



## **I principi ispiratori del PDL Rizzi - Boldi di modifica della legge 180/78 (poi 833/78) sulla salute mentale in Italia**

I dati relativi al funzionamento dei servizi per la salute mentale in Italia non sono affatto soddisfacenti. Nel 2005, ultimo anno di cui si hanno dati ufficiali, 485 mila pazienti sono entrati in contatto con i servizi psichiatrici pubblici, di questi 100 mila hanno avuto un solo contatto con la struttura nell'arco dell'anno (visite medico-legali, consulenze, trattamenti interrotti), 85 mila pazienti erano già seguiti nell'anno precedente (cronici), 200 mila sono stati i pazienti con disturbi non psicotici (disturbi d'ansia e depressione). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Report 2001 e aggiornamenti) stima in almeno 500 mila i pazienti cronici da curare nei servizi psichiatrici pubblici e almeno due milioni i pazienti con disturbi dell'umore, 150 mila i pazienti che sviluppano ogni anno patologie psichiatriche in seguito all'uso di cocaina e altre sostanze e un milione in seguito all'abuso di alcol. Si può affermare che il servizio pubblico riesca a curare un malato grave su quattro e una persona con disturbi dell'umore su dieci.

Coloro che si rivolgono ai servizi psichiatrici pubblici ricevono una risposta sufficientemente sollecita alle richieste d'intervento, senza problemi di liste di attesa. La domanda è però inferiore a quella prevista.

La prima ipotesi da prendere in considerazione è che la distanza percepita dai cittadini nei confronti dei servizi psichiatrici pubblici sia eccessiva, per cui coloro che ne hanno le possibilità, si rivolgono alle strutture private. Molte sono state le campagne d'informazione volte a favorire un'immagine accogliente e competente della psichiatria pubblica del malato psicotico. Nonostante queste iniziative i malati cronici in cura presso i servizi sono in numero troppo esiguo. Questa ipotesi appare insufficiente a spiegare un fenomeno che ha una dimensione strutturale e molto ampia.

La seconda ipotesi è che i cittadini non si rivolgano ai servizi pubblici perché l'adesione al trattamento deve essere volontaria e i malati che non ricercano attivamente una cura non vengono trattati. Questa spiegazione può essere plausibile solo per la categoria degli ammalati più gravi ma certamente non fornisce una spiegazione del grandissimo numero di pazienti con disturbi dell'umore esclusi dal trattamento.

La terza ipotesi strutturale è che le persone ammalate non sappiano di esserlo e per questo non vengono curate dai servizi pubblici. La tesi che lo snodo cruciale, che si è mostrato altamente critico, sia la procedura di effettuazione della diagnosi, è avvalorata dalla Commissione Sanità del Senato che nel 2006, sotto la presidenza della Sen. Boldi afferma che almeno un milione di pazienti depressi non sono curati per mancanza di una diagnosi.

La storia della psichiatria italiana è stata fortemente segnata dal tentativo di negare la malattia mentale e dall'affermazione che anzi la società sia in grado di causarla direttamente con il suo comportamento stigmatizzante, di cui appunto la diagnosi sarebbe la prova evidente.

La convinzione diffusa è che una persona sia malata perché riceve una diagnosi psichiatrica e non perché le sue funzioni intellettive o affettive sono compromesse. Si crede anzi che sia nell'interesse della persona evitare a qualsiasi costo una definizione chiara della patologia per difenderla dallo stigma sociale che altrimenti renderebbe la persona malata, escludendola dalla vita sociale. La mancanza di una diagnosi sarebbe in grado di modificare il decorso della malattia. La negazione della psichiatria come scienza positiva e utile al progresso dell'uomo è stata affermata con forza irrazionale e del tutto ideologica e ha portato ad uno smantellamento della cura scientifica a favore di una visione di protezione sociale dalla malattia. Gli psichiatri dei servizi pubblici non fanno diagnosi psichiatriche per paura di nuocere ai loro stessi ammalati. Si arriva al paradosso che nascondere la malattia agli psichiatri sembra una vittoria della società che riesce così a proteggere i malati dal medico. La comunicazione sociale ha fatto della lotta allo stigma e della liberazione dalla psichiatria il suo cavallo di battaglia e ha fornito un'immagine del tutto irrealista del problema con fittizi successi di tipo demagogico e populistico.

