione efficace della situazione.

**DEI TERZI** La sicurezza di terzi di fronte a una persona con disagio mentale in stato di agitazione è un aspetto cruciale per proteggere chiunque si trovi nelle vicinanze, inclusi passanti, colleghi, amici o altri membri della comunità. La gestione di queste situazioni richiede sensibilità, tempestività e competenza per evitare danni a persone e cose, oltre a garantire il rispetto della dignità e dei diritti della persona in crisi.

In tutti i casi bisogna interrogarsi perché il malato mentale non è compensato. Nella maggior parte dei casi non è stato preso in carico dal DSM oppure non ha avuto delle cure adeguate, oppure è abbandonato a se stesso. Se è necessario far intervenire le forze dell'ordine per le situazioni di pericolo per il paziente o per gli altri, deve essere effettuato da personale formato mai da familiari o persone non qualificate, per evitare lesioni accidentali o esacerbare la crisi e sempre nel rispetto dei protocolli etici e legali.

- **SEDAZIONE**

La **sedazione impropria** nelle comunità terapeutiche psichiatriche, nei carceri, è un tema delicato e controverso che riguarda il possibile abuso o uso non adeguato di farmaci sedativi per gestire i comportamenti dei pazienti. Questo fenomeno può verificarsi in contesti dove il personale è sottoposto a pressioni o carenze di risorse, ma è eticamente, legalmente e clinicamente inaccettabile.

La sedazione impropria si verifica quando i farmaci vengono utilizzati principalmente per: controllare comportamenti ritenuti difficili o disturbanti, piuttosto che per trattare una condizione medica o psichiatrica specifica. Ridurre il carico di lavoro del personale, invece di fornire cure adeguate al paziente. Mantenere un ambiente "tranquillo" a discapito dei diritti del paziente. La sedazione impropria può essere considerata una forma di coercizione o abuso. La sedazione impropria rappresenta una grave violazione dei diritti del paziente e degli standard etici. Le comunità terapeutiche devono impegnarsi per garantire cure umane, rispettose e personalizzate, adottando trattamenti farmacologici solo quando strettamente necessari e sempre in combinazione con approcci non farmacologici. Devono essere effettuati monitoraggi sui trattamenti farmacologici indicando le ragioni cliniche e i risultati attesi.

Nelle carceri l'**uso esagerato di sedazione** per soggetti con disturbi mentali è un tema complesso e controverso, che solleva interrogativi etici, legali e sanitari. In contesti carcerari, le risorse limitate, la mancanza di personale qualificato e le difficoltà di gestione dei detenuti con disagio psichico possono portare a un abuso di farmaci sedativi, compromettendo i diritti fondamentali delle persone coinvolte. I malati psichici non dovrebbero restare in carcere ma essere curati nelle REMS o in strutture residenziali adeguate. La sedazione eccessiva può essere considerata una forma di maltrattamento o tortura, in violazione delle norme internazionali sui diritti dei detenuti.

Chiediamo come ha già fatto l'OSAPP (Organizzazione Sindacale Autonoma Polizia Penitenziaria), l'istituzione di una **commissione parlamentare d'inchiesta** che indaghi sulla gestione impropria ed eccessiva di psicofarmaci e di sedativi in carcere e nelle strutture residenziali di tutti i tipi, non solo psichiatriche.

- **MALATI MENTALI IN CARCERE**

Attualmente, si stima che circa il 12% della popolazione carceraria italiana soffra di gravi disturbi psichiatrici, il 20% dei detenuti assume regolarmente farmaci psichiatrici come antipsicotici e antidepressivi, mentre il 40% fa uso di sedativi o ipnotici. (Rapporto Antigone 2024), Questo riflette l'elevata prevalenza di disagio psichico nelle carceri, con tassi di malattie mentali significativamente superiori rispetto alla popolazione generale.

Una delle problematiche principali riguarda la gestione di queste condizioni in strutture penitenziarie non adeguate, in cui il diritto alla cura spesso non è garantito. Le REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) hanno una capienza limitata (circa 600 posti per 31 strutture), insufficiente rispetto alla domanda: a gennaio 2024, 755 persone erano in lista d'attesa per un posto, con alcune costrette a rimanere in carcere senza titolo detentivo valido. La detenzione può peggiorare le condizioni psichiatriche: l'isolamento, la mancanza di stimoli e il sovraffollamento carcerario possono indurre o aggravare depressione, ansia, psicosi e comportamenti autolesionistici. Gli episodi di autolesionismo e suicidi sono particolarmente frequenti tra i detenuti con disturbi mentali. Noi siamo contrari al mantenimento in carcere dei malati mentali. Si deve investire di più in strutture alternative.

