



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori MAGNI, DE CRISTOFARO e CUCCHI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 NOVEMBRE 2023

Disposizioni in materia di tutela della sanità mentale

ONOREVOLI SENATORI. - La legge 13 maggio 1978, n. 180, poi confluita nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, è denominata legge Basaglia dal nome di Franco Basaglia, psichiatra e promotore della riforma psichiatrica in Italia. Estensore materiale della legge fu lo psichiatra e politico democristiano Bruno Orsini alla cui elaborazione concorse in maniera rilevante l'allora Ministro della Sanità, Tina Anselmi. Le disposizioni in sé vennero applicate solo per pochi mesi, ossia fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, mediante l'approvazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che riproduceva al suo interno, con limitate modifiche, gran parte dell'articolato della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Ispirandosi in parte alle idee dello psichiatra statunitense Thomas Szasz, Basaglia s'impegnò nell'inedito compito di riformare l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ospedaliera e territoriale, proponendo il pieno superamento della logica manicomiale.

Prima della riforma, i manicomi erano spesso significativamente connotati come luoghi di contenimento sociale. Nell'istituzione asilare l'intervento terapeutico e riabilitativo scontava tutte le limitazioni di un'impostazione clinica che si apriva poco ai contributi della psichiatria sociale, delle forme di supporto territoriale, delle potenzialità delle strutture intermedie, della diffusione delle terapie integrate e della prevenzione nei servizi pubblici. La legge voleva anche essere un modo per modernizzare l'impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, instaurando rapporti umani rinnovati con il personale medico, gli operatori sociali e i contesti territoriali, riconoscendo appieno i diritti e la necessità di una vita di

qualità dei pazienti, seguiti e curati anche da strutture diversificate facenti capo ai Dipartimenti di salute mentale.

La legge n. 180 del 1978 demandò l'attuazione di questi schemi di trasformazione e innovazione alle regioni, le quali introdussero discipline normative eterogenee, producendo risultati diversificati sul territorio nazionale. Nel 1978, solo nel 55 per cento delle province italiane vi era un ospedale psichiatrico pubblico. Solitamente si trattava di complessi istituzionali molto estesi, oggi perlopiù riqualificati o talvolta persino abbandonati, mentre nel resto del Paese ci si avvaleva di strutture private per il 18 per cento, o si faceva ricorso alle cure presso strutture di altre province per il 27 per cento.

Di fatto, solo dopo il 1994, con il « Progetto obiettivo - tutela salute mentale 1994-1996 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 93 del 22 aprile 1994, e la razionalizzazione delle strutture di assistenza psichiatrica da attivare a livello nazionale si completò la definitiva attuazione delle disposizioni di legge volte all'eliminazione dei residui manicomiali.

« L'istituzione manicomiale » - affermava Basaglia nel suo libro « Morire di classe » - « ha in sé, nel suo carattere violento coercitivo discriminante, una più nascosta funzione sociale e politica: il malato mentale, ricoverato e distrutto nei nostri manicomi, non si rivela soltanto l'oggetto della violenza di un'istituzione deputata a difendere i sani dalla follia; né soltanto l'oggetto della violenza di una società che rifiuta la malattia mentale; ma è insieme, il povero, il diseredato che, proprio in quanto privo di

forza contrattuale da opporre a queste violenze, cade definitivamente in balia dell'istituto deputato a controllarlo. Di fronte a questa presa di coscienza, ogni discorso puramente tecnico si ferma. Che significato può avere costruire una nuova ideologia scientifica in campo psichiatrico se, esaminando la malattia, si continua a cozzare contro il carattere classista della scienza che dovrebbe studiarla e guarirla? ».

È evidente la portata innovativa della riforma per la storia della legislazione sociale in Italia. L'impianto normativo non si è limitato a sopprimere l'ospedale psichiatrico sancendone l'inadeguatezza quale istituto di cura per chi soffre di disturbi mentali, ma ha delineato lo schema dei servizi di assistenza psichiatrica attraverso un sistema di protezione, cura e prevenzione reticolare su base territoriale. Il presente disegno di legge nasce con l'intento di muovere dai principi enunciati dalla legge Basaglia e riconsiderarli quali presupposti imprescindibili sui quali fondare l'innovazione e l'aggiornamento legislativo secondo il disegno costituzionale e i modelli sviluppati dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS).

Sono infatti radicalmente mutati – e non sarebbe stato possibile il contrario, d'altronde – i bisogni di cura della popolazione e le richieste avanzate dai cittadini ai Servizi.

I dati ci raccontano infatti un mutato contesto: è diversa l'utenza che si rivolge ai servizi pubblici preposti alla salute mentale. Solo il 20-25 per cento presenta disturbi psicotici e bipolari, o depressivi e d'ansia, mentre sono fortemente aumentati i disturbi di personalità, da uso di stupefacenti, per arrivare ai bisogni emergenti relativi ai disturbi del neurosviluppo, quali il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) e l'autismo.

I dati raccolti negli ultimi anni, a ridosso dell'emergenza pandemica e del periodo di restrizioni che ne è derivato, evidenziano

una decisa crescita del numero delle persone entrate in contatto per la prima volta con i Dipartimenti di salute mentale (289.871 nel 2020 contro le 253.164 dell'anno precedente), inoltre, la stessa mole di domande avanzate per avere accesso alla misura denominata « *bonus* psicologo » evidenzia che sintomi di disagio sociale abbiano colpito tutte le fasce della popolazione.

Dal « Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema informativo per la salute mentale (SISM). Anno 2021 », pubblicato dal Ministero della Salute nell'ottobre 2022, emerge un incremento dell'incidenza delle problematiche relative alla sfera mentale in maniera prevalente su donne e fasce più giovani della popolazione, con un aumento del 30 per cento della disregolazione emotivo-affettiva tra gli adolescenti, che porta a conseguenze come autolesionismo, *cutting*, intenti suicidi, depressione, uso di sostanze, hikikomori e una crescita del 70 per cento di disturbi del comportamento alimentare nei minori. Secondo i dati raccolti dal servizio di ascolto e supporto di Telefono amico nei primi sei mesi del 2021, le richieste di aiuto psicologico sono aumentate del 66 per cento e quelle legate a intenti suicidi addirittura triplicate: a chiamare sono stati soprattutto donne (il 51,2 per cento), giovani tra i 19 e 25 anni (21,3 per cento) e tra i 26 e i 35 (19,6 per cento), sintomo di un malessere che ha colpito la società, non ancora debitamente considerato e a cui, in molti casi, è difficile dare una risposta per gli elevati costi di un percorso di assistenza psicologica e psichiatrica.

Critica è anche la situazione delle carceri, « luoghi sentinella » della qualità della nostra democrazia, dove nei primi undici mesi del 2022 si è registrato il più alto tasso di suicidi degli ultimi dieci anni (79 persone) e oltre il 40 per cento dei detenuti soffre di disagi legati alla sfera psicologica e utilizza abitualmente psicofarmaci.

Alla luce delle problematiche connesse a una non omogenea applicazione della normativa nazionale sul territorio e del mutato contesto generale, è diventato impellente un intervento legislativo orientato verso una salute mentale di comunità, attraverso servizi di prossimità, investendo nella sanità territoriale e ponendo sempre il paziente al centro al fine di poter dare una risposta rapida, appropriata ed efficace alla complessità dei problemi connessi ai disagi psichici.

Gli strumenti normativi, da anni a disposizione delle regioni, avrebbero potuto offrire sufficienti possibilità di più ampia attuazione e organizzazione dei servizi nella direzione della salute mentale comunitaria e delle pratiche di integrazione, ma il dato di fatto riscontra una applicazione incompleta e difforme tra le diverse regioni, ove è sovente riscontrare la disapplicazione della disciplina recata dalla legge n. 180 del 1978, per disimpegno politico e incapacità amministrativa, o ancora per scelte di modelli di cura superati e insufficienti, sono conseguite carenze e disuguaglianze a livello regionale e locale.