Il concetto di stigma deve essere disaggregato e distinto nelle sue due componenti. Esiste uno stigma strutturale che è un normale sistema di controllo per cui s'identificano con chiarezza le persone e i meccanismi disfunzionali, perché la società possa non essere danneggiata nel suo funzionamento elementare: la società allontana e protegge le persone ammalate perché possano guarire e perché non danneggino gli altri. Esiste anche uno stigma frutto dell'egoismo e del disprezzo sociale che allontana le persone diverse o con storia di malattia e impedisce loro di essere recuperate ad un ruolo produttivo. Vivere senza stigma significa vivere senza sistema immunitario, senza la possibilità di correggere l'errore, senza la possibilità di difendere il vivere civile e il progresso. Vivere con uno stigma eccessivo significa vivere nell'oppressione sociale, nell'intolleranza razziale o religiosa, nel rifiuto del malato o del diverso. La politica deve trovare la giusta misura.

I malati mentali non sono una minoranza culturale da proteggere. Non esiste una cultura della follia che debba essere difesa dall'aggressione della società. La follia è per definizione non-cultura e non-identità, anche se porta in sé le tracce della passata normalità. La follia è, per sua natura, incapacità di far parte di un gruppo e di una cultura. Non vi è alcun valore nella follia in se stessa, non vi è un partito o una religione che sia costituito sulla follia come valore di aggregazione sociale o culturale. Non esiste alcuna associazione di schizofrenici o di depressi che intendano difendere i loro diritti.

L'ipotesi quindi che appare maggiormente plausibile è che la psichiatria pubblica italiana sia strutturalmente minata dalla sua stessa strategia fondamentale: la lotta allo stigma. L'effetto collaterale della strategia di riduzione della pressione sociale verso l'ammalato, associata ad una psichiatria non medica, realizza il crollo del numero dei pazienti

diagnosticati, secondo il principio che nessuna psichiatria è la migliore psichiatria.

Lo Stato accetta volentieri all'interno della psichiatria pubblica solo i pazienti che ritiene di poter aiutare e tende a non farsi carico dei pazienti in cui la malattia è particolarmente grave o cronica, lasciando alla famiglia il peso della situazione. I pazienti collaborativi sono presi in carico e riabilitati, i pazienti gravi e disturbanti sono gestiti con il ricovero obbligatorio, i pazienti non diagnosticati sono ignorati.

In realtà il decorso della malattia non diagnosticata è senz'altro più grave, causa maggiore sofferenza all'ammalato e alla famiglia e porta più rapidamente al fallimento esistenziale e alla disabilità.

Questo è particolarmente evidente nei confronti delle persone affette da patologie depressive che vengono riconosciute con difficoltà e comunque ricevono, di frequente, diagnosi generiche e terapie inadeguate che favoriscono la cronicizzazione dei disturbi. Si tratta di almeno cinque milioni di persone per cui l'assistenza pubblica è assolutamente insufficiente. Uno stato moderno deve disporre di un sistema normativo e organizzativo in grado di dare una risposta ad un problema così importante e attuale.

La legislazione vigente è estremamente povera da un punto di vista culturale. Non definisce alcun principio di tipo sostanziale o etico, limitandosi a definire le procedure mediante le quali attuare dei trattamenti obbligatori. Il malato è libero come qualsiasi altro cittadino, ma se il suo comportamento è incompatibile con l'ambiente in cui vive, viene ricoverato in ospedale. Il problema etico della psichiatria è stato risolto in maniera semplicistica. L'impostazione attuale che elimina ogni considerazione sui principi che determinano il comportamento dello Stato nei confronti dell'ammalato mentale e che si affida ad un semplice controllo sui comportamenti, ha impoverito drammaticamente la cultura della psichiatria e l'ha resa strumento di pressione sociale. L'ospedale è oggi luogo di controllo del comportamento forse più di ieri e il ricovero è sempre traumatico e doloroso.