- **INSERIMENTO IMPROPRIO IN RSA**

L'inserimento improprio di malati mentali nelle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) è un problema rilevante in Italia, che riflette criticità nel sistema di gestione dei disturbi psichiatrici, soprattutto in assenza di strutture adeguate per la cura e la riabilitazione di queste persone. E' anche utilizzato per risparmiare in ambito sanitario. Alle associazioni vengono riportati in cui pazienti di circa 65 anni vengono sedati impropriamente tanto da renderli soporosi, non possono partecipare alle attività. Dormono sempre. Diventano incontinenti alla notte (troppo sedati). A questo punto si fa una diagnosi di demenza e vengono spostati in RSA. In RSA si continua la sedazione impropria. La permanenza in RSA può peggiorare la condizione, portando a isolamento, regressione e perdita di abilità. Si perpetua un modello assistenziale inefficace, che non affronta il problema alla radice. Non ricevono cure e supporto adeguati ai loro bisogni specifici, che richiederebbero un approccio multidisciplinare (terapia farmacologica, supporto psicologico, attività riabilitative). Nell'arco di un biennio peggiorano i parametri vitali e muoiono.

- **CARICO FAMILIARE**

Il carico familiare per chi si prende cura di una persona con un disturbo mentale è spesso elevato e complesso, coinvolgendo dimensioni emotive, economiche, sociali, fisiche e organizzative con conflitti e tensioni all'interno del contesto familiare. Per le famiglie conviventi, o comunque con un membro malato, si devono prevedere supporti psicologici, supporti psicoeducazionali, supporti antistress e sussidi finanziari. Se il malato convivente non è collaborante si rende necessario un costante sostegno infermieristico.

- **MONITORAGGIO E SANZIONI**

Si devono operare controlli sull'effettiva attuazione dei servizi, sul loro funzionamento e sulla qualità di lavoro, sia sulle molteplici piccole comunità private, sia sulle attività svolte dalle tante

cooperative sociali cui vengono demandate parti sempre più importanti dei servizi psichiatrici pubblici.

Tali controlli non devono essere autoreferenti, ma devono essere effettuati da una non legata al servizio erogante, con componenti di diversa provenienza (es.: un rappresentante dei pazienti, un rappresentante delle associazioni dei familiari, un rappresentante degli operatori, un giudice di pace....). Tale Authority, nel caso d'inadempienze, ritardi, omissioni e disfunzioni potrà sanzionare amministrativamente i responsabili a tutti i livelli, potrà fare esposti alla magistratura per richiedere un'azione penale, potrà dirimere con giudizio informale, ma vincolante per le parti, potrà dirimere i contrasti fra utenti e familiari di utenti e i servizi eroganti, siano essi pubblici, siano essi privati.

- **DOPO DI NOI**

Diritto alla certezza che alla morte dei familiari o alla loro incapacità di gestire il congiunto malato, questi venga obbligatoriamente preso in carico dal S.S.N. congiuntamente con tutti i servizi istituzionali di appoggio e tutela.

- **CONSULTAZIONE OBBLIGATORIA**

Per definire una programmazione adeguata agli effettivi bisogni del territorio (distrettuale, dipartimentale, ASL, regionale e nazionale) le Associazioni dei familiari devono essere consultate obbligatoriamente.

- **OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO**

L'osservatorio epidemiologico Regionale e Nazionale sulla malattia mentale deve avere dei protocolli omogenei su tutto il territorio nazionale e condotto da terze parti, non autoreferenziale.

Inoltre, si ribadisce la necessità di stabilire

- **SANZIONI PENALI** nei confronti dei direttori generali delle ASL e dei direttori dei DSM inadempienti ai loro compiti istituzionali.