Dove invece il riferimento alla legge di riforma del 1978 è stato costante e le regioni hanno scritto e messo in atto, con sollecitudine, i piani per la salute mentale e disegnato reti di supporti coerenti e aderenti ai principi della legge stessa, i servizi hanno cominciato a prendere forma, sono diventati visibili e veramente alternativi agli istituti e alle culture che si riteneva con convinzione di voler abbandonare. I risultati sono evidenti, tanto che i dati italiani sono stati valutati dall'OMS come modelli di eccellenza internazionale; ove ciò non è avvenuto si sono prodotte lacune, anche gravi, nella rete globale dell'assistenza sanitaria, fino a determinare situazioni di vero e proprio degrado abbandonico.

La diversa attuazione sul territorio ha condotto a una difformità di servizi sul territorio nazionale, con differenze, anche so-

stanziali, nelle possibilità di cura del cittadino nel luogo di vita, in contrasto con il tenore del già citato articolo 32 della Costituzione: « La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana ».

Si assiste inoltre, in ragione di una politica improntata alla costante parola d'ordine della « razionalizzazione », a una riduzione progressiva delle risorse devolute in favore dei dipartimenti di salute mentale (DSM) i quali spesso non riescono più a uniformare l'offerta di cure e di servizi all'interno del loro bacino di riferimento.

Inoltre, la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) ha ribadito l'esclusività e la centralità della presenza strategica dei DSM; ha però evidenziato drammaticamente le differenze: la presa in carico delle persone in uscita dall'internamento ha comportato ritardi e spesso soluzioni che attendono di essere ulteriormente riconsiderate.

In questo speciale frangente, la presenza di una struttura organizzativa « forte », ben motivata e strategicamente presente sul territorio, ha fatto la differenza, dimostrando quanto siano aggredibili anche le scommesse più ardue e quanto la cura, la ripresa e una vita dignitosa siano possibili per tutte le persone che vivono le diverse condizioni del disagio mentale e tanto più per quella vasta popolazione, affetta da disturbi mentali severi sempre a rischio di cronicizzazione e di deriva sociale.

Più di una persona su 100 è affetta da un disturbo mentale severo a rischio di disabilità e di marginalità sociale. Dunque, quasi un milione di persone che si triplicano se si considerano i familiari e le persone più vicine coinvolte.

I centri di salute mentale (CSM), presenti mediamente in numero adeguato in tutto il territorio nazionale (1 ogni 80-100.000 abitanti), 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. Sono aperti per fasce orarie ridotte. A eccezione di alcune realtà regionali, i CSM sono aperti per 8 o 12 ore al giorno per cinque giorni alla settimana. Gli interventi di gestione della crisi, di presa in carico individuale, di sostegno alle famiglie e degli interventi sociali per l'abitazione, nonché di integrazione sociale finiscono per essere insufficienti o del tutto assenti. Frequente è la riduzione alle sole visite ambulatoriali (con il ricorso a sterminate liste di attesa) per prevalenti prescrizioni farmacologiche.

L'effetto di scarico sulle altre stazioni del sistema sanitario territoriale e ospedaliero è facilmente intuibile. La risposta all'emergenza, alla crisi e al bisogno di percorsi riabilitativi diventa frammentaria e incerta, provocando una domanda mai esauribile di posti letto nei servizi psichiatrici ospedalieri, nelle case di cura private e nelle strutture residenziali.

Il ricorso frequente e reiterato al trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è sintomo di carenza di offerta, di incapacità di intercettare il disagio mentale sul nascere e di assenza di azioni di tipo preventivo dell'acuzie.

Considerazioni analoghe vanno svolte nel costatare le difficoltà dei CSM nell'occuparsi della salute mentale della popolazione detenuta, considerati anche i nuovi contesti e le nuove domande derivanti dalla totale e definitiva chiusura degli OPG.

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) rappresenta, drammaticamente, l'unico servizio all'interno del territorio che risponde nell'arco delle 24 ore. Il suo buon funzionamento è strettamente dipendente

dalla coerente organizzazione dipartimentale e da un investimento rilevante sui CSM. La fragilità del servizio territoriale e spesso la totale mancanza di coordinamento e di comunicazione producono sovraffollamento, pratiche di contenzione e porte chiuse nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura. È questo il luogo del trattamento sanitario volontario (TSV) e del TSO, che divengono in sostanza risposte totalizzanti offerte in organizzazioni sezionali dell'ordinamento.

Gli SPDC rimangono per la maggior parte (otto su dieci) luoghi chiusi non solo per i ricoverati, ma anche, dall'esterno all'interno, per le associazioni di familiari e utenti, per il volontariato formalizzato e informale, a scapito di un « sapere esperienziale » prezioso che viene perduto.

È ancora drammaticamente diffusa la pratica della contenzione meccanica. Il TSO, nella pratica, assume, all'atto della sua applicazione, disattenzioni tali da renderlo strumento di repressione e di mortificazione.

Le modalità di esecuzione del TSO sono variegata, passando da una regione all'altra e talvolta anche nell'ambito degli stessi territori. Differenze, queste, che espongono i cittadini a cattive pratiche e a lesioni dei loro diritti fondamentali, solo in ragione della loro appartenenza territoriale. Anche nelle statistiche il ricorso a questa pratica trova differenze molto significative (da un tasso di 6 su 100.000 per anno in alcune regioni a 30 su 100.000 in altre) mostrando ancora di più, e drammaticamente, le differenze delle politiche territoriali.

Le « strutture residenziali » sono presenti in tutte le regioni e ormai consumano più della metà delle risorse regionali per la salute mentale. La tendenza a ricorrere al « posto letto residenziale » sembra in crescita inarrestabile e riduce irrimediabilmente la consistenza e la capacità di intervento dei servizi territoriali.

Occorre dunque ripensare alla presenza della cooperazione sociale, costretta ad ap-

piattirsi su infelici politiche regionali. Rischia di diventare dominante la diffusione di luoghi che assomigliano a cronicari. Le ingenti risorse, passivamente dedicate alla « residenzialità », sarebbero sufficienti per ripensare a forme diverse dell'abitare, dell'inserimento lavorativo, del vivere sociale. I progetti riabilitativi individuali, dove attivati, producono risultati tanto evidenti quanto inaspettati.

Gli aggettivi che si trovano per coprire il fallimento delle pratiche residenziali e per qualificare questi luoghi come rassicuranti e necessari evocano la certezza della cura e dell'accoglienza: « terapeutiche, riabilitative, residenziali, familiari, sociali, comunitarie ».

Da molto tempo, ormai, è evidente che il guasto maggiore nell'assetto dei servizi di salute mentale è il ricorso illimitato, confuso e costosissimo a queste strutture e ancora peggiore la delega totale della gestione, della cura, delle risorse al privato, sociale o mercantile che sia.

Le strutture residenziali hanno avuto in questi ultimi anni, in particolare dopo il 1998, a seguito della definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici, una notevole crescita numerica: dalla ricerca dell'Istituto superiore di sanità del 2001, « *Progres* - progetto residenze », emerse che i posti-residenza nelle regioni risultavano essere circa 17.000. Da allora l'espansione si è rivelata inarrestabile.

Il numero, anche se non verificato, è comunque rilevantissimo. Oltre 20.000 persone (forse 30.000) che, a vario titolo, sono ospitate in strutture residenziali.