La mancanza di un reale costrutto culturale all'interno della legge ha determinato la frammentazione delle esperienze. La liberazione del paziente ha funzionato solo attraverso l'iniziativa personale degli psichiatri che hanno comunque mantenuto un approccio medico corretto e ha permesso delle valide realizzazioni con i pazienti di media gravità e collaborativi. Laddove la legge è stata interpretata in modo rigoroso e privo d'intelligenza, si è determinato un blocco culturale e organizzativo che ha portato a strutture pubbliche che agiscono come dispensatrici di farmaci, sussidi o sostegni psicologici o riabilitativi senza futuro. Se la riabilitazione non interviene precocemente e in maniera modulata alle peculiarità della persona, la libertà muore fatalmente. La morte della libertà consiste nella vita senza senso, senza produttività e senza alcun contatto sociale, che purtroppo caratterizza la maggior parte dei malati mentali gravi. I malati mentali di gravità intermedia, mantengono ancora una minima capacità di gestire la libertà e possono essere inseriti in attività riabilitative, ma sono solo una parte degli ammalati. La maggioranza dei malati gravi è rappresentata da persone che hanno perso ogni libertà e che hanno nei familiari le uniche persone in grado di garantire loro delle regole di comportamento. Vivono soli, anche se hanno persone intorno, non sono capaci di lavorare, di divertirsi, di gioire, di rattristarsi. Trascinano la loro esistenza vuota e senza senso in atti ripetitivi, nel tentativo di colmare il vuoto esistenziale che si determina quando la libertà non può più essere esercitata. Il vuoto esistenziale è la condizione in cui ogni scelta equivale ad un'altra, ogni azione è indifferente e inutile, non vi è futuro né passato, come dicono drammaticamente gli stessi pazienti. Vi sono malati del tutto incapaci di svolgere una qualsiasi attività che consenta loro di inserirsi nel flusso vitale della società. Per costoro la

migliore qualità della vita consiste nell'essere accolti in una società molto più elementare e protetta. Non prendere atto che esista un limite invalicabile per la psichiatria per cui l'unica soluzione possibile è l'accoglienza a lungo termine in strutture protette, significa creare uno stigma sociale devastante e una tensione assolutamente intollerabile che coinvolge in primo luogo l'ammalato e poi l'intera società civile. Agire unicamente sulla tolleranza della società senza esercitare una doverosa pressione sul malato mentale, affinché utilizzi tutte le risorse a sua disposizione per integrarsi efficacemente, è un atto eticamente scorretto e lo espone ad uno stigma non risolvibile. Pretendere che la persona ammalata abbia, per legge, la stessa capacità di adeguarsi alle norme della società di una persona sana, significa abbandonarlo ad un fallimento esistenziale inevitabile e alla stigmatizzazione della società. Il fallimento si aggiunge alla malattia come causa di disabilità.

L'esercizio della libertà è un diritto fondamentale ed è l'unico capace di garantire il progresso dell'individuo. La libertà deve però essere applicata ad un sistema di valori che possieda un senso all'interno della vita della persona e della società in cui vive. La legge attuale afferma la libertà del malato di mente, ma non si pone il problema della capacità della persona di guidare e dare senso alla libertà. Questa è compromessa dalla malattia e la persona non ha più consapevolezza delle conseguenze del suo comportamento o del dolore che genera negli altri.

Il tentativo di migliorare la qualità della vita dei malati psichiatrici attraverso l'abolizione di ogni regola e di ogni restrizione, equivale al tentativo di migliorare la qualità della vita del diabetico eliminandogli ogni restrizione dietetica. Il dolore che deriva al paziente per l'imposizione di una regola dolorosa inibisce il medico che non vuol essere causa della sofferenza del paziente. Lo psichiatra che rinuncia a dare delle prescrizioni al paziente, anche limitative della sua libertà, agisce in modo non professionale, emotivo e sostanzialmente non medico. Lo psichiatra che protegge il paziente dalla limitazione dolorosa della libertà, in realtà lo condanna a morte. Quando l'esercizio della libertà è inefficace, il patrimonio delle regole personali va incontro ad un rapido e ineluttabile deterioramento ed egli s'impoverisce gradualmente fino ad uno stato tendenzialmente vegetativo. Spesso l'unico obiettivo possibile è quello di ritardare questo processo inarrestabile.

