

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2325-A-bis

## DISEGNO DI LEGGE

**APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA**

*il 24 aprile 2014 (v. stampato Senato n. 1417)*

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

**(RENZI)**

E DAL MINISTRO DELLA SALUTE

**(LORENZIN)**

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

**(ORLANDO)**

—

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge  
31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia  
di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

—

*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica  
il 24 aprile 2014*

—

(Relatore di minoranza: **RONDINI**)

ONOREVOLI COLLEGHI! — Con questo decreto-legge, il Governo, sostenuto dalla propria maggioranza parlamentare, mette in atto l'ennesimo provvedimento di proroga di un termine, ossia quello della soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari prevista attraverso l'introduzione dell'articolo 3-ter, aggiunto al decreto legge n. 211 del 2011 (noto come decreto «svuota carceri») con la legge di conversione n. 9 del 2012, rubricato: «Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari».

Come è risaputo, il Parlamento, con le modifiche apportate al decreto legge n. 24 del 2013 con la legge di conversione n. 57 del 2013, esclusa quella prevista oggi dal provvedimento in esame, è intervenuto per la quarta volta in meno di otto mesi sul citato articolo 3-ter: con l'attuale provvedimento si raggiunge la quinta volta!

È evidente che prevedere un altro termine di cui sin da oggi si può prevedere il fallimento — ossia quello del 31 marzo 2015 — appare un esercizio legislativo del tutto inutile, ma certamente valido ai fini dell'efficacia comunicativa!

La Lega Nord aveva a suo tempo già criticato l'aver stabilito un termine così breve (ossia quello del 31 marzo 2013), che non solo appariva privo di ogni possibilità di applicazione effettiva ma sembrava essere, come poi in effetti è stato, solo un proclama politico.

Il provvedimento emergenziale che discutiamo oggi, come modificato dall'altro ramo del Parlamento, ha previsto anche che il ricovero negli ospedali psichiatrici giudiziari sia l'*extrema ratio*. In particolare, attraverso l'introduzione dei commi 1-ter e 1-quater all'articolo 1, vengono poste le basi per scardinare l'esistente sistema delle misure di sicurezza. Infatti, questi due commi sovvertono l'attuale si-

stema delle misure di sicurezza le quali, come è risaputo, prevedono, per il soggetto socialmente pericoloso (reo non imputabile), che dette misure possono essere rinnovate, ad intervalli di sei mesi, a seguito di una valutazione da cui emerga il permanere della pericolosità. Il testo introdotto dall'altro ramo del Parlamento pone un limite massimo (comma 1-quater dell'articolo 1) alla misura di sicurezza, ossia ordina che un soggetto pericoloso debba guarire in un tempo massimo pre-stabilito!

Il gruppo della Lega Nord pertanto propone un testo alternativo a quello della maggioranza. Da un lato, esso prevede la modifica del termine di proroga per la soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari, affinché il termine possa effettivamente essere ritenuto congruo e coerente rispetto alle varie questioni emerse e rappresentate dalle regioni: il termine ultimo viene pertanto indicato nel 31 dicembre 2017. Dall'altro lato, è proposta la soppressione di tutte le norme che vanno a scardinare l'attuale sistema penale nella parte relativa alle misure di sicurezza per i soggetti non imputabili (articolo 222 codice penale) che sono poste al fine di evitare che un soggetto socialmente pericoloso possa commettere altri reati.

Si ritiene altresì che a distanza di trenta anni dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, sulla psichiatria risulti indispensabile una revisione dei criteri che regolano la psichiatria pubblica italiana.

Tutelare la dignità della persona ammalata, garantire l'effettuazione di un percorso clinico scientificamente corretto, garantire la sicurezza dell'ammalato e della società: queste possono essere le finalità di un nuovo approccio alla materia.