I tempi di permanenza, meglio si direbbe di ricovero se non di internamento, diventano sempre più consistenti. Vi sono persone, e non sono poche, che in queste strutture permangono inerti da più di trenta anni. In tutte le regioni questa scelta, la scelta della comunità, che originariamente è stata perfino affascinante per molti giovani operatori, attratti dalla suggestione della « comu-

nità », dell'accoglienza, della convivenza, è diventata un affare di dimensioni spesso mal gestibili proprio dagli stessi dipartimenti e dalle amministrazioni che le hanno fatte nascere. Un numero rilevante di operatori - accompagnatori, tecnici, psicologi, psichiatri, infermieri - è impegnato in questo esteso arcipelago. E, come isole lontane, queste strutture hanno perduto il contatto con la terra ferma, col servizio pubblico, col DSM, con una qualsivoglia razionale attenzione a un progetto articolato e condiviso.

Alcune strutture residenziali appaiono sovradimensionate nel numero, lontane dalla quotidianità dei paesi e dei quartieri, anonime, prive di oggetti, regolate ancora da logiche manicomiali. Spesso separate dal CSM, con *équipe* del tutto distinte e con profili professionali inadeguati, presentano un volto totalmente autoreferenziale. Sono dunque luoghi che non danno sbocco a forme di *habitat* e convivenza più autonome e integrate nella comunità.

In conseguenza dell'espansione residenziale sanitaria e delle scarse possibilità di dimissione dei pazienti accolti, le aziende sanitarie locali finiscono per attuare deroghe di fatto alle normative nazionali, nonché regionali, sui tempi di ricovero, sulle dotazioni strutturali e di personale; anche i controlli in questo ambito sono, in alcuni casi, divenuti superficiali o addirittura inesistenti.

Molte strutture rischiano di diventare contenitori di emarginazione sociale della disabilità psichica, contrariamente alle finalità dichiarate, con conseguenti fenomeni di « *wandering* » istituzionale tra luoghi di ricovero.

L'offerta di ricoveri in cliniche private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, in alcune regioni al limite dello scandalo, accessibili anche senza coordinamento da parte dei CSM, completano il quadro improprio e non di rado dannoso di una residenzialità che non cura e rappresentano l'espansione di modelli di assistenza ospeda-

liera al di fuori della cultura territoriale, dei progetti « obiettivo » e dei « piani » per la salute mentale.

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, cui questo disegno di legge fa esplicito e reiterato richiamo, all'articolo 1 dichiara « che lo scopo della Convenzione è promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro inerente dignità ».

In questo quadro, le azioni di difesa dei diritti delle persone con disabilità, e qui segnatamente di quanti vivono l'esperienza del disturbo mentale, assumono un valore assoluto e segnano il cammino di ogni uomo e di ogni donna verso la totale eguaglianza.

Il diritto alla cura è coniugato nel contesto universalistico degli altri diritti fondamentali riconosciuti dalla menzionata Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18. Tale importante documento ha confermato le anticipazioni della legge di riforma italiana del 1978, ampliandone la portata e declinandole a livello del singolo soggetto, cui vengono riconosciuti libertà fondamentali e la titolarità di ogni decisione sulla propria vita. Nel contrastare ogni forma di discriminazione legata a disabilità o a diagnosi, essa rimanda a un concetto di *welfare* d'inclusione e non solo di protezione. Non a caso l'OMS lo ha assunto a documento-base per il piano d'azione 2013-2020.

La conseguenza autentica della scelta che ha compiuto il nostro Paese nel sottoscrivere e fare proprio il dettato della Convenzione non può non mettere in campo azioni attente di vigilanza e promozione, nella concretezza della vita e del governo quotidiano, di dispositivi organizzativi, campagne culturali, risorse umane qualificate per affermare e

rendere esigibili i diritti delle persone con disabilità, per sostenere le famiglie, per rendere « visibili » i gruppi sociali a maggior rischio di discriminazione, esclusione e stigmatizzazione.

Il presente disegno di legge intende rafforzare i principi contenuti nella « legge Basaglia », rilanciando l'attualità delle linee di fondo e ulteriormente valorizzandole nell'attuale contesto costituzionale, normativo e sociale.

Il disegno di legge si compone di quattro capi.

Il capo I (articoli 1-4) declina una nuova e puntuale disciplina volta a svolgere e applicare i principi alla base della riforma del 1978, alla luce del mutato sistema di competenze amministrative tra Stato ed enti territoriali; definisce, inoltre, l'orizzonte di sviluppo dell'assistenza psichiatrica italiana, nel quadro dei più rilevanti atti di indirizzo in ambito sovranazionale e, in particolare, le risoluzioni adottate in seno all'OMS e le fonti pattizie internazionali.

L'articolo 1 del disegno di legge fissa il quadro normativo e le finalità alla base della legge delineandone, tra l'altro, la natura primigenia di provvedimento di diretto sviluppo dei contenuti normativi che già furono alla base della legge n. 180 del 1978.

L'articolo 2 reca i principi generali in base ai quali sviluppare l'offerta di salute mentale sul territorio nazionale.

All'articolo 3 è affidata la disciplina e la regolazione dei livelli essenziali dell'assistenza per le persone con disagio e disturbo mentale. Si tratta di una disposizione di portata assai rilevante poiché costituisce, forse, il più rilevante strumento di garanzia e definizione del nucleo indefettibile di assistenza psichiatrica che deve essere garantito ovunque, sul territorio nazionale.

Complementare a tale istituto è quanto disciplinato dall'articolo 4, che riguarda il piano nazionale per la salute mentale. Si richiama il valore fondamentale delle politi-

che di prevenzione integrate, le quali rappresentano, anche secondo l'OMS, la frontiera per abbattere l'incidenza del disturbo mentale e costituiscono la chiave per offrire risposte adeguate oltre che per decisivi risparmi di risorse.

Nel capo II (articoli 5-12) viene analiticamente delineato il sistema dei servizi di tutela e assistenza psichiatrica sul territorio.

Con l'articolo 6 si disciplinano e favoriscono le forme di partecipazione. Seguono, quindi, le analitiche previsioni delle strutture amministrative che afferiscono al dipartimento: i centri di salute mentale; le strutture residenziali; i centri diurni. Esplicite disposizioni (articoli 10 e 11) sono inoltre dedicate al trattamento della crisi e dell'urgenza, nonché ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura sui quali, pure, già la legge n. 180 del 1978 era tutt'altro che priva di indicazioni.

Proprio l'articolo 10 si occupa di esplicitare e rendere ancora più nitido, anche a livello di disciplina di legge ordinaria, il divieto di praticare la contenzione meccanica in psichiatria. Si tratta di attività illegittime e illecite cui si fa troppo sovente ricorso, talvolta in via sommersa, silenziosa e strisciante, nella rete dei servizi per l'assistenza psichiatrica. Appare innanzitutto opportuno rammentare i casi, drammaticamente assurti all'attenzione delle cronache, di decessi verificatisi dopo l'illegittimo ricorso alla contenzione nel servizio di diagnosi e cura di Vallo Lucania, in provincia di Salerno, nell'agosto 2009, e dopo un prolungato stato di contenzione nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura nell'ospedale di Cagliari nel giugno 2006.

Ma ben oltre i clamorosi e drammatici fatti connessi a tali tragiche vicende, la produzione scientifica e il dibattito culturale nel Paese (e, da ultimo, anche le rilevanti risoluzioni del Comitato nazionale per la bioetica del febbraio 2000 e del maggio 2015) evidenziano la necessità di porre un freno normativo alle pratiche di contenzione delle

persone con disturbo mentale che cagionano danni spesso irreversibili alle persone che le subiscono e gettano una luce sinistra su un intero ordinamento giuridico. Invero, l'illeceità delle contenzioni biomeccaniche in ambito medico-psichiatrico dovrebbe dirsi già direttamente sancita alla luce della Costituzione del 1948, specie se si tiene a mente il chiaro dettato dell'articolo 13, quarto comma, della Carta fondamentale, il quale dispone: «È punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà».