La psichiatria pubblica italiana non ha saputo entrare nella cultura e inserirsi nel servizio sanitario nazionale in maniera efficace come era negli auspici del legislatore. La strategia fondata sul trattamento territoriale, sulla presa in carico del paziente e sulla protezione dallo stigma non ha portato ai risultati sperati e il decorso delle malattie è rimasto del tutto invariato. I pazienti che hanno trovato una valida collocazione nei progetti riabilitativi sono solamente quelli di gravità moderata, mentre i pazienti gravi o gravissimi sono stati sostanzialmente abbandonati ad una psichiatria che è molto più punitiva di quanto possa apparire ad una visione superficiale.

La legge del 1978 è anche l'espressione della depressione degli psichiatri di quel tempo che rifiutavano i limiti della scienza, che combattevano contro la loro personale segregazione, che non accettavano di vedere i loro malati che non guarivano, e che si sentivano frustrati e falliti mentre la medicina di quel tempo faceva passi da gigante. A questo si aggiungeva un grande dolore per la sorte dei pazienti in manicomio. Vollero cercare ad ogni costo il ruolo di difensori dei pazienti e si adoperarono per ottenere uno strumento legislativo che desse loro maggiore forza. Accettarono sorprendentemente una riforma non finanziata e che anzi comportava una decurtazione del 25% dei fondi pubblici per la psichiatria, senza proporre un modello d'integrazione scientifico e valido.

La liberazione dei pazienti dal ruolo di reclusi, che vivevano a causa della legge precedente al

1978, ha portato dei vantaggi, ma la psichiatria ha rinunciato a confrontarsi col dramma della vita senza senso dello psicotico e con il dolore della malattia inguaribile. Ha rinunciato ad essere scienza medica per essere solamente tutela sociale del disagio. Lo Stato non vuole sentirsi responsabile del dolore drammatico della malattia inguaribile e la psichiatria pubblica vive la malattia cronica come un fallimento culturale. Un oncologo continua a curare i suoi pazienti anche di fronte alla gravità estrema e un diabetologo non si sente colpevole della cronicità della malattia. La psichiatria italiana ha invece perso la cultura della cura della malattia grave ed inguaribile, fa diagnosi solo ai pazienti che pensa di poter in qualche modo guarire e si nasconde di fronte alle sue responsabilità più dolorose. Spesso le malattie psichiatriche più gravi non sono guaribili. Non esiste solo la medicina della guarigione. Il medico deve anche accettare la sofferenza dell'inguaribilità e condividerla con il paziente e la sua famiglia. Il medico che vuole sentirsi a tutti i costi protagonista della guarigione, forzando la verità quando questo non è possibile, è portatore di valori intrinsecamente disperati. La presa in carico come sistema esclusivo di cura non aumenta l'integrazione, ma aumenta solo la protezione sociale. Come tutti i sistemi protettivi aumenta l'aggressività ed il rifiuto sociale verso i pazienti. L'integrazione è un percorso di regole differenziate e chiare che permettano alla persona di esercitare la sua libertà. L'esercizio della libertà è il vero motore del progresso sociale e della dignità dell'uomo. La libertà fittizia, frutto di una protezione innaturale, di cui abbiamo dotato l'ammalato, non porta alcuna forma di progresso alle persone ammalate e ne è testimonianza il decorso delle malattie del tutto invariato. La qualità della vita non consiste nella gratificazione di bisogni ma nell'esercizio della libertà, all'interno dei limiti obiettivi di ciascuno. Il concetto di riabilitazione deve essere sostanzialmente rivisto in quest'ottica.

La mancanza di una cultura medica della malattia inguaribile ha portato un effetto collaterale molto grave. Non vi è una reale differenziazione tra le varie patologie, per cui le malattie guaribili vengono affrontate con lo stesso metodo di protezione sociale. Vi è un approccio unico alla malattia, basato sull'integrazione sociale, piuttosto che sulla cura medica, considerata marginale.

La psichiatria in questi anni ha perso la cultura medica e la conoscenza delle strategie per accogliere il malato cronico e per ricostruire, almeno in parte, il sistema delle regole sociali che il malato mentale ha perso. Le strutture private hanno del tutto sostituito l'iniziativa pubblica nelle funzioni più dolorose di accoglienza e di cura a lungo termine. La psichiatria pubblica si è riservata una funzione di controllo e di delega. Solo pochi pazienti vengono curati in strutture di accoglienza e la selezione dei pochi pazienti da ammettere ai trattamenti determina situazioni molto dolorose di esclusione per mancanza di risorse economiche. Non vi è poi alcun sistema di controllo dell'efficacia degli interventi per cui i trattamenti vengono assegnati per venire incontro alla disperazione dei pazienti e dei familiari piuttosto che per la loro reale possibilità di ottenere un cambiamento nella vita delle persone.