# Osservazioni puntuali ai disegni di legge 734/2023 e 1179/2024

## Fisam - Famiglie in Rete

### DDL 734/2023:

#### Articolo 1 – Finalità:

- Termini come “disagio” (utilizzati qui e in tutta la legge) rischiano di sminuire la reale portata e sintomi di quelli che in molti casi costituiscono vere e proprie patologie.
- Quando si fa riferimento ai percorsi personalizzati (qui e in tutta la legge) è bene citare il principio del “progetto di vita”, che ha un significato più ampio del solo contenuto terapeutico

#### Articolo 2 – Principi generali:

- I citati interventi e strategie indirizzati ai contesti lavorativi devono includere misure specifiche per i famigliari dei pazienti psichiatrici gravi, che sopportano carichi psicofisici importanti e richieste di accudimento spesso difficili da pianificare e conciliare con la vita lavorativa

#### Articolo 4 – Piano nazionale per la salute mentale:

- Desideriamo che venga specificato che il Piano individua specifici obiettivi ed azioni coerenti a quanto previsto dalla legge 180 (detta legge Basaglia).
- Alla definizione della strategia nazionale di promozione e prevenzione specifica per la salute mentale dovranno partecipare le associazioni di familiari e utenti.
- Nelle azioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi mentali è importante fare esplicito riferimento ai Progetti Terapeutici Individuali che devono essere personalizzati e comprendere un piano terapeutico aderente alle buone prassi riconosciute dalla comunità scientifica ed includere non solo trattamenti farmacologici ma anche psicoterapeutici. Devono inoltre avere finalità di riabilitazione e reinserimento familiare, sociale e lavorativo.
- Per garantire la continuità dell’assistenza nel tempo e tra i diversi servizi coinvolti, è necessario che le diverse professionalità siano coordinate da un “case manager” che abbia la responsabilità del percorso di cura del paziente, cioè debba garantire che il Progetto Terapeutico Individuale venga definito in accordo con le buone prassi (in particolare che il trattamento non sia limitato all’aspetto farmacologico ma preveda soprattutto i necessari trattamenti psicoterapeutici), erogato e monitorato.
- Quando si parla di trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci è importante specificare che i trattamenti devono fare riferimento a specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e coerenti con le linee guida nazionali, basate sulla logica della medicina evidence-based.
- E’ importante esplicitare la necessità di controllo sull’abuso di psicofarmaci come modalità di controllo sociale (es. nelle carceri o nei CPR – Centri di Permanenza per Rimpatri).
- La valutazione della qualità delle cure deve includere un sistema di valutazione e monitoraggio dell’esito dei trattamenti, con l’ausilio di strumenti standardizzati di

valutazione approvati dalla letteratura scientifica. La valutazione deve essere congiunta da parte di operatori, paziente e familiari ed un garante terzo (es. un utente esperto), con il supporto delle associazioni di familiari e utenti. I risultati della valutazione - aggregati ai diversi livelli (CSM, DSMD, Regione, Nazione) - siano pubblici, tramite pubblicazione periodica online. I risultati della valutazione siano utilizzati: a livello aggregato per consentire il confronto tra strutture diverse e la condivisione di buone prassi, a livello di singolo paziente per aggiornare e se necessario reindirizzare il Progetto Terapeutico Individuale.

#### Articolo 5 – Dipartimento di salute mentale:

- Nel DDL, l' articolazione dei DSM resta quella tradizionale, proponiamo che invece ai DSM afferiscono anche le strutture che si occupano delle dipendenze. La denominazione dei DSM cambia e diventa "Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche".
- Nella descrizione di attività e compiti del DSM svolge le sue funzioni attraverso l'offerta di attività e risorse, chiediamo di inserire elementi più vincolanti per le Regioni, in particolare per quanto riguarda il coinvolgimento dei familiari nei PTRI del malato e il sostegno alle famiglie, che deve concretizzarsi in aiuti economici e pratici (es. TERP o infermiere a domicilio)

#### Articolo 6 – Forme di partecipazione:

- Tutti i commi dell'articolo riportano a premessa adempimenti in capo alle Regioni, come è corretto sotto il profilo costituzionale. Per evitare ritardi da parte delle Regioni, proponiamo che tutti e tre i commi facciano innanzitutto richiamo agli adempimenti dei Dipartimenti; solo in chiusura – con un quarto comma – l'articolo farà riferimento alle responsabilità delle Regioni. Nello stesso quarto comma andrà precisato che:
  - in sede di Conferenza Stato-Regioni verrà condiviso il crono-programma degli adempimenti
  - alle Regioni spetterà il compito di individuare un Responsabile unico regionale dell'assistenza psichiatrica che sarà responsabile del corretto adempimento da parte dei DSM
  - il Ministero della Salute potrà esercitare i poteri sostitutivi verificando in prima persona l'operato delle strutture
- Chiediamo che gli organismi di partecipazione siano definiti di comune accordo con le Associazioni dei Familiari e con le associazioni degli Utenti, presenti nel territorio di riferimento del DSM.