Dunque l'articolo 10 del disegno di legge che qui si illustra interviene introducendo un limite normativo espresso nel tessuto dell'articolo 33 della legge istitutiva del Sistema sanitario nazionale, per poi corredarlo di una specifica disposizione di garanzia processuale, innestata sul complesso di norme recate dal successivo articolo 35 della medesima legge.

L'articolo 11 regola l'integrazione socio-sanitaria e l'istituto del *budget* individuale di salute.

L'articolo 12 reca disposizioni volte a incrementare le relazioni e i rapporti istituzionali integrati tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti di pena e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza che hanno di recente sostituito ruolo e funzione degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e custodia. L'obiettivo risiede nel consentire a ciascun magistrato della cognizione e di sorveglianza di poter disporre di un ventaglio di opzioni di assistenza psichiatrica per le persone con disturbo mentale che abbiano commesso un reato, adeguato e in grado di rispondere alle esigenze del singolo individuo. Solo così potrà realizzarsi l'obiettivo più alto perseguito dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81: quello di far ricorso alle misure di sicurezza detentive, per l'in-

fermo di mente autore di reato, solo come soluzione estrema e residuale.

Il capo III (articoli 13-16) disciplina le tecniche, i mezzi di promozione della salute psichica e, in definitiva, assegna la giusta preminenza al tema della prevenzione dei disturbi mentali come direttrice guida dell'operato dei servizi territoriali e dell'indirizzo politico governativo. Regola, inoltre, i rapporti del sistema di tutela della salute mentale con le università e i centri di alta formazione. Le disposizioni contenute negli articoli compresi nel capo III dettano altresì i principi in materia di formazione permanente del personale e istituiscono il sistema degli osservatori per la salute mentale, a livello nazionale e territoriale.

Il capo IV (articoli 17 e 18), da ultimo, reca la disciplina della copertura finanziaria per le norme recate dal disegno di legge e stabilisce l'entrata in vigore delle sue disposizioni.

Il presente disegno di legge è stato predisposto grazie al fondamentale contributo di numerosi esperti, professionisti, associazioni e persone che con impegno e competenza si prodigano quotidianamente per il rispetto dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disturbo mentale e confidano nella concreta attuazione, su tutto il territorio nazionale, di misure adeguate a garantire alle persone l'effettivo accesso a una assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze.

DISEGNO DI LEGGE

CAPO I

PRINCIPI GENERALI E FINALITÀ

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge ha lo scopo di promuovere e proteggere il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disagio e disturbo mentali nonché di prevedere misure adeguate a garantire alle persone stesse e alle comunità l'effettivo accesso a una assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze.

2. Le finalità di cui al comma 1 sono perseguite attraverso azioni volte alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

a) rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio e disturbo mentali, nonché promuovere l'esercizio attivo dei diritti costituzionali e delle libertà fondamentali da parte delle stesse;

b) garantire la piena effettività delle disposizioni previste dagli articoli 34, 35, 36 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riguardo alle modalità di attivazione ed esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO) al fine di evitare ogni forma di coercizione;

c) valorizzare le attività e le iniziative volte a promuovere la prevenzione del disagio e del disturbo mentali, con particolare riferimento allo stile di vita, all'ambito fa-

miliare, al lavoro, alla scuola, agli ambienti di lavoro e alla comunità;

d) garantire, con continuità ed efficacia, l'attuazione di percorsi personalizzati mediante l'erogazione di prestazioni integrate e appropriate, centrate sulla persona e sul suo complessivo ambito relazionale, nonché riconoscere il valore fondamentale della promozione dei percorsi di cura nel contesto di vita;

e) attivare e valorizzare programmi di reinserimento abitativo, lavorativo e sociale;

f) definire i principali strumenti deputati al governo dei servizi per la salute mentale;

g) ridefinire gli indirizzi in materia di profili professionali e formazione nel settore della salute mentale;

h) definire nuovi strumenti di coordinamento e sviluppo della tutela della salute mentale per garantire l'efficacia, l'efficienza e il buon andamento delle politiche regionali in materia, nel pieno rispetto dell'autonomia costituzionalmente garantita ai differenti livelli territoriali di governo.

3. Le disposizioni previste dalla presente legge sono adottate in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione e dei principi derivanti dalle disposizioni di cui alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, e dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché in conformità con il progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000», di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999 e con l'*European framework for action on mental health* per gli anni 2021-2025 dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Art. 2.

(Principi generali)

1. Al fine di attivare programmi di promozione della salute mentale rivolti all'individuo e alla comunità nonché di garantire interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione volti alla tutela della salute mentale, il Servizio sanitario nazionale assicura percorsi di promozione della salute mentale, di prevenzione e di assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa del disagio e del disturbo mentali e delle disabilità psicosociali in tutte le fasi e a ciascun livello di cura, attraverso la realizzazione di politiche orientate al rispetto dei seguenti principi:

a) effettivo accesso a servizi sanitari e socio-sanitari in grado di arginare il rischio di deriva sociale, avvio di percorsi di ripresa, raggiungimento della migliore condizione di salute possibile e promozione di un'appropriata qualità della vita;

b) rispetto dei principi di massima prossimità, sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza degli interventi assistenziali, attraverso percorsi di norma attuati nell'ambiente di vita della persona, anche durante le fasi critiche e di acuzie;

c) previsione e attuazione di strategie, azioni e interventi basati sulle evidenze scientifiche e sulle pratiche che hanno dimostrato il raggiungimento dei migliori risultati per la persona e per la collettività;

d) progettazione e realizzazione delle politiche secondo un approccio interdisciplinare e intersettoriale;

e) responsabilizzazione delle persone con disagio e disturbo mentali, dei nuclei e delle comunità di appartenenza, con il coinvolgimento degli stessi nella definizione, nell'attuazione e nel monitoraggio delle po-

litiche, nonché nella coprogettazione degli interventi a loro destinati;

f) prevenzione del disturbo psichiatrico severo, del suicidio e delle dipendenze in quanto priorità di salute pubblica;

g) previsione dell'adozione di strategie e interventi finalizzati a ridurre lo stress psicosociale e lavorativo, ad accrescere il benessere sul posto di lavoro, a migliorare l'organizzazione e gli orari lavorativi per meglio conciliare vita lavorativa e vita privata, a partire dalla pubblica amministrazione.

Art. 3.

(Livelli essenziali di assistenza)

1. Al fine di garantire l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, il Ministro della salute, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, con la procedura prevista dall'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, privilegiando percorsi di cura in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni e sulla base di un processo partecipato.

