



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CANTÙ, ROMEO, BERGESIO, BORGHESI, DREOSTO, PAGANELLA, PIROVANO, BIZZOTTO, BONGIORNO, Claudio BORGHI, CANTALAMESSA, GARAVAGLIA, GERMANÀ, MARTI, MINASI, MURELLI, POTENTI, PUCCIARELLI, SPELGATTI, STEFANI, TESTOR, TOSATO, SILVESTRO, TERNULLO, OCCHIUTO e CENTINAIO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 GIUGNO 2024

Disposizioni per lo sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all’età geriatrica

ONOREVOLI SENATORI. – La considerazione, suffragata dal recente documento sulla salute mentale prodotto in occasione del G20, che i disturbi mentali e più in generale le vulnerabilità in materia di salute mentale rinvercano tra i suoi più importanti determinanti aspetti dei contesti sociale, economico ed ambientale, impone un cambio di paradigma tale per cui, parallelamente ad uno sforzo per il potenziamento della rete di offerta in prevenzione e aggiornamento dei servizi, sia fondamentale mettere in atto politiche di intervento che coinvolgano e integrino diversi sistemi e settori, che includono non solo la sanità ma anche quelli dell'istruzione, della ricerca, del *welfare*, della giustizia e del mercato del lavoro.

La tragedia della pandemia da COVID-19, come sottolinea l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), ha acuito i bisogni e quindi si rende necessaria una riflessione per rilanciare nel nostro Paese l'attenzione ai bisogni crescenti di salute mentale e la necessità che il legislatore intervenga con misure di incisivo rafforzamento del sistema di tutela in chiave predittiva e proattiva. La stessa *World Health Assembly*, riunitasi a maggio 2021, nel riconoscere la necessità di un riordino dei servizi di salute mentale, anche incrementando la capacità di diagnosi precoce da coniugare con l'offerta di trattamenti efficaci, ha approvato il piano d'azione globale per la salute mentale 2013-2030, che necessita di verifiche implementative almeno triennali in ordine alle diverse opzioni di attuazione del piano sviluppando gli indicatori per valutarne conformità, sostenibilità e stato di avanzamento.

Per quanto riguarda l'Italia, la pandemia, al pari degli altri Paesi, è stato un momento

di crisi che ha imposto un *focus* di attenzione ad oltre quarant'anni dalla riforma della innovativa legge 13 maggio 1978, n. 180, e del processo di relativa deistituzionalizzazione, che tuttora costituisce un esempio per le altre Nazioni, agendo non solo per corrispondere ai bisogni di cura ma anche di supporto al lavoro e di inclusione sociale. Il riscontro di esiti migliori nei disturbi mentali gravi, come ad esempio la schizofrenia, in Paesi meno industrializzati e a minore reddito *pro capite* dove vi sono reti sociali più ampie e solide intorno ai pazienti e alle loro famiglie e maggiore facilità di reinserimento in ruoli lavorativi utili e a basso *stress*, suggerisce che una risposta intersettoriale effettivamente integrata, vale a dire di concreto supporto per la salute mentale con politiche e azioni che riguardino la protezione sociale e il lavoro possono essere la scelta strategica vincente.

Infine, come indicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) sul tema dell'impatto della pandemia sulla salute mentale della popolazione generale, questo approccio integrato fra diversi settori dovrebbe anche prevedere l'introduzione di incisivi programmi di prevenzione e promozione della salute mentale nelle scuole e nei luoghi di lavoro particolarmente colpiti dalla pandemia, programmi che prima della pandemia sono stati solo debolmente integrati nelle politiche sociali e del lavoro e nelle politiche giovanili nel quadro di una più ampia strategia di evoluzione del piano dell'offerta formativa con linee di attività preventive e di intervento precoce di educazione e promozione verso stili di vita sani, rendendo attrattive corrette abitudini alimentari e sviluppando capacità cri-

tiche negli studenti verso i comportamenti di consumo di bevande, alimenti e sostanze che possano generare nocimento alla salute fisica o psichica oppure, ancora, stati di dipendenza patologica.