#### Articolo 7 – Centro di salute mentale e servizio psichiatrico di diagnosi e cura

- L'operatore di riferimento ("Case manager"), di cui al comma 3, è a nostro parere una figura fondamentale, il cui ruolo e responsabilità devono essere maggiormente rinforzati e dettagliati; ad esempio, occorre precisare che ha un ruolo centrale di responsabilità nella rete (servizi sanitari e sociali), che prende in carico il paziente in prima persona, e che svolge il suo compito di coordinamento anche in presenza di comorbidità non strettamente psichiatriche (es. abuso di sostanze, autismo,...)

#### Articolo 8 – Centro diurno, strutture residenziali e percorsi di residenzialità

- Nel caso di strutture non gestite direttamente dal DSM bensì da soggetti privati, chiediamo di fare richiamo all'art. 6 del dlgs n. 36/2023, che regola i modelli organizzativi di amministrazione condivisa, e che sia prescritta l'attivazione di tutti i percorsi previsti dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore (CTS, D.Lgs. n. 117/2017): co-programmazione del contenuto prestazionale dell'attività da svolgere (anche per la definizione dei capitoli di gara) e coprogettazione dei servizi che si prevede di rendere.
- Per quanto riguarda i servizi e programmi per la residenzialità e la semiresidenzialità, si richiede la creazione effettiva di sostegno residenziale con tipologie diverse, a seconda della diagnosi, della gravità, dell'autonomia raggiunta o esistente, con un massimo di 10/20 posti, e precisamente:
  - strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1), da strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (SRP2), e da strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi (SRP3), almeno il 60% dei quali deve essere gestito dalla sanità pubblica.
  - gruppi appartamento, alloggi assistiti;
  - affidamento intrafamiliare o eterofamiliare;
  - strutture semiresidenziali per il reinserimento nel quotidiano;
  - appartamenti singoli, per il malato che ha raggiunto un'autonomia accettabile

In tutti i tipi di struttura, le attività devono essere finalizzate al trattamento della malattia e al conseguimento di capacità lavorative e di autonomia. Proponiamo inoltre le Regioni prevedano una formazione di personale socio sanitario idoneo alla assistenza domiciliare di persone con disturbo mentale e alla organizzazione di elenchi regionali del personale formato, a cui iscriversi su base volontaria e che abbia funzione ricognitiva.

#### Articolo 9 – Interventi di urgenza, emergenza e crisi a livello territoriale

- Si propone che l'S.P.D.C assuma il ruolo di Pronto Soccorso Psichiatrico presso l'Ospedale Generale, sede di DEA (Dipartimento d'Emergenza e Accettazione), che risponda a tutte le emergenze, anche mediante interventi domiciliari urgenti per i casi di crisi acute, che accolga il paziente volontario o in T.S.O. per un tempo di breve durata (non superiore alle 72 ore) per trasferirlo, quindi, in strutture d'osservazione, diagnosi e cura, ove, se necessario, in regime di A.S.O. o T.S.O. che possa essere protratto per un periodo da determinarsi in sede di stesura della Legge.
- Per A.S.O. e T.S.O. sono da sviluppare le modalità di attuazione, i tempi di durata ed i vincoli per evitare abusi, ma in generale proponiamo che:
  - siano eseguiti da personale medico e infermieristico, possibilmente con aiuto della famiglia e senza la presenza della forza pubblica,
  - la persona sia informata sul trattamento, possa comunicare con i famigliari e i legali, possa presentare ricorso al giudice tutelare per contestare il provvedimento
  - sia istituito un garante per valutare il provvedimento.

#### Articolo 10 – Tutela contro l'illegittimo ricorso a forme di restrizione della libertà personale nei riguardi delle persone con disturbo mentale

- La tutela non deve essere limitata al T.S.O. ma a qualsiasi situazione (incluso il ricovero volontario)

- Ogni forma di violenza fisica, psicologica o morale deve essere punita secondo quanto previsto dal Codice penale, eventualmente, in funzione delle sue condizioni del momento, anche equiparando la persona malata di mente ad un minore, anche se la stessa persona non è interdetta o inabilitata.
- Chiediamo infine l'istituzione di un organismo terzo garante dei diritti dei pazienti e dei familiari che li rappresentano.