2. Quanto disposto dal comma 1 è volto in particolare a:

a) assicurare percorsi di cura a complessità crescente, modulati in base ai bisogni della persona;

b) garantire l'integrazione delle attività e delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale (DSM) e di quelle erogate dagli altri servizi sanitari, specialmente nelle situazioni di confine e di transizione per età o patologia;

c) prevedere l'integrazione dei percorsi di cura con i supporti offerti dai servizi sociali, dal Terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e inserimento al lavoro;

d) sviluppare i programmi terapeutici riabilitativi individuali, quali percorsi esigibili a intensità variabile in rapporto ai bisogni della persona;

e) adottare il *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, in accordo con quanto disposto dalla legge 22 dicembre 2021, n. 227, e dai decreti legislativi adottati in attuazione della medesima;

3. I percorsi di cura a complessità crescente di cui al comma 2, lettera a), sono modulati su quattro livelli:

a) il primo livello, su invio del medico curante o mediante accesso diretto, garantisce un contatto a scopo di valutazione e consultazione, compresi gli interventi precoci e le condizioni di confine riguardanti l'età evolutiva, le disabilità complesse, le demenze e le comorbilità;

b) il secondo livello prevede l'avvio di un rapporto di cura attraverso l'attivazione di un programma terapeutico riabilitativo individuale comprendente trattamenti psichiatrici, psicologici e multidisciplinari, ambulatoriali e domiciliari, psicoterapie individuali, familiari o di gruppo, con il coinvolgimento informato dei familiari, qualora accettato dalla persona, e l'individuazione di un operatore di riferimento, prevedendo il possibile rinvio al medico curante al termine del percorso;

c) il terzo livello è costituito dal percorso terapeutico di riabilitazione e reintegrazione sociale, integrato con componenti

socio-sanitarie e l'eventuale impiego del *budget* individuale di salute; include trattamenti territoriali intensivi, specialmente nelle situazioni di basso livello di consenso alle cure, e programmi di prevenzione dei rischi di sanzione penale o di misure di sicurezza e di continuità di assistenza in condizioni di restrizione di libertà; l'intervento multidisciplinare è integrato da interventi sul nucleo familiare, di promozione dell'auto-mutuo-aiuto e di partecipazione a programmi di inclusione sociale attiva;

d) il quarto livello prevede la presa in carico, ad alta integrazione socio-sanitaria, a favore di persone che presentano bisogni complessi ed elevata disabilità, che necessitano di assistenza nella vita quotidiana mediante percorsi terapeutico-riabilitativi residenziali, integrati da altre componenti per l'inclusione sociale.

Art. 4.

(Piano nazionale per la salute mentale)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, avvalendosi della Consulta nazionale di cui all'articolo 16, comma 2, della presente legge, il Governo adotta, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, un Piano nazionale per la salute mentale, di seguito denominato « Piano ». Il Piano prevede interventi, azioni e strategie finalizzati alla promozione della salute mentale, alla prevenzione del disagio e dei disturbi mentali, alla riduzione dello stigma, al contrasto della discriminazione e delle violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali.

2. Il Piano individua specifici obiettivi e azioni volti in particolare a:

a) salvaguardare e promuovere il benessere psichico di tutti i cittadini, tenendo

conto dei fattori di rischio e di quelli protettivi in ogni fase della vita, anche intervenendo in maniera integrata sui fattori sociali determinanti della salute, in particolare la condizione socio-economica, il livello di istruzione, l'abitazione e l'esposizione a eventi di vita sfavorevoli quali le violenze e le migrazioni;

b) definire le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio e del disturbo mentali, con particolare riferimento alle persone e ai gruppi di popolazione con maggiori difficoltà ad accedere ai servizi;

c) sviluppare le capacità dell'assistenza sanitaria primaria di tutelare la salute mentale, riconoscere precocemente i disturbi, intervenire con programmi di assistenza psicologica a bassa soglia e favorire il reinserimento sociale e lavorativo;

d) promuovere misure di supporto per la salute mentale a favore delle donne e dei nuclei familiari, in particolare a sostegno della genitorialità, in fase prenatale e postnatale, e per il contrasto della violenza domestica;

e) promuovere la salute mentale nei minori e nei giovani adulti, nelle scuole e nei contesti familiari, anche allo scopo di rilevare precocemente i problemi nei bambini, intervenire contro il bullismo e ogni altra forma di disagio e violenza e contrastare gli abusi;

f) favorire la realizzazione di campagne di informazione contro lo stigma, la tutela della dignità delle persone e la difesa dei diritti umani;

g) individuare modalità per il monitoraggio delle condizioni di salute e dei fattori di rischio, anche con riguardo all'impiego di psicofarmaci e alle situazioni a maggior rischio di discriminazione;

h) promuovere strumenti e modalità per la presa in carico delle persone con disturbi

mentali, in particolare quando severi, garantendo la risposta alle situazioni complesse, caratterizzate da scarsa adesione alle cure e da un più alto rischio di deriva sociale e di esclusione;

i) definire strategie per la prevenzione del suicidio, in particolare nei gruppi esposti a maggiore rischio, compresi i comportamenti suicidari correlati alle dipendenze, e per il monitoraggio degli stessi;

l) formulare indirizzi volti a rafforzare la capacità degli operatori a erogare trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci;

m) formulare indirizzi per la qualificazione dei luoghi e degli ambienti in cui sono accolte le persone in cura e in cui operano i professionisti, e per la ristrutturazione e la qualificazione degli spazi dedicati alla salute mentale che versano in condizioni di degrado.

3. Il Piano definisce una strategia nazionale di promozione e prevenzione specifica per la salute mentale, coordinata dal Ministero della salute e realizzata attraverso i piani regionali di prevenzione, integrata con le strategie di prevenzione generale e di promozione della salute, volta a perseguire gli obiettivi di cui al comma 2 combinando interventi universali e attività selettive in grado di rispondere ai bisogni delle singole persone, dei settori sociali vulnerabili e delle comunità.

4. All'interno del modello organizzativo e dei servizi dipartimentali previsti nel capo II, il Piano individua requisiti minimi di qualità della presa in carico e dei luoghi delle cure, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

a) prima accoglienza;

b) sostegno ai familiari;

c) condivisione dei percorsi di cura;

d) risposta nelle situazioni di urgenza, emergenza e crisi;

- e) continuità dell'assistenza;
- f) integrazione socio-sanitaria;
- g) problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa;
- h) strumenti e modalità per la valutazione della qualità delle cure e relativi indicatori.

5. Per le finalità di cui al comma 2, lettera m), è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per l'anno 2023, di 10 milioni di euro per l'anno 2024 e di 15 milioni di euro per l'anno 2025. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

6. Le risorse di cui al comma 5 sono assegnate alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano per la ristrutturazione e la qualificazione delle strutture pubbliche dei DSM, compresi le attrezzature e gli arredi, escludendo la costruzione o l'acquisizione di nuovi immobili, mediante le procedure di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

CAPO II

ARTICOLAZIONE DEI SERVIZI SU BASE DIPARTIMENTALE

Art. 5.

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il DSM cura la promozione e la tutela della salute mentale dell'area di riferimento

all'interno dell'azienda sanitaria competente per territorio, tenendo conto delle caratteristiche culturali, orografiche e di percorribilità per una popolazione non superiore a 500.000 abitanti. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Afferiscono al DSM le seguenti strutture organizzative:

- a)* centro di salute mentale (CSM);
- b)* servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC);
- c)* servizi e programmi per la residenzialità e la semiresidenzialità.

3. Il DSM svolge le sue funzioni attraverso l'offerta di attività e risorse volte:

- a)* alla promozione dell'integrazione professionale, organizzativa e disciplinare, a livello aziendale o interaziendale, di tutti i soggetti che si occupano della salute mentale;
- b)* alla predisposizione di linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di conferire omogeneità ai percorsi sviluppati dai CSM;
- c)* alla promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, pubblici e del privato sociale, e associazioni, incentivando iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
- d)* alla valorizzazione e alla formazione degli operatori e allo sviluppo delle competenze professionali;
- e)* alla raccolta, all'elaborazione e alla trasmissione delle informazioni definite a livello statale e regionale e al monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;

f) al riconoscimento del ruolo fondamentale dell'ascolto e del sostegno dei familiari, nonché del loro coinvolgimento nel programma terapeutico riabilitativo individuale e nel percorso di cura e riabilitazione della persona;

g) alla promozione di modalità di accoglienza che facilitino rapporti di fiducia e di accettazione delle cure, nonché alla garanzia della centralità della persona nei rispettivi percorsi di cura e riabilitazione;

h) alla presa in carico delle persone affette da disturbo mentale che hanno commesso un reato, o che sono a rischio di incorrere in condanne penali o misure di sicurezza, o vi sono sottoposte, attraverso programmi terapeutico-riabilitativi individuali, di intensità modulata in rapporto ai bisogni della persona, evitando in prima istanza l'invio alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza e assicurando le attività di tutela della salute mentale e di presa in carico dei detenuti e degli internati negli istituti di pena di competenza territoriale.