Occorre, dunque, investire in modo mirato non solo immaginando un incremento delle risorse determinate e assegnate incidenti sul livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e dovendoci misurare con una inespandibilità della spesa sanitaria nazionale oltre quanto previsto nel recente Documento di economia e finanza che tiene conto delle crescenti esigenze statistiche epidemiologiche di essere rivista al rialzo portandola al 2026 a quasi 140 miliardi di euro. Ovviamente da indicizzare attualizzandoli in ragione dell'andamento congiunturale e della curva inflazionistica, ma agendo virtuosamente in tutti i segmenti della medicina sì da liberare risorse da finalizzare specificamente secondo principi di appropriatezza e congruenza anche alla prevenzione e tutela predittiva della salute mentale puntando su soluzioni innovative e inclusive in tutte le età dell'individuo in chiave di autentica salvaguardia di (aggiornati) livelli essenziali di assistenza neuropsichiatrica e psichiatrica e di sostenibilità nel futuro: si tratta di una riprogettazione globale di una sanità il cui mantra è investire per dare di più costando di meno.

Come detto in precedenza, le problematiche relative al disagio mentale, alle dipendenze patologiche da sostanze e ad altre psicopatologie ad esse correlate si sono amplificate durante l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Sappiamo che per dipendenza patologica da sostanze s'intende la condizione di subordinazione del benessere psicofisico di un individuo all'assunzione più o meno regolare di una sostanza esogena, con specifici effetti farmacologici, prevalentemente psicotropi, talora dannosi per il sistema nervoso o l'organismo nel suo insieme.

Sino ad oggi, in Italia i gravi problemi sanitari, psicologici e sociali connessi e conseguenti all'abuso alcolico non hanno avuto sufficiente attenzione, in ambito istituzionale, né adeguate risposte in ambito assistenziale. Mentre l'improvvisa diffusione, avvenuta negli anni Settanta e Ottanta, dell'uso di sostanze stupefacenti e l'allarme sociale che n'è derivato, hanno portato alla strutturazione di servizi specifici per il trattamento delle tossicodipendenze (SerT) con il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, scarso rilievo è stato dato, nell'ordinamento normativo, all'alcoldipendenza. Negli ultimi anni l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha indicato nell'abuso di bevande alcoliche un problema prioritario di sanità pubblica per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (epatopatie, cirrosi, eccetera); per gravi psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, *delirium*, demenza, eccetera); per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenze, soprattutto nell'ambito della famiglia); nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro, connessi all'abuso, anche solo occasionale, delle bevande alcoliche. Di recente, l'uso d'alcol si è diffuso tra gli adolescenti ed i giovani. L'OMS ha segnalato l'abbassarsi dell'età dei primi abusi alcolici al di sotto dei dodici-tredici anni d'età, con una percentuale di bevitori all'età di circa diciott'anni quasi sovrapponibile a quella dell'età adulta; un'elevata incidenza di patologie traumatiche alcol-correlate, nella fascia d'età tra i diciotto e i venticinque anni, nonché l'aumento dell'incidenza dell'abuso contemporaneo o concomitante di alcolici e di altre droghe, nella cosiddetta poli-tossicodipendenza.

Negli ultimi anni, l'attenzione di molti clinici e ricercatori è stata focalizzata sulla

comorbilità psichiatrica presente tra i pazienti con dipendenza patologica da sostanze.

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nel suo *focus* « Fare i conti con la salute mentale », la depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia e le altre malattie mentali gravi riducono la speranza di vita in media di vent'anni rispetto alla popolazione generale, in modo analogo alle malattie croniche come le malattie cardiovascolari. Nel nostro Paese quanto a stime sulle prevalenze si può ragionevolmente ed autorevolmente affermare che il 2,3 per cento della popolazione ha una severa malattia mentale (Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). *Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 149-155.) e un ulteriore 10 per cento risulta affetto da una forma più comune, tenuto conto della prevalenza non solo dell'ansia e della depressione, ma anche delle ossessioni e disturbi alimentari, come sostiene l'*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED). Percentuali così significative in tema di governo della salute pubblica che non necessitano di amplificazioni né di enfasi incrementali quali quelle rinvenibili in studi americani che sono inficiati da criticità metodologiche, considerata la rilevante evidente incidenza statistico epidemiologica che dovrà essere viepiù affinata attraverso la messa a regime del fascicolo sanitario elettronico a cura della medicina ospedaliera e territoriale nonché l'impatto sui costi sociali diretti e indiretti.

I costi sanitari e sociali diretti e indiretti della malattia mentale, secondo le statistiche dell'OCSE, possono superare il 4 per cento del prodotto interno lordo (PIL). I costi indiretti includono le spese mediche dovute a una maggiore necessità di assistenza sanitaria e i costi per servizi sociosanitari come

l'assistenza a lungo termine. La salute mentale inoltre può far lievitare il costo dei trattamenti per altre patologie; ad esempio la terapia del diabete è più costosa quando il paziente soffre anche di depressione e le persone con una salute mentale non buona hanno maggiori probabilità di soffrire anche di cancro e di malattie cardiovascolari.