Chiedere ai familiari di esercitare il ruolo di collaboratori alla cura nei confronti dell'ammalato toglie al sistema sociale il senso di colpa per la dolorosa incombenza di curare la persona, ma ipocritamente trasferisce alla famiglia una competenza che non ha. I familiari finiscono per proteggere i pazienti, evitando loro qualsiasi stimolo e qualsiasi condizione che possa turbarli, pur di non vederli in crisi. Così facendo rinunciano alla propria vita per diventare dei custodi della malattia e devono assumere una funzione obbligata di cura per la quale sono impreparati e che non hanno scelto liberamente. I familiari sono talvolta ottimi medici dei pazienti psichiatrici, solo se lo vogliono. In altri casi non sono in alcun modo in grado di esercitare una qualche funzione positiva verso i pazienti e hanno anzi delle influenze disastrose. Imporre alla famiglia dei pazienti il ruolo di ammortizzatore sociale obbligato, con la funzione di interporre la naturale istanza di protezione del proprio familiare tra le esigenze

del vivere civile e la malattia, genera poi sacche di sofferenza e d'ingiustizia intollerabili.

Ancor più dolorosa è la situazione di abbandono che vivono i pazienti affetti da depressione. Il dolore depressivo viene misconosciuto e negato, come se la depressione non fosse una condizione patologica, ma la logica conseguenza di una vita sbagliata. La cura medica della depressione è del tutto indipendente dalla cura psicologica e ricevere un trattamento farmacologico adeguato è un diritto primario. La mancanza generalizzata di una cultura adeguata per il trattamento della depressione nei servizi pubblici lascia come unica risorsa il ricorso ai professionisti privati, per chi ne ha i mezzi.

La stessa classe medica ha preso la distanza dagli psichiatri che sono visti con distacco e con sospetto dagli altri medici. I reparti psichiatrici degli ospedali sono strutture culturalmente avulse dal resto dell'ospedale con il quale condividono solo gli aspetti logistici. Gli psichiatri spesso non praticano più la medicina e sono solo gli strumenti di una gestione farmacologica e punitiva della malattia mentale.

L'etica deve essere l'elemento fondamentale su cui costruire un principio giuridico e una legge. La sola pragmatica ha mostrato storicamente i suoi limiti drammatici e l'assoluta incapacità di garantire la felicità individuale e il progresso sociale. La ricostruzione della psichiatria pubblica italiana passa attraverso la riaffermazione dei principi etici della medicina e della psichiatria e sulla ricostruzione su questa base di un nuovo modello organizzativo. Di particolare utilità appare la definizione di medicina palliativa fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002 e che definisce i criteri etici di cura delle malattie croniche e inguaribili.

La società deve riconoscere come un imperativo etico, il diritto di esercitare una pressione sull'ammalato perché aderisca alle regole del vivere civile, perché anche l'identità malata abbia una sua dignità riconosciuta dalla società, senza forzare l'ammalato in un'identità normale che non esiste e costringere la persona ad essere quello che non è. Se esiste un'obiezione di tipo etico all'esercizio di una pressione per forzare una persona ad aderire a delle regole, ancor più grave è dal punto di vista etico il non riconoscimento dell'identità reale di una persona. Non si tratta di un intervento solidale in cui medico e paziente sono in una posizione di parità. Lo psichiatra svolge un intervento da una chiara posizione di superiorità istituzionale in cui deve garantire al paziente la migliore qualità della vita. La funzione medica di sussidio della libertà del paziente non può in alcun modo essere abolita anche se appare difficile, dolorosa e facilmente soggetta ad abusi.

La definizione stessa di psichiatria appare un elemento etico fondamentale che consente di riunire all'interno di un unico concetto il progresso personale guidato dalla libertà e la patologia delle funzioni intellettive e affettive. La psichiatria ha anche il compito specifico di proteggere la persona dal fallimento esistenziale e da ciò deriva il suo determinante ruolo sociale.