4. Il responsabile del DSM si raccorda, per lo svolgimento delle funzioni di programmazione e pianificazione strategica, coordinamento e monitoraggio dei risultati raggiunti, con il responsabile del distretto sanitario e, per quanto di competenza, con i responsabili dei servizi di assistenza ospedaliera. L'integrazione con le strutture distrettuali nonché le sinergie con l'ospedale sono assicurate dal distretto.

5. Per le finalità di cui al comma 3, le regioni e le province autonome, comprese quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministero della salute, di concerto con il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri e con il Ministero dell'economia e delle finanze, possono bandire concorsi per l'assunzione, in deroga alle dispo-

sizioni vigenti, delle figure professionali di cui all'articolo 14, comma 1.

6. Ai fini di cui al comma 5, è autorizzata la spesa di 80 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2023. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

Art. 6.

(Forme di partecipazione)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono linee di indirizzo sulla base delle quali i DSM programmano con continuità incontri e attività con le persone seguite e i loro familiari, adottano iniziative atte a favorire la conoscenza e la comprensione dei percorsi di cura, a fornire adeguate informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi e ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutte le persone interessate, nonché facilitano e incoraggiano la costituzione di gruppi di protagonismo e auto-mutuo-aiuto. I DSM promuovono altresì iniziative volte ad accrescere le competenze delle associazioni senza fini di lucro di familiari e di persone con esperienza di disagio e disturbo mentale a svolgere in maniera costruttiva e indipendente il ruolo di interlocutori con le istituzioni, le professioni, i media e i soggetti erogatori delle prestazioni sanitarie.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano le modalità attraverso le quali i DSM si dotano di strumenti finalizzati a promuovere l'adozione del programma terapeutico riabilitativo individuale, predisposto sulla base del principio della negoziazione e della massima condivisione, con la partecipazione attiva della per-

sona e tenuto conto delle sue preferenze e delle sue aspettative. In tale processo, la persona può avvalersi di figure di aiuto che ritiene significative, inclusi familiari, persone di fiducia, pari, associazioni e figure di garanzia. Nell'ambito della definizione dei profili professionali degli operatori addetti ai servizi sociali, socio-assistenziali e socio-educativi è definito l'inserimento di figure formate nel supporto e nella valutazione tra pari.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano le modalità attraverso le quali ogni DSM istituisce un comitato di partecipazione comprendente rappresentanti delle figure professionali, delle persone seguite, dei loro familiari e delle associazioni accreditate.

Art. 7.

(Centro di salute mentale e servizio psichiatrico di diagnosi e cura)

1. Il centro di salute mentale (CSM) è la struttura complessa polifunzionale che afferrisce al DSM. Il CSM è deputato all'organizzazione e al coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite l'integrazione funzionale con le attività dei distretti sanitari. Il territorio di competenza è definito su scala distrettuale, dimensionato per una popolazione di norma pari a 60.000 abitanti e comunque non superiore ai 100.000 abitanti, in modo tale da favorire conoscenza, accessibilità e massima prossimità alla popolazione servita.

2. Il CSM garantisce interventi ambulatoriali, domiciliari, di risposta alla crisi e di accoglienza della domanda di urgenza ed emergenza, almeno dodici ore al giorno per sette giorni alla settimana, provvedendo a forme di ospitalità diurna e notturna per tutti i casi che non necessitano di degenza ospedaliera. Per tali scopi è dotato di ambienti a

carattere semiresidenziale e residenziale rispondenti ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997.

3. Il CSM è dotato di un'*équipe* multidisciplinare capace di fornire risposte integrate nei luoghi di vita delle persone, anche in situazioni di crisi e acuzie. L'*équipe* del CSM provvede a identificare al suo interno, nella formulazione del programma terapeutico riabilitativo individuale, un operatore di riferimento che, sulla base di un rapporto fiduciario con la persona, svolge funzioni specifiche in merito alla personalizzazione del programma medesimo e degli interventi in sua attuazione, gestisce i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti nel percorso medesimo e ne informa la persona e i familiari.

4. Competono al CSM le attività di:

a) accoglienza, valutazione della domanda e attività diagnostiche;

b) definizione e attuazione della presa in carico, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di « rete » secondo il principio della continuità terapeutica;

c) raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;

d) promozione di programmi atti a garantire a favore di portatori di gravi patologie organiche l'offerta di un appropriato e competente trattamento psicologico e psichiatrico, anche presso i presidi ospedalieri;

e) attività di autorizzazione, di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al

fine di assicurare l'appropriatezza del ricovero e la continuità terapeutica.

5. Il SPDC è una struttura organizzativa del DSM situata in una struttura ospedaliera. Presso il SPDC sono attuati i trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in regime di ricovero. Esso svolge attività di consulenza a favore degli altri servizi ospedalieri e può svolgere funzioni interaziendali attraverso la stipula di apposite convenzioni o protocolli. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 6, quarto comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180, ciascun SPDC dispone di un numero di posti letto in nessun caso superiore a quindici. Il DSM è comunque tenuto a garantire soluzioni alternative al ricovero in SPDC, in regime di ospitalità diurna e diurno-notturna come risposta a condizioni di crisi, pre-crisi e post-crisi, sia nelle sedi dei CSM che con idonee soluzioni residenziali transitorie.

Art. 8.

(Centro diurno, strutture residenziali e percorsi di residenzialità)

1. Nel rispetto dell'articolo 26 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, le persone con disturbo mentale hanno diritto all'abilitazione e alla riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali. Tale diritto deve trovare piena effettività sin dalle fasi precoci del disturbo, sulla base di una valutazione multidisciplinare delle abilità e dei bisogni di ciascuno. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i DSM, organizzano processi e percorsi abilitativi in collaborazione con le realtà del territorio attraverso servizi e strutture.

2. Il centro diurno è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata in una o più sedi nel territorio

o all'interno del CSM. È aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni la settimana. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati in conformità ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 42 del 20 febbraio 1997. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il centro diurno può essere gestito direttamente dal DSM oppure, attraverso apposite convenzioni, da soggetti privati senza fini di lucro, assicurando la continuità della presa in carico dei pazienti.

3. La struttura residenziale è una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per persone di esclusiva competenza psichiatrica. Persegue lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Si differenzia in base all'intensità dell'offerta sanitaria, di ventiquattro ore, di dodici ore, per fasce orarie e dispone al massimo di dieci posti. È soggetta ai requisiti minimi strutturali e organizzativi di cui al citato decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997. È fatto divieto di istituire più moduli residenziali nello stesso edificio.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tramite i DSM, promuovono percorsi di residenzialità che privilegiano soluzioni abitative atte a promuovere nelle persone autonomia e responsabilità, a prescindere dal grado di disabilità. È favorito il ricorso ad appartamenti a bassa protezione, libere convivenze e accoglienze da parte di nuclei familiari e individui idonei all'offerta di contesti relazionali appropriati. Nell'ambito del diritto alla vita indipendente

e all'inclusione nella società, previsto dall'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, è reso possibile l'abitare assistito al di fuori di strutture socio-assistenziali, e secondo adeguati livelli di vita in base all'articolo 28 della Convenzione medesima, in forma individuale o in piccoli nuclei di convivenza con adeguato supporto.