Una proporzione consistente degli adulti con malattia mentale l'ha sviluppata prima dei 15 anni, per cui l'identificazione e il trattamento precoci possono contribuire anche a ridurre i costi. Tra le malattie mentali, a livello globale, le demenze sono la seconda causa di disabilità tra la popolazione di età superiore ai settant'anni, con una stima di almeno un milione di persone affette da demenza in Italia. Entro il 2030 la demenza è destinata a diventare il 50 per cento più comune nei Paesi ad alto reddito e l'80 per cento più comune nei Paesi a basso e medio reddito. È la principale causa di più rapida crescita delle disabilità a livello mondiale e il costo per la società – già stimato in 645 miliardi di dollari USA – è destinato a crescere ulteriormente.

Secondo un recente sondaggio internazionale condotto tra bambini e adulti dall'UNICEF e da Gallup in ventun Paesi, una media di un giovane su cinque tra i quindici e i ventiquattro anni dichiara di sentirsi spesso depresso o di avere poco interesse nello svolgimento di attività.

A livello globale, almeno un bambino su sette è stato direttamente colpito dal *lock down*, mentre più di 1,6 miliardi di bambini hanno perso parte della loro istruzione. L'interruzione della *routine*, dell'istruzione, delle attività ricreative, così come la preoccupazione per il reddito familiare e la salute, rende molti giovani spaventati, arrabbiati e preoccupati per il loro futuro.

Le problematiche di salute mentale diagnosticate, tra cui disturbo da *deficit* di attenzione-iperattività (ADHD), ansia, autismo, disturbo bipolare, disturbo della con-

dotta, depressione, disturbi alimentari, disabilità intellettiva e schizofrenia, possono danneggiare significativamente la salute dei bambini e dei giovani, l'istruzione, i risultati nella vita e la capacità di guadagno.

Sotto il profilo prettamente statistico nel nostro Paese sono ben 17 milioni le persone che risultano aver sofferto di un disturbo mentale. Di questi, quasi 3 milioni con sintomi depressivi e ben 2 milioni donne, mentre 1 milione e 300.000 persone con diagnosi di depressione maggiore. Con l'emergenza sanitaria i disturbi depressivi registrano un'incidenza incrementale nell'ordine del 10-15 per cento soprattutto a carico dei giovani, dato che risulta financo confermato dal sistema di sorveglianza PASSI dell'Istituto superiore di sanità.

Stando ai dati diffusi dal Ministero della salute, negli ultimi tre anni il numero degli operatori sanitari dei dipartimenti di salute mentale è fortemente diminuito a causa del fatto che non si è colmato il *gap* associato agli specialisti andati in pensione nel triennio.

Questo, però, non è l'unico problema: l'obiettivo di avere il 5 per cento dei fondi stanziati per la salute mentale è infatti molto lontano, dato che le ASL mettono a disposizione circa il 3,2-3,3 per cento del loro *budget*. A fronte di Paesi come la Francia, la Germania e il Regno Unito che raggiungono il 7, 8 e 8,5 per cento.

Come riportato da diversi studi a livello di società scientifiche del settore, le risorse riservate alla malattia mentale non sono sufficienti rispetto ai numeri del fabbisogno. Complessivamente tenuto conto delle più recenti rilevazioni e di quanto documentato da AGE.NA.S. in ordine alla metodologia di determinazione degli *standard* di riferimento il *deficit* di operatori si attesta mediamente al 50 per cento in meno rispetto all'atteso.

Sul piano ordinamentale caposaldo della legislazione nazionale in tema di salute mentale è la legge 13 maggio 1978, n. 180

- meglio nota come legge Basaglia - che ha disposto la chiusura degli ospedali psichiatrici. A completamento di tale percorso sistemico sono state poi emanate la legge 17 febbraio 2012, n. 9, e la legge 30 maggio 2014, n. 81, rispettivamente di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, e del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, che hanno decretato il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Nel 2017 si è completata la chiusura di tutti i sei OPG italiani, che sono stati sostituiti dalle residenze per le misure di sicurezza (REMS), strutture sanitarie residenziali con non più di venti posti letto.

Il nostro Paese con la legge n. 180 del 1978 è stato riconosciuto « pioniere » nel contrastare lo stigma della malattia mentale, ma sono passati oltre quarant'anni e, per continuare a mantenere il primato - non solo nella visione ma per la concreta realizzazione -, dobbiamo aggiornare quanto così lungimirantemente indicatoci, come traslato in questa iniziativa legislativa puntando anche su un incisivo rafforzamento dei servizi territoriali, con l'implementazione di strutturati percorsi diagnostico terapeutici di prevenzione e proazione prima ancora che di assistenza e cura della malattia.