L'affermazione del concetto di diagnosi è un elemento fondamentale del riscatto culturale e della logica che deve indirizzare ogni intervento. La diagnosi deve essere uno strumento accessibile a tutti i cittadini e a tutti i medici di base. Per questo viene proposta una struttura di riferimento, integrata nel pronto soccorso, in grado di fornire giorno e notte un ausilio a tutte le persone con malattie mentali. La certezza della diagnosi orienterà di conseguenza tutti gli atti medici successivi.

È necessario identificare una procedura di accertamento precoce delle patologie psichiatriche

e di diagnosi, anche obbligatoria se necessario, che permetta di proteggere la persona da situazioni più gravi di malattia e di fallimento.

È necessario considerare la prescrizione come una componente separata dell'atto medico. Il trattamento sanitario obbligatorio riunisce oggi le due funzioni della prescrizione e dell'attuazione del trattamento. La distinzione tra prescrizione e attuazione del trattamento è indispensabile anche perché nell'atto medico la prescrizione è una prerogativa del medico e l'attuazione del trattamento è una prerogativa del paziente. La persona può decidere liberamente di attuare la prescrizione obbligatoria e di non incorrere nel trattamento obbligatorio, anche se la diagnosi e la prescrizione non sono state da lui richiesti per la ferita della libertà dovuta alla malattia. La scelta attuale è strutturalmente ambigua perché non chiarisce i limiti reali della libertà della persona ammalata e lo espone a comportamenti che possono compromettere in modo molto maggiore la sua libertà e determinare un fallimento esistenziale che si somma alla malattia come causa di disabilità. Si lascia il paziente libero di agire senza alcuna limitazione, senza considerare che la sua capacità intellettuale di usare la libertà è fortemente limitata, e lo si punisce se non sa usare correttamente la libertà, adottando una procedura fortemente limitativa della libertà stessa. È nell'interesse del paziente che la sua libertà sia limitata ed egli deve avere chiara consapevolezza di quanto lo Stato gli chiede per non incorrere in comportamenti che possono generare conseguenze ben più gravi di una parziale riduzione della libertà. È necessario quindi introdurre la figura giuridica della prescrizione psichiatrica obbligatoria, con cui si notificano al paziente le regole che deve rispettare se vuole proteggere se stesso e la sua libertà. Questo provvedimento ha valore preventivo nei confronti della limitazione della libertà che interviene improvvisamente ed in modo punitivo con il trattamento sanitario obbligatorio, e introduce una graduazione della limitazione della libertà a protezione del paziente.

Se i familiari di un paziente si offrono di sussidiare la personalità del paziente, assumendo la corresponsabilità del trattamento prescritto dal medico, l'apporto dei familiari deve essere considerato strategicamente ottimale. Nel caso invece che l'integrazione della personalità del paziente venga richiesta ai familiari in modo coatto, questo è da considerarsi un atto fortemente contrario alla libertà individuale e lesivo dei diritti fondamentali della persona. Ne deriva che, nel caso che sussista una prescrizione psichiatrica obbligatoria e i familiari non siano disponibili a sussidiare la personalità del paziente o non siano in grado di farlo in maniera valida, lo Stato deve obbligatoriamente provvedere all'attuazione in toto del trattamento prescritto.

Il finanziamento differenziato delle strutture dipartimentali è indispensabile 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 e per dare finalmente chiarezza ai bilanci. Le strutture interdipartimentali devono essere messe in condizione di evitare situazioni di conflitto d'interesse tra dipartimenti che ne paralizzino nei fatti la realizzazione.

La valutazione della salute mentale nella popolazione non può essere misurata dallo stesso organismo che eroga l'assistenza, per ovvi motivi di conflitto d'interessi e di autoreferenzialità. Vi sono delle 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 costo beneficio 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. 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. 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 tal esigenza, la presente proposta di legge propone di istituire un Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute, mentale, cui sono deputate 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 risponde all'esigenza di favorire un coordinamento a livello nazionale su un settore di primaria importanza ai fini della garanzia del diritto di cui all'art. 32 Cost., 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 della presente legge, al fine di garantire che i nuovi obiettivi di tutela della salute mentale possano effettivamente trovare applicazione sull'intero territorio nazionale, pur nel rispetto delle specificità che contraddistinguono ciascuna realtà regionale.

Roma, 24 Marzo 2009

Dott. Antonio Picano

Sen. Dott. Fabio Rizzi