5. Nell'ambito dei percorsi di residenzialità di cui al comma 4, il DSM promuove e realizza in particolare:

a) soluzioni residenziali in piccoli appartamenti con i requisiti delle civili abitazioni, per ospitalità temporanea sulle ventiquattro ore, gestiti da personale assistenziale ed educativo professionalmente formato in ambito psichiatrico;

b) case-famiglia, senza vincoli temporali di permanenza, con caratteristiche strutturali delle civili abitazioni, dotate di non più di sei posti letto, gestite da figure professionali con competenze socio-assistenziali;

c) gruppi-appartamento, con caratteristiche strutturali delle civili abitazioni, dotati di non più di sei posti letto, la cui gestione può essere totalmente affidata a pazienti e familiari organizzati in ambito associazionistico o secondo modelli di mutuo-aiuto, capaci di offrire l'esperienza acquisita nelle attività del servizio. Nei gruppi-appartamento è garantito un supporto socio-assistenziale alle attività della vita quotidiana.

6. Le strutture residenziali di cui al comma 5 devono essere ubicate nei centri urbani; è vietata l'attivazione di più moduli abitativi nello stesso edificio.

7. I percorsi di residenzialità e di abitare assistito sono posti sotto il governo clinico e il monitoraggio costante dei CSM i quali programmano e verificano l'attività terapeutica, riabilitativa e di inclusione.

Art. 9.

(Interventi di urgenza, emergenza e crisi a livello territoriale)

1. Nelle situazioni di emergenza, urgenza e crisi, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, attraverso i DSM, assicurano, con la massima tempestività in caso di urgenze ed emergenze ed entro ventiquattro ore dalla segnalazione di una situazione di crisi, l'intervento, anche a domicilio, degli operatori del CSM competente per territorio, con il coinvolgimento attivo della rete relazionale e familiare, del medico di medicina generale e degli altri servizi aziendali eventualmente necessari. Il costante raccordo operativo tra i dipartimenti di salute mentale e i servizi di emergenza e urgenza sanitaria è garantito mediante appositi protocolli. L'intervento prevede decisioni di trattamento assicurando prioritariamente le cure nel luogo di vita delle persone ed evitando, ove possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero.

2. In caso di mancata collaborazione della persona, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche, utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno per tenere attivi il dialogo e la negoziazione con il fine ultimo di ottenere il consenso al trattamento da parte dell'interessato. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano in condizione di entrare in contatto con la persona e di valutare le sue condizioni e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, propongono l'accertamento sanitario obbligatorio, ai sensi dell'articolo 33, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Qualora nell'esecuzione dell'accertamento sanitario obbligatorio gli operatori medici accertino la sussistenza dei presupposti previsti dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per il TSO, soltanto dopo che siano

stati esperiti senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente, avanzano la proposta di TSO.

3. Il TSO è attivato presso il competente SPDC dell'azienda sanitaria di riferimento qualora sia necessario il ricorso alla struttura ospedaliera. Qualora sia possibile adottare tempestive e idonee misure extra-ospedaliere, il TSO è eseguito presso il CSM o presso il domicilio del paziente.

4. Contestualmente alla convalida del provvedimento del sindaco ai sensi dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il giudice tutelare nomina un garante. Il garante è scelto nell'ambito di un albo predisposto presso l'ufficio del giudice tutelare e verifica il pieno rispetto dei diritti della persona sottoposta a TSO e la sostiene nella negoziazione del programma di cura con il CSM competente, favorendo la formazione del consenso al trattamento.

5. Fermo restando quanto disposto dagli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, negli SPDC è vietato il ricorso a ogni forma di contenzione meccanica e sono promosse attività di formazione, aggiornamento e monitoraggio continuo della qualità degli interventi terapeutici svolti nel corso dei trattamenti sanitari volontari e obbligatori effettuati in regime di degenza ospedaliera.

Art. 10.

(Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di tutela contro l'illegittimo ricorso a forme di restrizione della libertà personale nei riguardi delle persone con disturbo mentale)

1. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«È punita ogni violenza fisica e morale nei confronti delle persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio e non è am-

messa nei loro confronti alcuna forma di misura coercitiva che si configuri quale ulteriore restrizione della libertà personale ».

2. All'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il terzo comma è inserito il seguente:

« Al momento dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'azienda sanitaria locale è tenuto ad avvisare la persona che ogni misura di coazione adottata nei suoi confronti può essere oggetto di immediato esposto al giudice tutelare »;

b) dopo il sesto comma è inserito il seguente:

« Nel caso in cui la persona sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio o un suo parente, affine o comunque una persona di sua fiducia, lamenti che sia stata attuata una pratica di ulteriore limitazione della libertà personale, può chiedere che il medico curante rediga una relazione sulle modalità e sull'andamento del trattamento, da trasmettere al giudice tutelare. Qualora il giudice tutelare ravvisi gli estremi della violazione di quanto disposto dall'articolo 33, nono comma, trasmette gli atti al tribunale competente per territorio per l'accertamento delle conseguenti responsabilità penali »;

c) al settimo comma, le parole: « quarto e quinto comma » sono sostituite dalle seguenti: « quinto e sesto comma, nonché dell'avviso di cui al quarto comma, ».

Art. 11.

(Integrazione socio-sanitaria)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito della pro-

grammazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, assicurano la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale attraverso un approccio multisettoriale e intersettoriale.

2. Al fine di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano l'integrazione dei servizi di salute mentale con gli altri servizi, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, gli interventi sociali per l'abitazione, i percorsi di formazione e inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, con la partecipazione delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti idonei.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano il *budget* individuale di salute. Esso costituisce lo strumento principale di integrazione socio-sanitaria per la realizzazione del programma terapeutico riabilitativo individuale, in particolare a favore di persone con bisogni complessi, e per la realizzazione di percorsi riabilitativi, ove necessario aventi temporaneamente carattere residenziale, fermo restando l'obiettivo di ripristinare l'autonomia abitativa del soggetto. Il *budget* individuale di salute è predisposto previo accertamento della sua necessità per finalità socio-sanitarie, eseguito mediante una valutazione multidisciplinare, che ne attesti la titolarità per finalità socio-sanitarie, basata sulla complessità delle condizioni e dei bisogni, con il concorso dei servizi sociali e di altri servizi competenti, con risorse definite ed eventuali forme di compartecipazione dei beneficiari o dei loro familiari. Esso è realizzato in partenariato, co-progettazione e cogestione con soggetti del settore privato sociale e prevede un'adeguata articolazione degli interventi e dei supporti e una durata definita in relazione ai bisogni.

Art. 12.

(Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti di pena, il sistema di esecu-

zione delle misure di sicurezza non detentive e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)

1. Ai sensi dell'articolo 12 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, alle persone affette da disturbo mentale sono assicurati un trattamento giuridico paritario e un uguale riconoscimento dei diritti davanti alla legge. Essi hanno diritto a fruire del sostegno di servizi adeguati di sanità, attraverso l'attività diretta delle *équipe* dei DSM presso gli istituti di prevenzione e pena, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008. Al fine di consentire all'autorità giudiziaria di limitare al massimo, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 1 del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, il ricorso alle misure di sicurezza detentive e al ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, il DSM propone programmi per l'attivazione di misure alternative.

2. Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza sono strutture afferenti al DSM. È favorita ogni forma di integrazione delle residenze con la rete dei servizi. Il funzionamento e l'organizzazione delle stesse sono improntati ai seguenti criteri:

a) inapplicabilità delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario all'interno delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza;

b) limite massimo di capienza di venti posti letto, esaurita la quale è opponibile, da parte del sanitario responsabile, la causa di rinvio dell'esecuzione del ricovero;

c) inapplicabilità, all'interno delle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, del TSO di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e sua even-

tuale esecuzione presso gli SPDC competenti per territorio;

d) centralità della dimensione terapeutica del lavoro volto al recupero della soggettività e alla responsabilizzazione della persona;

e) formulazione del programma terapeutico riabilitativo individuale, da parte del CSM territorialmente competente, secondo i principi della partecipazione responsabile della persona sottoposta a misura di sicurezza e attraverso procedure atte a pervenire al consenso informato a ogni trattamento sanitario;

f) previsione di apposite disposizioni volte a garantire, nell'ambito del programma terapeutico riabilitativo individuale, la fruizione di ricoveri sanitari, accesso al lavoro esterno e percorsi di integrazione sociale anche ai fini della rivalutazione della pericolosità sociale attraverso l'attuazione del medesimo programma terapeutico riabilitativo individuale nei comuni contesti di esperienza quotidiana;

g) garanzia di continuità trattamentale nell'esecuzione di misure di sicurezza non detentive presso i CSM e gli SPDC, attraverso un regime di libertà vigilata con prescrizioni mediche;

h) divieto di realizzare più moduli di residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza in un solo edificio o comprensorio e divieto di istituire le medesime residenze presso i locali o gli istituti in precedenza adibiti a ospedale psichiatrico, ospedale psichiatrico giudiziario o istituto di pena, ovvero a strutture private residenziali sanitarie, socio-sanitarie o sociali;

i) piena trasparenza delle prassi organizzative all'interno di ciascuna residenza, mediante la possibilità di fare accedere, previa autorizzazione, rappresentanti di associazioni di volontariato, di promozione dei diritti umani e personale degli uffici dei ga-

ranti nazionale e regionale delle persone private della libertà personale.

3. Al fine di adempiere all'obbligo di presa in carico, da parte delle aziende sanitarie locali, delle persone affette da disturbo mentale che abbiano commesso un reato, assicurando a esse il diritto alle cure e al reinserimento sociale, i DSM si dotano di dispositivi di accoglienza e di presa in carico intensiva territoriale e si organizzano per fornire interventi multidisciplinari all'interno delle strutture penitenziarie, attraverso l'uso delle risorse impiegate per il rafforzamento dell'attività dei servizi, ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di preparazione e formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e all'organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano predispongono annualmente programmi volti all'integrazione tra il servizio sanitario e le esigenze di trattamento delle persone affette da disturbo mentale che abbiano commesso un reato, al fine di provvedere alla riqualificazione dei DSM, favorendo il contenimento del numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture di cui al comma 2 e la destinazione delle risorse alla realizzazione o alla riqualificazione delle sole strutture pubbliche. I programmi sono trasmessi ai presidenti delle corti di appello, ai presidenti dei tribunali e ai presidenti dei tribunali di sorveglianza competenti per territorio.

CAPO III

SISTEMI INFORMATIVI, FORMAZIONE
E RAPPORTO CON LE UNIVERSITÀ

Art. 13.

(Sistema informativo, ricerca e formazione)

1. I sistemi informativi sanitari comprendono strumenti per identificare, raccogliere e riportare sistematicamente dati sulla salute mentale e sulle attività svolte dai servizi sanitari. I dati epidemiologici sulla salute mentale, compresi quelli sui suicidi e sui tentativi di suicidio, sono raccolti allo scopo di migliorare l'offerta di assistenza e le strategie di promozione e di prevenzione.

2. L'Osservatorio nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 16, costituito presso il Ministero della salute, predispone strumenti di controllo della qualità e della sicurezza delle cure, da effettuare tramite organismi indipendenti, con il coinvolgimento delle persone in cura presso i servizi e dei loro familiari.

Art. 14.

(Figure professionali e formazione)

1. Nell'ambito dei servizi per la salute mentale operano le seguenti figure professionali:

- a) medici psichiatri;
- b) psicologi;
- c) infermieri professionali;
- d) educatori professionali;
- e) terapisti della riabilitazione psichiatrica;
- f) terapisti occupazionali;
- g) sociologi;

- h) assistenti sociali;
- i) operatori socio-sanitari;
- l) personale amministrativo.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano garantiscono a tutte le figure professionali di cui al comma 1 l'aggiornamento e la formazione continua, inclusa la formazione pratica, attraverso percorsi adeguati a migliorare la qualità dell'assistenza e a rafforzare la corretta gestione dei servizi, in coerenza con i principi e gli obiettivi della presente legge.

3. Per le finalità di cui al comma 2 è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per ciascuno degli anni 2023, 2024 e 2025, da ripartire tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base della popolazione residente. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2023-2025, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2023, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

Art. 15.

(Funzioni delle università)

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi protocolli d'intesa ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, sono individuate le modalità per l'affidamento alle cliniche universitarie e agli istituti universitari di psichiatria di funzioni assistenziali, da svolgere unitamente alle funzioni di didattica e ricerca, per un'area territoriale delimitata e all'interno del DSM.

2. Le scuole di specializzazione in psichiatria, nel rispetto delle normative vigenti

in materia, valorizzano e promuovono i contenuti della presente legge secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della salute, da adottare, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. Le cliniche psichiatriche, nel rispetto delle normative vigenti, possono far parte dei DSM secondo logiche e pratiche di integrazione e di collaborazione paritaria.

Art. 16.

(Osservatorio e Consulta per la salute mentale)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, istituisce l'Osservatorio nazionale per la salute mentale, con il compito primario di monitorare l'attuazione della presente legge. L'Osservatorio predispone, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione che trasmette al Ministro della salute per la presentazione alle Camere.

2. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, istituisce la Consulta nazionale per la salute mentale comprendente, oltre a rappresentanti dell'Osservatorio di cui al comma 1, le associazioni delle persone affette da disturbo mentale e assistite dai servizi per la salute mentale e le associazioni dei loro familiari maggiormente rappresentative a livello nazionale. Con il medesimo decreto di cui al primo periodo è istituita la rete delle consulte regionali per la salute mentale.

3. La Consulta nazionale ha in particolare il compito di:

a) fornire supporto al Ministro della salute nella definizione delle strategie nazionali e nella predisposizione del Piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 4;

b) contribuire a definire gli strumenti per la verifica dei risultati;

c) contribuire a definire criteri e *standard* di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali;

d) contribuire a verificare le risorse impiegate e le attività svolte;

e) contribuire a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e prevenzione dei disturbi mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori pubblici e privati;

f) contribuire a indirizzare le attività di formazione sui disturbi mentali, le cure, le organizzazioni dei servizi, promuovendo l'attenzione all'ascolto e alle questioni bioetiche.

CAPO IV

FINANZIAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Art. 17.

(Finanziamento dei dipartimenti di salute mentale)

1. In sede di riparto delle risorse finanziarie assegnate al Servizio sanitario nazionale, nell'ambito dei parametri e dei criteri fissati per i LEA, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, de-

finisce le risorse da destinare alla tutela della salute mentale, in misura non inferiore al 5 per cento della dotazione del Fondo sanitario nazionale.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano, tenuto conto delle specifiche esigenze, le modalità per la ripartizione delle risorse destinate alla salute mentale tra i DSM e ne verificano l'utilizzazione.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse destinate alla salute mentale, attribuendo priorità ai progetti, anche innovativi, volti a perseguire gli obiettivi di cui alla presente legge e perseguendo il graduale contenimento della spesa relativa alle strutture residenziali ad alta protezione, pubbliche o private.

4. I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione di cui al comma 3 rimangono nella disponibilità delle singole regioni e province autonome per le finalità di tutela della salute mentale di cui alla presente legge.

Art. 18.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

€ 4,00