Diverse le criticità a cui porre rimedio. Invero, tale legge si è limitata a trasferire alle regioni le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica, non fornendo alcuna precisa indicazione operativa, non avendo fissato modi e tempi di applicazione e, soprattutto, non avendo previsto sanzioni in caso di inadempimento. Tutto ciò ha comportato la disapplicazione della legge e l'applicazione difforme del dettato normativo e, dunque, un quadro assolutamente disomogeneo tra regione e regione.

Il fulcro dell'organizzazione territoriale è rappresentato dal Dipartimento di salute mentale (DSM), che include tutte le strutture e i servizi adibiti alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nel territorio.

I servizi compresi nel DSM sono: i centri di salute mentale (CSM), i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), le strutture semiresidenziali, le strutture residenziali di lungo-assistenza e residenzialità.

I CSM non sono equamente distribuiti. In alcune regioni, per via delle razionalizzazioni e degli accorpamenti, vanno ulteriormente riducendosi di numero, insistendo su aree estese e popolazioni sempre più numerose. Molte volte sono aperti per fasce orarie ridotte, ad eccezione di alcune realtà regionali, otto-dodici ore al giorno per cinque giorni alla settimana. Frequente è la riduzione alle sole visite ambulatoriali, limitatamente a mere prescrizioni farmacologiche.

Per quanto concerne la dotazione dei posti letto nel sistema pubblico di salute mentale, l'effetto della legge n. 180 del 1978 e del progetto-obiettivo « Tutela della salute mentale 1994-1996 », di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, con il quale veniva fissato per le regioni italiane il parametro di riferimento di dieci letti per 100.000 abitanti, è stato quello di collocare il nostro Paese all'ultimo posto per dotazione di posti letto psichiatrici per 100.000 abitanti in media, a fronte di un livello medio europeo quasi sette volte maggiore (sessantasei).

Il servizio sanitario per la salute mentale è poi completato da una rete di circa 2.000 strutture residenziali e 850 semi-residenziali, che offrono rispettivamente cinquanta e trenta posti letto per 100.000 abitanti sul territorio: si tratta di strutture generalmente piccole, di tredici e diciotto posti per struttura. Anche per queste strutture si ha una forte disegualianza nella distribuzione regionale: si va da un minimo di trenta posti per 100.000 abitanti in regioni come la Campania e la Calabria, ad un massimo di 180/200 posti in regioni come la Liguria e la Valle d'Aosta.

Il comparto pubblico di salute mentale, dunque, è incapace di soddisfare la domanda

di coloro che sono affetti da tali disturbi e che sono dunque costretti, se ne hanno le possibilità economiche, a rivolgersi a strutture private, sobbarcandosi l'intero costo delle cure.

La questione maggiormente rilevante è quella relativa alla mancanza di un'adeguata assistenza alle famiglie e ai pazienti quando il malato non è consenziente. In questa situazione, la persona non riconosce di avere bisogno di cure e, di fatto, le famiglie non hanno gli strumenti per costringerla a farlo, in quanto si tratterebbe di una violazione della libertà del soggetto. La conseguenza diretta è che il malato spesso non viene sottoposto ad alcun tipo di psicoterapia, né di terapia farmacologica, andando incontro a una cronicizzazione del problema.

Tutto ciò causa una situazione insostenibile per le famiglie, che devono far fronte a tutte le conseguenze legate alla convivenza con la persona affetta dal disturbo, che non riguardano soltanto l'ambito sanitario, ma anche la sfera sociale, giudiziaria e legislativa. A ciò si aggiunge l'incolumità personale: in presenza di un disturbo di personalità grave, schizofrenia o grave disturbo dell'umore, il malato, infatti, può avere delle reazioni violente non solo nei confronti dei familiari, ma anche del personale sanitario.

Tale inadeguatezza desta particolare preoccupazione nell'ambito della salute mentale degli adolescenti, ove dovrebbe esserci un'attenzione specifica, con risposte rapide ed efficaci. In questa fase di sviluppo è particolarmente rilevante prevedere una diagnosi tempestiva e una presa in carico multidisciplinare e continuativa nel tempo, con servizi adeguati e coordinati.

Il problema dell'inadeguatezza del sistema di assistenza psichiatrica in Italia esiste ed è stato ampiamente dibattuto. Si riscontra l'inidoneità del vigente sistema sotto diversi profili: quello delle risorse, del sottodimensionamento della rete di offerta ospedaliera e territoriale, frammentazione e disomoge-

neità nella presa in carico e insufficiente consolidamento dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) strutturati per segregazione di bisogni e classi di fragilità.