#### Articolo 11 – Integrazione socio-sanitaria

- L'integrazione socio-sanitaria non può esaurirsi nell'ambito di un articolo di legge poiché materia molto complessa e che allo stato di fatto presenta diverse criticità; necessita pertanto una legge specificatamente volta a:
  - individuare un modello organizzativo univoco e funzionale • Identificare le competenze tra il sociale e il sanitario
  - istituire una figura (un ufficio) che funga da coordinamento tra sociale e sanitario giacché le due funzioni rispondono ad enti diversi con diversi bilanci, diverso personale,...
  - rivedere la predisposizione dei piani di zona (previsti dalla legge 328/2000)
  - prevedere una formazione permanente obbligatoria e congiunta per tutti i professionisti e gli operatori del sociale e del sanitario
  - riconoscere e portare a sistema le buone prassi esistenti
  - fornire strumenti conoscitivi ai cittadini ai quali oggi non sono chiari i servizi previsti ed esigibili
  - predisporre un Progetto di vita per tutte le persone disabili.

#### Articolo 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

- L'articolo 12, che dettaglia nei suoi sottopunti una serie di disposizioni limitate alle REMS, deve essere esteso anche ai pazienti psichici autori di reato non destinati alle REMS perché dichiarati semi-incapaci o totalmente capaci.
- Gli istituti di pena non sono un luogo idoneo alla cura. I pazienti psichici autori di reato che devono scontare una pena devono essere inseriti in strutture residenziali terapeutiche (con diversi livelli di intensità di cura e di intensità di custodia, a seconda della condizione del paziente) dove possano scontare la loro pena agli arresti domiciliari e contemporaneamente essere curati; il numero delle strutture residenziali terapeutiche in grado e disponibili ad accogliere pazienti psichici autori di reato deve essere adeguato al numero dei pazienti. I programmi per l'attivazione delle misure alternative devono prevedere, oltre ai percorsi terapeutici, anche percorsi riabilitativi che includano attività lavorative, commisurate alle abilità del paziente.
- E' necessaria una figura di coordinamento dei percorsi psichiatrico e giudiziario del paziente psichico autore di reato. Questa figura deve avere la responsabilità del progetto terapeutico individuale in qualunque condizione si trovi il paziente (carcere, REMS, arresti domiciliari, arresti domiciliari in comunità, ecc..) e deve interagire con tutte le professionalità della salute mentale e della giustizia coinvolte, oltre che con i familiari. Deve inoltre garantire i



principali meccanismi di verifica del progetto terapeutico e la periodica rivalutazione della pericolosità sociale (6 mesi).

- il CSM deve attuare proattivamente ogni iniziativa possibile volta a ottenere il consenso informato e a favorire e sostenere l'adesione alla cura, utilizzando sia gli strumenti a disposizione sul territorio (ESP, famiglia, rete sociale, ...) sia i vincoli derivanti dal percorso giudiziario. Il programma terapeutico riabilitativo individuale deve prevedere un sistema di valutazione e monitoraggio dell'esito dei trattamenti, con l'ausilio di strumenti standardizzati di valutazione approvati dalla letteratura scientifica. La valutazione deve essere congiunta da parte di operatori, paziente e familiari ed un garante terzo (in analogia con quanto previsto per il TSO dall'articolo 9 Comma 4), con il supporto delle associazioni di familiari e utenti.
- Il lavoro volto al recupero della soggettività e alla responsabilizzazione della persona deve essere proporzionato al livello di recovery raggiunto
- La formazione deve includere tutte le professionalità che vengono a contatto con i pazienti psichici autori di reato: non solo gli operatori della salute mentale ma anche i magistrati, la polizia penitenziaria, il personale educativo, le forze dell'ordine.
- L'incipit del comma 2 (appartenenza delle REMS al DSMD, in particolare punto a e b) è a rischio di incostituzionalità: tenere conto di quanto stabilito dalla Corte Costituzionale con sentenza n. 22 del 2022, che chiede al Parlamento di redigere una legge che tenga conto che le REMS devono essere amministrate e gestite dal DAP/Ministero di Grazia e Giustizia. Inoltre è necessario che in REMS sia possibile scontare una pena in detenzione domiciliare, in modo che possano beneficiarne anche i pazienti psichici autori di reato dichiarati semi-incapaci o totalmente capaci.