Lo Stato sociale è basato sul concetto di condivisione della sofferenza con cri-

teri di sussidiarietà. In psichiatria questo significa che il disagio sociale del malato deve essere ridistribuito, almeno in parte, sui membri della comunità a cui appartiene o sulla famiglia del paziente. Ma la società non ha colpa della malattia psichica. Questo concetto fondamentale deve essere ribadito: la società ha il diritto e il dovere di curare, non solo il dovere di integrare socialmente il diverso.

La concentrazione della psichiatria pubblica esclusivamente sull'intervento territoriale extraospedaliero non appare conforme al pensiero scientifico e risente di un pregiudizio ideologico del tutto immotivato, che deve essere superato. Il medico deve disporre di tutte le opzioni scientificamente corrette per trattare le persone ammalate, anche quelle del ricovero ospedaliero, se necessario. L'ospedale deve essere luogo di cura con pari dignità di altre opzioni. Le singole regioni devono essere libere di definire, all'interno del piano sanitario, le strutture per ricoveri psichiatrici prolungati per i pazienti resistenti al trattamento, nel rispetto della tutela delle libertà fondamentali dei cittadini e devono poter usufruire in modo organico del privato accreditato.

Lo strumento dell'accertamento sanitario obbligatorio ospedaliero può offrire un ausilio molto efficace nell'affrontare il problema sociale degli stati di intossicazione da alcol o sostanze psicotrope e garantire una maggiore sicurezza alle persone ammalate e all'ambiente sociale in cui queste si muovono. Il trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero, pur se già esistente in teoria, è uno strumento che consente di colmare una lacuna nel trattamento quotidiano dei pazienti, che già oggi vengono sottoposti ad una limitazione della libertà che usa sistemi indiretti e non formali per ottenere l'adesione al trattamento.

È giusto che il paziente conosca con chiarezza gli obblighi di cura ai quali la società lo chiama se vuole godere con pienezza dei suoi diritti. Il trattamento volontario deve prevedere delle strutture ambulatoriali ospedaliere integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali per

offrire una risposta competente e gradita ai cittadini, in particolare per le patologie depressive. La grande diffusione di questo problema necessita di un intervento di riorganizzazione strutturale importante, anche per gli enormi costi sociali che la depressione comporta, e per ridurre la distanza tra la popolazione e i servizi psichiatrici pubblici.

Il finanziamento differenziato delle strutture dipartimentali è indispensabile sia per evitare che categorie diverse di pazienti con problematiche enormemente dissimili dal punto di vista medico e sociale vengano messe in competizione per l'accesso alle risorse, sia per dare finalmente chiarezza ai bilanci. Le strutture integrate devono essere messe in condizione di evitare situazioni di conflitto di interesse tra dipartimenti che ne paralizzino nei fatti la realizzazione. È necessario uno strumento legislativo agile e flessibile che lasci inalterati il più possibile gli aspetti procedurali che hanno mostrato di ben funzionare.

In seconda istanza, il presente testo alternativo intende quindi prefigurare nuove soluzioni anche sul governo istituzionale delle questioni riguardanti la salute mentale. La valutazione della salute mentale nella popolazione, infatti, non può essere eseguita dallo stesso organismo che eroga l'assistenza, per ovvi motivi di conflitto di interessi e di autoreferenzialità. Vi sono indubbie difficoltà nel modulare le caratteristiche del servizio psichiatrico pubblico in funzione dell'evoluzione dello Stato sociale, del pensiero scientifico e soprattutto dei sempre più stringenti vincoli di spesa e di efficienza.

L'attuale sistema non prevede una valutazione del rapporto tra costi e benefici degli interventi e non utilizza indicatori di risultato affidabili. Il miglioramento della salute della popolazione non è verificato e il gradimento dell'offerta di trattamento non è misurata. Il dato della semplice durata del tempo di attesa per il trattamento è ingannevole perché può celare un autentico rifiuto del servizio pubblico, perché considerato inadeguato e lontano dai bisogni della popolazione. In particolare,

patologie di grandissima diffusione come la depressione non sono misurate, il costo sociale è basato su semplici congetture, e il costo per le famiglie è ignorato. Non esistono dati sulla popolazione di pazienti psichiatrici non afferenti ai servizi di psichiatria pubblica e dati di prevalenza delle patologie psichiatriche tra i pazienti che utilizzano i servizi di pronto soccorso degli ospedali generali. I dati dell'epidemiologia misurata dall'Organizzazione mondiale della sanità indicano una patologia attesa numericamente molto maggiore di quella realmente trattata dal servizio psichiatrico pubblico. Il criterio della spesa sanitaria a piè di lista, ormai abbandonato da tutti gli stati evoluti, è ancora del tutto prevalente.