Si ritiene necessario, dunque, addivenire ad un cambio di passo, agendo in prevenzione, diagnosi e cura all'esordio dei disturbi mentali ma anche presa in carico appropriata delle cronicità, valorizzando la logica delle *best practice* e agendo per lo sviluppo di una virtuosa integrazione progettuale in chiave di leale collaborazione Stato-regioni nel rivisitare il paradigma della tutela della salute mentale prima ancora di riscrivere le regole di ingaggio della rete degli erogatori pubblici e privati in materia, posto che trattasi di una dinamica da evolvere in stretta connessione con il processo di attuazione di deleghe al Governo indicate dal legislatore in accompagnamento al Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) su principi e criteri direttivi rilevanti e che trasversalmente incidono sul tema in ambiti e segmenti peculiari come quelli in materia di anziani e non autosufficienza e tenuto conto della necessità di aggiornare l'attuazione del PNRR con interventi sistemici sin qui disattesi. Dunque, in un quadro riformatore più ampio rispetto alla necessità di colmare i *vulnus* in materia di *standard* per la salute

mentale a garanzia di attuazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) di prevenzione protezione e cura delle relative fragilità che il programmatore avrebbe peraltro già potuto prevedere in sede di adozione del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, mancando un'occasione importante. Criticità che stride rispetto alla preoccupante dinamica della domanda e ancor più significativa sotto il profilo politico strategico, posto che nella precedente legislatura non si è potuto o voluto intervenire nonostante una cornice congiunturale e di opportunità che non poteva non tenere conto dei crescenti bisogni finalizzando *in parte qua* le risorse della missione 5 e 6 del PNRR.

Alla luce di tali importanti e necessitate considerazioni, il presente disegno di legge dispone in materia di sviluppo evolutivo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale dalla preadolescenza all'età geriatrica, individuando criteri e principi volti a determinare gli interventi dedicati al tema della salute mentale e i processi di riordino sistemici indispensabili all'evoluzione della sanità del futuro, sulla base della direttrice dei principi cardine dell'equi-accessibilità, dell'universalità e della sostenibilità.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali e finalità, azioni e strumenti)

1. La presente legge, alla luce del diritto fondamentale di tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e quindi del valore fondamentale di prevenire le fragilità psichiatriche e di prevedere percorsi di cura efficaci, appropriati e sicuri in caso di cronicità particolarmente gravi e invalidanti, in coerenza con il Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, intende assicurare il rafforzamento dei livelli essenziali di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica mediante:

a) la definizione di misure di prevenzione primaria, secondaria e terziaria intervenendo, in termini anche psicoeducativi, sulla comunità con particolare riguardo alle fasce più fragili;

b) l'implementazione di percorsi di cura a complessità crescente e classi di età a garanzia di appropriata continuità di diagnosi e presa in carico, modulati in base ai bisogni della persona nell'ambito dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA), tenuto anche conto dell'impatto e della crescente incidenza di patologie neurodegenerative caratterizzate da disturbi psico-comportamentali nonché dell'incidenza dell'epilessia e dei disturbi dello spettro autistico, questi ultimi anche oltre l'età evolutiva;

c) la promozione dell'integrazione delle attività e delle prestazioni erogate dai dipar-

timenti di salute mentale (DSM) e dai servizi sanitari in generale, in particolare di prevenzione e contrasto delle psicosi e delle dipendenze patologiche, e nelle fasi di transizione per età o patologia mediante servizi dedicati ad adolescenti e giovani per la prevenzione della psicosi e il relativo intervento precoce;

d) l'individuazione di un modello unico, armonico ed integrato, nel rispetto delle specifiche competenze, che tenga in considerazione tutti gli aspetti dall'assunzione in cura e alla presa in carico del paziente nell'ambito del proprio contesto di vita al fine di intercettare precocemente i disturbi e favorire tempestive risposte terapeutico-riabilitative, prevedendo il coinvolgimento del nucleo familiare, anche al fine dell'estensione all'intero ambito familiare del supporto psichiatrico e psicologico;

e) la promozione di progetti di cura territoriali, in cui l'aspetto ambulatoriale rappresenti solo una delle componenti dei progetti di cura, e la gestione sia affidata ad *équipe* multidisciplinari, in cui siano valorizzate anche le figure non mediche sia per quanto concerne la necessaria ottica multiprofessionale che per la promozione del processo collaborativo di valutazione, pianificazione, facilitazione e coordinamento dell'assistenza con lo scopo di soddisfare i bisogni di salute e le esigenze sanitarie globali del paziente e della famiglia, il cosiddetto « *case management* »;