#### Articolo 13 – Sistema informativo, ricerca e formazione

- Le informazioni elaborate dai sistemi informativi ai diversi livelli (CSM, DSMD, Regione, Nazione) devono essere pubbliche e facilmente accessibili da chiunque.
- E' opportuno ricordare anche qui che la valutazione della qualità deve includere la valutazione dell'esito delle cure, con l'ausilio di strumenti standardizzati di valutazione approvati dalla letteratura scientifica.
- La ricerca sulle malattie mentali deve essere finanziata con budget diverso da quello destinato alla psichiatria e adeguata ai livelli dei paesi più progrediti. Attualmente è sottofinanziata
- La ricerca deve essere sviluppata con un approccio multidisciplinare:
  - biologica (studi sul ruolo dei neurotrasmettitori e delle basi genetiche di disturbi mentali come schizofrenia, disturbi dell'umore e ansia.
  - 'imaging cerebrale e uso della risonanza magnetica funzionale (fMRI) per comprendere meglio i meccanismi cerebrali dei disturbi mentali.
  - sociale (analisi dei fattori sociali e ambientali che influenzano la salute mentale. Studi sull'integrazione sociale e lavorativa delle persone con disturbi mentali, con un focus sullo stigma e sulla lotta alla discriminazione).

- psicofarmacologica (sviluppo e valutazione di nuovi farmaci per trattare depressione, disturbi bipolari e schizofrenia. Monitoraggio dell'efficacia e degli effetti collaterali delle terapie farmacologiche).
- psicoterapica (valutazione dell'efficacia di approcci psicoterapeutici, come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e le terapie integrate, uso della psicoterapia per trattare disturbi post-traumatici e dipendenze).
- Età evolutiva e geriatrica (ricerca sui disturbi neuropsichiatrici dell'infanzia, come il disturbo dello spettro autistico e il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Studio dell'insorgenza dei disturbi mentali durante l'infanzia e l'adolescenza e la comprensione dei fattori di rischio durante lo sviluppo.
- disturbi neurocognitivi, come la demenza, in particolare l'Alzheimer.

#### Articolo 14 – Figure professionali e formazione

- Da aggiungere tra le figure professionali:
  - Esperti in Supporto tra Pari: citati in precedenza, devono essere previsti tra le figure professionali codificate e retribuite
  - Psicoterapeuta: questa figura prevede 4 anni di specializzazione aggiuntivi rispetto alla laurea in psicologia o la specializzazione in psichiatria, ed è fondamentale per l'applicazione della corretta tecnica in parecchie forme di psicoterapia (es. DBT, Schema Therapy, ecc)
  - Altre professionalità con specializzazioni in grado di controllare gli aspetti collaterali dei farmaci (es. nutrizionisti, sessuologi,...)
- Ogni servizio ed ogni struttura devono offrire un ventaglio competenze e di professionalità completo, per garantire la presa in carico multidisciplinare.
- La formazione deve comprendere l'aggiornamento sulle migliori prassi di:
  - approcci diagnostico-terapeutici
  - gestione del paziente; ad esempio, per prevenire le necessità di contenzione, possono essere istituiti appositi corsi formativi sulle tecniche di de-escalation in caso di agitazione psicomotoria (da erogarsi, a tutto il personale potenzialmente coinvolto, non solo alle figure professionali specifiche della salute mentale: medico– inclusi i medici di medicina generale e i pediatri, infermiere, forze dell'ordine ed in particolare per chi lavora nei pronti soccorso).

#### Articolo 17 – Finanziamento dei dipartimenti di salute mentale

- I finanziamenti destinati alla Salute Mentale devono essere almeno del 5% della dotazione del FSN in tutte le Regioni con obbligo legislativo di raggiungerlo entro 6 mesi dall'entrata in vigore della legge e di anno in anno aumentare la dotazione fino a raggiungere il livello dei paesi europei più evoluti (almeno al 10-11% del fondo sanitario nazionale); Paesi Bassi, Germania, Svezia, Danimarca allocano dal 10 al 15 per cento del loro Fondo Sanitario alla salute mentale. Le Regioni che non si adegueranno al dettato della legge devono essere sanzionate (esempio congelando il fondo destinato alla sanità, e solo successivamente commissariando la Regione inadempiente).