È necessario verificare l'applicabilità di nuovi modelli di trattamento e definirne le procedure organizzative. È indispensabile quindi creare un sistema efficace di controllo della spesa sanitaria, dell'efficienza e della qualità del trattamento anche nella psichiatria, che sia in grado di modulare gli interventi in funzione delle necessità delle singole realtà regionali e locali.

In risposta a tale esigenza, il presente testo alternativo prevede che il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari sia coordinato con una più ampia riforma dei principi fondamentali della disciplina vigente in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori e di cura delle patologie psichiatriche, di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche al fine di continuare a garantire la sicurezza del malato, della sua famiglia e

della società, nel rispetto della dignità del paziente. In quest'ambito sarebbe opportuno istituire un Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale, cui affidare funzioni istruttorie e preparatorie in ordine alla trattazione, da parte della Conferenza stessa, di tematiche in materia di tutela della salute mentale, nonché funzioni di raccordo tecnico tra l'amministrazione dello stato e delle regioni nel medesimo settore. Tale opzione organizzativa risponderebbe all'esigenza di favorire un coordinamento a livello nazionale su un settore di primaria importanza ai fini della garanzia del diritto di cui all'articolo 32 della Costituzione, senza tuttavia compromettere l'autonomia organizzativa da tempo consolidata dalle regioni nel governo del settore. La presenza di una siffatta struttura di leale collaborazione appare, infatti, irrinunciabile soprattutto in fase di prima attuazione, al fine di garantire che i nuovi obiettivi di tutela della salute mentale possano effettivamente trovare applicazione nell'intero territorio nazionale, pur nel rispetto delle specificità che contraddistinguono ciascuna realtà regionale.

Annuncio pertanto fin d'ora che il nostro gruppo parlamentare depositerà una proposta di legge che va incontro alle finalità illustrate.

MARCO RONDINI,  
*Relatore di minoranza*

**TESTO ALTERNATIVO DEL RELATORE DI MINORANZA (\*)**

*(ai sensi dell'articolo 79, comma 12, del Regolamento)*

**Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.**

## ARTICOLO 1.

*(Modifiche all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9).*

1. Al primo periodo del comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, le parole: « 1° aprile 2014 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2017 ».

2. Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1 del presente decreto, le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del biennio successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è tale da non garantirne il completamento entro il successivo anno, il Governo provvede in via sostitutiva a norma dell'articolo 3-ter, comma 9, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

3. Agli oneri derivanti dalla proroga prevista dal comma 1, pari a 4,38 milioni di euro per l'anno 2014 e a 1,46 milioni di euro per l'anno 2015, si provvede mediante corrispondente riduzione, per i medesimi anni, dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. Le relative risorse sono iscritte nel pertinente programma dello stato di previsione del

---

(\*) **NOTA:** Nel presente testo è evidenziato, ove ricorra, con apposita indicazione in calce, il carattere alternativo dell'articolo rispetto a quello corrispondente del testo del decreto-legge.

Ministero della giustizia per gli anni 2014, 2015, 2016 e 2017. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

4. Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari deve essere coordinato con una più ampia riforma dei principi fondamentali della disciplina vigente in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori e di cura delle patologie psichiatriche, di cui agli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche al fine di continuare a garantire la sicurezza del malato, della sua famiglia e della società, nel rispetto della dignità del paziente.

**Alternativo all'articolo 1 del decreto-legge.**

PAGINA BIANCA

€ 1,00



\*17PDL0020710\*