f) il sostegno della domiciliarità per permettere una presa in carico più ampia e completa, intervenendo in particolare per quanto riguarda l'ambito dell'adolescenza, nel terreno quotidiano di vita, crescita, sperimentazione del giovane, coinvolgendo tutti i soggetti di fondamentale riferimento nel processo evolutivo di maturazione;

g) la previsione di modelli, integrati ed armonici per l'area della salute mentale degli adulti e dei minori e delle dipendenze

patologiche, che perseguano obiettivi di potenziamento della presa in carico assertiva e proattiva, sviluppo di interventi domiciliari e di prossimità, implementazione dei progetti integrati di rete, organizzazione di appropriate risposte alle urgenze e gestione della cronicità in stretta e sinergica integrazione tra i vari livelli di presa in carico e cura;

h) il supporto di percorsi di cura integrati con i supporti offerti dai servizi sociali, dagli enti del Terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e di inserimento al lavoro, assicurando programmi specifici di inserimento lavorativo anche con il coinvolgimento dei suddetti enti locali ed enti del Terzo settore, in ambito agricolo, con particolare riferimento all'agricoltura sociale, nonché garantendo programmi mirati all'inclusione sociale e al benessere mediante l'attività sportiva, con gli interventi di supporto all'abitare con minima assistenza o con la realizzazione di esperienze di abitare supportato, agganciati a sistemi di monitoraggio e controllo di effettività sulla base di indicatori di aderenza progettuale per i singoli nodi della rete;

i) il consolidamento dei programmi terapeutici riabilitativi individuali (PTRI), specie a orientamento psico-educativo e lavorativo-professionalizzante, quali percorsi esigibili a intensità variabile in rapporto ai bisogni della persona e di contrasto della cronicizzazione dei disturbi mentali più frequenti quali ansia e depressione, assicurandone la presa in carico anche con gli strumenti della psicoterapia;

l) l'effettiva implementazione del *budget* individuale di salute quale strumento ordinario volto a realizzare progetti di vita personalizzati attraverso l'attivazione e l'integrazione di interventi sanitari e socio-sanitari e di tutte le risorse disponibili nella comunità;

m) l'efficace contrasto dello stigma associato ai disturbi mentali e discriminazione;

n) l'appropriato potenziamento quantitativo della rete di offerta accreditata e a contratto, in linea con il sistema delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio, introdotto dall'articolo 15 della legge 5 agosto 2022, n. 118, applicato a tutte le strutture operanti in regime di accreditamento e convenzionamento con il Servizio sanitario nazionale (SSN) ai sensi degli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*octies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, tenuto conto in particolare degli esiti del controllo e del monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, in termini di qualità, sicurezza e appropriatezza;

o) l'adeguamento degli *standard* di personale in linea con quanto già individuato nell'intesa Stato-regioni del 21 dicembre 2022 in materia di nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogno di personale del SSN, assicurando l'effettiva possibilità di implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73;

p) l'individuazione di una struttura clinica forense a livello regionale che permetta il coordinamento e la gestione della rete complessiva di presa in carico dei soggetti autori di reato in misura di sicurezza detentiva e non detentiva, in stretta collaborazione, nel rispetto delle specifiche competenze, con gli altri attori istituzionali coinvolti;

Art. 2.

(Disposizioni per il potenziamento della prevenzione, protezione e tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per

i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per il potenziamento della prevenzione, protezione e tutela della salute mentale nell'età evolutiva, adulta e geriatrica, attenendosi ai seguenti principi:

a) potenziare l'offerta di presa in carico territoriale ed ospedaliera di persone affette da disturbi mentali severi o complessi di comorbilità con gli stati di dipendenze patologiche, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure;

b) istituire nuovi modelli residenziali intermedi tra i livelli ospedaliero e ambulatoriale per la presa in carico di persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, che comportano comunque la necessità di assistenza;

c) rafforzare il DSM come struttura organizzativa capace di fornire percorsi integrati e multiprofessionali volti a garantire le risposte di cura per tutti i cittadini nelle diverse fasi della vita, garantendo continuità e appropriatezza dei trattamenti in integrazione con gli altri servizi sanitari e sociali, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitazione, i percorsi di formazione, di pre-occupazionalità e di inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, prevedendo la collaborazione delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti, al fine di favorire l'inclusione degli utenti nelle attività del territorio, prevedendo, altresì, che detto servizio svolga le proprie funzioni nell'area della psichiatria, delle dipendenze, della neuropsichiatria infantile e della psicologia clinica;