## DDL 1179/2024

### Articolo 1 – Finalità:

- Termini come “disagio” (utilizzati qui e in tutta la legge)rischiano di sminuire la reale portata e sintomi di quelli che in molti casi costituiscono vere e proprie patologie.
- La sicurezza e l’incolumità, citate tra le finalità della legge, devono essere garantite anche ai famigliari e ai pazienti, non solo ai professionisti.
- L’espressione “approccio assistenziale” potrebbe fare intendere che le patologie e i disturbi mentali non vengano curati bensì trattati con approcci di tipo solo assistenziale, cronicizzante e spesso privatistico; chiediamo perciò precise garanzie per mantenere il ruolo centrale della Sanità pubblica in tema di Salute Mentale.

### Articolo 2 - Attività di prevenzione:

- Chiediamo di specificare meglio le modalità di prevenzione e presa in carico dei minori, con particolare attenzione ad evitare una eccessiva medicalizzazione, che potenzialmente favorirebbe solo le case farmaceutiche. Questo vale anche per le citate attività di screening.

### Articolo 3 - Attività di cura:

- Sono da istituire CSM operativi H24 7/7 e prevedere la reperibilità per gli operatori e anche gli interventi domiciliari H24 7/7.
- Gli SPDC devono essere raccordati, anche informaticamente, con i CSM di provenienza dei pazienti; SPDC e CSM devono poter accedere sempre ad ogni informazione utile al caso.
- I servizi residenziali devono essere differenziati sulla base di tipologia di disturbo ed età omogenee; devono anche essere previste soluzioni di residenzialità leggera mirata all'acquisizione all'autonomia abitativa e sociale.
- L'accorpamento dei servizi per le tossicodipendenze con quelli per la salute mentale deve garantire la separazione dei percorsi di cura per i tossicodipendenti e i pazienti psichiatrici, per evitare che il malato mentale sia sottoposto a rischi di cadere in tossicodipendenza. Al contrario, in caso di doppia diagnosi, il progetto deve essere congiunto tra SERD e CSM.
- Il DSM non solo coordina gli interventi sul territorio, ma deve anche presidiare la verifica degli esiti in collaborazione con pazienti, famigliari, associazioni e tutori. Il DSM deve pubblicare periodicamente online tutte le statistiche relative: risorse ottenute, risorse impiegati, numero di paziente servizi, esiti delle cure ed ogni statistica utile alla comprensione del lavoro realizzato dal DSM.
- Ogni Regione, non singolo DSM, deve dotarsi di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali(PDTA), che devono essere coerenti con le linee guide nazionali.
- Proponiamo l’istituzione di un'Agenzia Nazionale Indipendente di Controllo per la Salute Mentale, con il compito di intervenire negli eventi avversi analizzando il caso e fornendo linee guida per evitare il ripetersi dell'evento avverso (il modello è mutuato/inspirato a quello delle Agenzie indipendenti del trasporto aereo ad esempio ENAC). Nella Governance di questa agenzia dovranno esserci come membri di diritto anche esponenti votati dalle associazioni dei famigliari e utenti.

#### Articolo 4 - Figure professionali e sicurezza degli operatori:

- Le figure professionali indicate compongono una equipe, che deve essere coordinata da un case manager che ha la responsabilità del percorso di cura del paziente, cioè deve garantire che il percorso venga definito, erogato e monitorato.
- Deve essere prevista anche la figura dello psicoterapeuta, con formazione di orientamenti diversi e specifica per le diverse tipologie di disturbo.
- Proponiamo anche la figura dell'ESP (Esperto in Supporto tra Pari)
- Il comma 3 sembra introdurre possibilità di misure e trattamenti coattivi in capo al Dipartimento, senza alcun responsabile o controllo esterno; non riteniamo accettabili pratiche coercitive (contenzione) al di là di quanto già normato per TSO o ASO, ed è sempre necessario introdurre precise garanzie per evitare abusi.
- Per aumentare la sicurezza degli operatori e dei pazienti, devono essere istituiti appositi corsi formativi sulle tecniche di de-escalation in caso di agitazione psicomotoria, da promuovere verso tutto il personale: medico, paramedico, forze dell'ordine ed in particolare per chi lavora nei pronto soccorso.