d) attivare servizi di prevenzione delle patologie e di promozione della salute attraverso l'attribuzione di programmi specifici di intervento coordinati e diffusi su tutto il territorio regionale anche facendo riferimento alle diverse forme di psicoterapia, validate in termini di efficacia dalla letteratura nazionale ed internazionale;

e) sviluppare modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari, anche attraverso l'organizzazione di incontri con i familiari medesimi con finalità informativa e di supporto psicologico, facilitando anche la costituzione di gruppi di aiuto reciproco, nonché l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze;

f) implementare programmi volti al miglioramento degli interventi di prevenzione, governo dei rischi, individuali e sociali, e cura rivolti a soggetti autori di reato, migliorando gli interventi svolti nell'ambito territoriale, adeguando l'offerta di posti letto nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) secondo *target* di rischio individuale e sociale anche di massima sicurezza e promuovendo livelli di assistenza appropriati nelle realtà carcerarie, nonché attivando un tavolo permanente regionale finalizzato a pianificare i percorsi e i rapporti con la magistratura anche sul versante della messa in campo di interventi progettuali e soluzioni residenziali mirate per i casi di disagio mentale di elevata pericolosità sociale, per finalità di protezione osservazionale predittiva e di trattamento preventivo proattivo;

g) rafforzare l'integrazione formativa tra il servizio sanitario regionale e le università per implementare le competenze cliniche e gestionali dei medici in formazione nel contesto della disciplina di psichiatria e neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;

h) individuare soluzioni volte all'inserimento degli utenti abilitabili nel mondo del lavoro, promuovendo le attività lavorative all'interno delle strutture ospitanti, attraverso percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, e valorizzando eventuali competenze professionali specifiche.

Art. 3.

(Disposizioni per la revisione delle strutture adibite a residenza per le persone affette da disturbi mentali)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per la revisione dei requisiti delle strutture adibite a residenza per le persone affette da disturbi mentali, attenendosi ai seguenti princìpi:

a) prevedere l'ubicazione in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi di trasporto pubblico al fine di consentire agli ospiti di interagire con il contesto sociale e di facilitare le visite di parenti e di amici, e comunque tali da essere accessibili ai mezzi di soccorso;

b) organizzare gli spazi privati, prevedendo camere protette con una metratura congrua e prive di barriere architettoniche, ovvero munite di attrezzature atte a garantire la mobilità degli ospiti, al fine di favorire le condizioni di autosufficienza e di garantire idonea funzionalità d'uso, fruibilità e riservatezza, con particolare riferimento al mantenimento e allo sviluppo dei livelli di autonomia individuale e nel rispetto delle differenze di genere, di età e di tipo di patologia;

c) determinare le dimensioni, in particolare per ciò che concerne gli spazi comuni, in modo adeguato rispetto al numero di ospiti della struttura;

d) organizzare l'assistenza attraverso la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori socio-sanitari, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi,

medici internisti, geriatri, fisiatri, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente a garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura, anche in caso di disabilità.

Art. 4.

(Disposizioni per la realizzazione di un sistema di valutazione)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per l'individuazione di un sistema di valutazione, attenendosi ai seguenti principi:

a) prevedere un sistema finalizzato al monitoraggio e alla valutazione dei percorsi diagnostici e terapeutici, avuto riguardo delle specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure, con indicatori di monitoraggio sia di esito che di processo standardizzati per tutto il territorio nazionale che siano volti a valutare:

1) l'efficacia e l'appropriatezza di presa in carico in chiave predittiva, preventiva e clinica, in termini di tutela della salute mentale e garanzia dei relativi livelli assistenziale di prevenzione, protezione e cura;

2) l'efficienza organizzativa, in termini di appropriatezza dell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

3) la sicurezza delle cure, in termini di garanzia della qualità per i cittadini sottoposti ai trattamenti;

4) l'equità, in termini di equifruibilità ed equiaccessibilità nel contrasto delle disuguaglianze degli interventi;

b) realizzare un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione propedeutico alla qualificazione e contrattualizzazione dei soggetti erogatori del sistema territoriale e ospedaliero di assistenza psichiatrica e tutela della salute mentale e monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle prestazioni erogate, rispetto ai *target* di efficienza, efficacia e qualità effettivamente riscontrati anche in termini di effettiva aderenza ai percorsi e programmi assistenziali e in ordine all'effettiva disponibilità dei posti letto necessari al sistema medesimo;

c) predisporre un sistema informativo, basato sull'aggregazione dei dati raccolti con modalità automatizzata e telematica, prevedendo anche l'impiego diffuso di tecniche di intelligenza artificiale, secondo indicatori oggettivi e misurabili;

d) prevedere l'istituzione di un organismo con funzioni di indirizzo, verifica e adesione al processo di rafforzamento e sviluppo del sistema di prevenzione, protezione e tutela della salute mentale anche al fine del monitoraggio e della valutazione dei costi delle prestazioni erogate.

Art. 5.

(Disposizioni per la riorganizzazione dei DSM)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per la riprogettazione dei DSM, attenendosi ai seguenti principi:

a) integrare il dipartimento di prevenzione per le attività di prevenzione e promo-

zione della salute e del benessere in età evolutiva, adulta e geriatrica e con il dipartimento dipendenze per il contrasto di tutte le dimensioni di disagio e dipendenza da sostanze lecite e illecite e comportamentali;

b) predisporre *équipe* multidisciplinari, anche attraverso la definizione di specifiche aree di attività da svolgere da parte del personale del DSM all'interno delle case di comunità, con presenza per fasce orarie e con modalità organizzate di collaborazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria e specialisti ambulatoriali da parte di operatori di tutte le professionalità presenti nel DSM;

c) prevedere l'attivazione da parte dei DSM e dei dipartimenti delle dipendenze patologiche di forme di collaborazione e partenariato proattivo con i soggetti e con gli organismi qualificati che si occupano delle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, le università, il Terzo settore, le strutture residenziali accreditate, le organizzazioni di volontariato, costituite anche da utenti e da familiari, nonché le associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale, al fine di creare una rete integrata volta alla presa in carico onnicomprensiva delle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche;

d) prevedere l'istituzione all'interno del DSM di unità operative dei Dipartimenti per le politiche antidroga (SerD), del Servizio di neuropsichiatria infanzia e adolescenza (NPIA), in quanto unità di erogazione delle prestazioni essenziali per l'appropriata presa in carico del soggetto affetto da disturbo mentale in eventuale comorbilità, prevedendo una collaborazione strutturata con la disabilità e la non autosufficienza al fine di garantire un'adeguata presa in carico, anche residenziale, dei soggetti con disturbi accessori del comportamento.

Art. 6.

(Disposizioni per la revisione e il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per la revisione e il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera di prevenzione, protezione e cura, attenendosi ai seguenti principi:

a) incrementare i posti letto presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura in misura di un posto letto ogni 5.000 abitanti, affinché sia garantita la presa in carico anche di tipo preventivo proattivo con moduli residenziali dedicati per *target* specifici di pazienti eleggibili dedicati al monitoraggio, all'osservazione intensiva e alla protezione dei rischi del malato e a garanzia della sicurezza degli operatori, nel contesto della dotazione *standard* da ottimizzare per la cura e l'assistenza continua del paziente con disturbo psichico critico e grave, incluse le patologie psichiatriche connesse alle dipendenze patologiche, per il quale non è obiettivamente prevedibile la dimissione dall'ospedale nel breve periodo, nonché per le psicopatologia dell'adolescenza, per i disturbi della nutrizione e dell'alimentazione ed i pazienti autori di reato;

b) prevedere la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, medici internisti, geriatri, fisiatri, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente per poter garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura, in raccordo funzionale con i competenti uffici giudiziari.

Art. 7.

(Disposizioni per il rafforzamento delle azioni di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle finalità di cui all'articolo 1 per elaborare un piano nazionale di prevenzione dell'ansia e della depressione, delle psicosi e del suicidio, attenendosi ai seguenti principi:

a) prevedere le direttrici programmatiche prioritarie, rispettivamente, secondo l'indice di prevalenza, di prevenzione terziaria, di prevenzione indicata e prevenzione primaria con peculiare considerazione della domanda eleggibile in età preadolescenziale;

b) utilizzare strumenti e moduli di intervento anche di tipo innovativo sperimentale osservazionale agganciato a sistema di valutazione e controllo con indicatori oggettivi e misurabili.

Art. 8.

(Disposizioni finanziarie)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge nel quadro delle risorse complessivamente determinate e assegnate ai sensi delle disposizioni vigenti relative al livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato, finalizzando altresì una quota pari a 400 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025. Alla ripartizione della quota di cui al presente comma si provvede annualmente all'atto dell'asse-

gnazione delle risorse spettanti alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano a titolo di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario *standard*, secondo i criteri e le modalità previsti dalla legislazione vigente in materia.