#### Articolo 5 - Situazioni di emergenza e interventi sanitari:

- il TSO e l'ASO devono essere svolti sempre con la presenza obbligatoria del medico psichiatra che segue il paziente, con parte attiva di mediazione in caso di pericolo
- **il TSO non deve essere agito con contenzione fisica e la sua durata non deve essere superiore ai 7 giorni prorogabili previsti dalle attuali norme**
- Prevedere per il TSO e ASO garanzie e tutele, con monitoraggio e controllo esterno, ad opera della proposta Agenzia Nazionale Indipendente di Controllo per la Salute Mentale

#### Articolo 6 - Definizione di percorsi sanitari di assistenza psichiatrica e dati epidemiologici all'interno degli istituti penitenziari e delle REMS:

- Le associazioni sono contrarie alla istituzione di un reparto psichiatrico in seno alle carceri; in collaborazione con gli operatori dei servizi territoriali del DSM, per i pazienti psichici autori di reato devono essere definiti percorsi terapeutici sul territorio, anche in comunità terapeutiche differenziate per livelli di sicurezza, sui modelli presenti in altre nazioni europee; le REMS, destinate ai soli pazienti assolti per totale incapacità di intendere e volere e pericolosi socialmente, devono essere considerate estrema ratio e istituite in numero sufficiente ad accogliere tutti i malati che ne necessitano. E' opportuno definire le modalità di collaborazione obbligatoria tra psichiatria/SERD penitenziari e CSM/SERD territoriali.
- Rammentiamo che la Corte Costituzionale con sentenza n. 22 del 2022, chiede al Parlamento di redigere una legge che tenga conto che le REMS devono essere amministrare e gestite dal DAP/Ministero di Grazia e Giustizia.
- Il TSO non deve essere eseguito in carcere, il carcere non è luogo di cura.
- E' importante istituire una figura di coordinamento dei percorsi psichiatrico e giudiziario del paziente psichico autore di reato. Questa figura deve avere la responsabilità del progetto terapeutico in qualunque condizione si trovi il paziente (carcere, REMS, arresti domiciliari, arresti domiciliari in comunità, ecc..) e interagisce con tutte le professionalità della salute mentale e della giustizia coinvolte, oltre che con i familiari.

#### Articolo 7 - Attività di riabilitazione:

- Le attività riabilitative psicosociali vanno innanzitutto assicurate nel contesto familiare e abituale.
- I progetti personalizzati devono comprendere un piano terapeutico aderente alla buone prassi riconosciute dalla comunità scientifica ed includere non solo trattamenti farmacologici ma anche psicoterapeutici. Devono avere anche finalità di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo, e devono essere periodicamente monitorati in collaborazione con il paziente e la famiglia, dove presente.

#### Articolo 8 - Funzioni delle università:

- Da approfondire quali funzioni e con che modalità sono da affidarsi agli istituti universitari di psichiatria e di neuropsichiatria infantile.
- Quando si parla di servizi affidati alle cliniche psichiatriche, occorre specificare che le prestazioni erogate per conto dei DSM sono sotto il controllo e la responsabilità dei DSM.

#### Articolo 9 – Disposizioni per garantire l'incolumità dei familiari:

- La norma dovrebbe permettere ai famigliari di poter proporre una istanza (es. al Giudice Tutelare o comunque una autorità esterna) per ottenere quanto previsto, nel caso il medico del CSM non agisca in tal senso, come segnalato da numerosissime famiglie nel corso degli ultimi anni.

#### Articolo 10 - Campagne di comunicazione e informazione sul disagio psichico e sulle malattie mentali:

- Le campagne di comunicazione e informazione devono essere progettate in collaborazione con le associazioni di familiari e utenti.
- I corsi di educazione continua in medicina devono essere aperti a chiunque sia interessato: associazioni di familiari e utenti, ad altre figure che possano trovarsi ad interagire con pazienti psichiatrici (scuola, forze dell'ordine,...)
- I seminari di sensibilizzazione della popolazione devono coinvolgere anche associazioni di utenti e famigliari.

#### Articolo 11 - Copertura finanziaria:

- la legge dovrebbe prevedere l'obbligo per le Regioni di raggiungere il 5% della spesa sanitaria a favore della salute mentale entro 180 giorni dalla sua approvazione
- I progetti citati devono avere caratteristiche di sostenibilità nel tempo, non devono essere a scadenza

In ogni caso vanno rafforzati gli strumenti di verifica e di vigilanza da parte del Ministero della Salute e prevedere meccanismi (attività sostitutive, azioni premianti ecc.) che rendano fattibili in tempi certi e in tutte le Regioni le innovazioni necessarie

Il presidente pro tempore  
FISAM

*Lo Presti Cosimo*  
*Lo Presti Cosimo*