



CAMERA DEI DEPUTATI

N. 919

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa dei deputati

MARINELLO, VINCENZO ANTONIO FONTANA, MISURACA, PAGANO

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale e per la difesa dei diritti dei cittadini con disturbi mentali

Presentata l'8 maggio 2008

Onorevoli Colleghi! - Sino ad oggi due sono le principali strade percorse nell'affrontare l'annoso problema dell'assistenza psichiatrica: la deistituzionalizzazione e l'istituzionalizzazione.

Sotto varie forme, con differenti approcci e argomentazioni, la discussione sembra alla fine ricadere solo e unicamente entro questi limiti, inducendo con la contrapposizione di due schieramenti una rischiosa politicizzazione del dibattito.

Non si può negare che la legge n. 180 del 1978 e i successivi interventi legislativi abbiano cancellato quasi completamente l'orrore dei manicomi - e sottolineiamo il quasi - ma è altrettanto necessario osservare la crescente protesta dei familiari delle persone ritenute «insane di mente», che praticamente si sono trovati e si trovano costretti quotidianamente a vivere in situazioni di difficile e, in alcuni casi, impossibile gestione della convivenza. Tali difficoltà di convivenza sono, al tempo stesso, con estrema frequenza, rilevate dalle stesse persone ritenute «insane di mente».

Inoltre alcuni temi fondamentali sembrano essere costantemente trascurati o affrontati solo parzialmente.

Il primo tema è quello dei diritti umani.

La situazione attuale non è certo scevra o immune da tali violazioni: il rapporto dell'Assemblea parlamentare del Consiglio europeo del 15 marzo 1994, documento 7040, sulla psichiatria e sui diritti umani, riferisce che in psichiatria sono comuni le seguenti violazioni: abusi sessuali, umiliazioni, intimidazioni, negligenza e maltrattamenti.

Il secondo tema è quello della qualità dei livelli di assistenza. Se è vero che vogliamo migliorarli, non possiamo allora prescindere dal definirli in modo dettagliato, poiché il problema non è solo «dove» (se a domicilio o in una comunità) le cose si fanno, bensì «cosa» si fa. L'esperienza e la clinica medica possiedono validi strumenti per definire requisiti precisi, che a livello legislativo devono essere almeno introdotti come principio.

Il terzo tema, che la politica in quanto responsabile della gestione pubblica non può dimenticare, è quello dei «costi».

È bene qui ricordare che una sanitarizzazione di massa, così come si otterrebbe impostando l'impianto legislativo unicamente sulla «obbligatorietà delle cure», riguarderebbe almeno 100.000 cittadini italiani (ma secondo autorevoli stime questa cifra potrebbe anche raddoppiare nel corso di pochi anni). Se moltiplichiamo il costo assistenziale giornaliero medio (pur utilizzando parametri molto bassi, cioè 150 euro/die), per 365 giorni, per 100.000, otteniamo una cifra di spesa annua di circa 5 miliardi e mezzo di euro.

Per questi motivi ogni proposta che si indirizzi semplicemente verso l'istituzionalizzazione o verso la deistituzionalizzazione è destinata a fallire; anche con le nuove forme di istituzionalizzazione di cui si parla, in luoghi piccoli, puliti, con le cure e il decoro adeguati.

A tale proposito è opportuno, anche in considerazione del fatto che apparentemente tutti si dichiarano contrari alla reintroduzione dei manicomi, definire esattamente cosa sia in effetti il manicomio o il modello manicomiali, poiché pare che taluni lo identifichino semplicemente con un luogo sporco e di vaste dimensioni.

La migliore definizione di manicomio è indubbiamente la seguente: «Un luogo ove persone che non hanno commesso reati, vengono tenute rinchiusi per mesi, anni o l'intera vita, perché dicono o fanno cose ritenute incomprensibili o irrazionali e dove coloro che li hanno rinchiusi affermano di averlo fatto per curarli».

Possono quindi esistere manicomi grandi o piccoli, sporchi o puliti. Il superamento del manicomio non è pertanto ottenibile semplicemente riducendo il problema alle condizioni igienico-sanitarie e al numero dei degeni.

Tra gli operatori, gli utenti e i familiari è salita la domanda di soluzioni alternative, di un cosa fare, di un come fare che sia diverso e non ricalchi le orme di un passato nefasto.

La domanda è quindi se esista la possibilità di costruire quell'ipotetico percorso che possa portarci, senza traumi insostenibili, al raggiungimento di un così ambizioso obiettivo.

Si ritiene che sia possibile rispondere affermativamente ma, è bene precisarlo sin d'ora, anche tali risposte richiedono un impegno prolungato e meticoloso. Si tratta di un percorso, di un procedere verso la direzione giusta, che richiedono tempo e dedizione.

Esistono sul territorio nazionale vari modelli di comunità (poche purtroppo) - dal Piemonte al Friuli Venezia Giulia e sino alla Sicilia - che hanno organizzato modelli assistenziali differenti. Individuando le risorse inutilizzate (anche immobiliari) dei comuni e delle aziende sanitarie locali e scoprendo quali attività lavorative erano necessarie nella zona, hanno aperto piccole e medie aziende agricole, locande, bar, falegnamerie, laboratori di maiolica artigianale, stabilimenti di itticultura eccetera, coinvolgendo i pazienti come lavoratori in queste attività e fornendo loro un alloggio presso le sedi delle cooperative.

I pazienti hanno avuto la possibilità di scegliere tra numerose sistemazioni, attività e mansioni, trovando essi stessi quanto meglio a loro si confaceva.

Ci si è poi rivolti agli anziani alloggiati negli ospizi, offrendo loro la medesima possibilità; infine la stessa offerta è stata fatta ai giovani disoccupati del luogo.

In questo modo si sono formati nuovi posti di lavoro e si è evitato di creare comunità e attività ghetto (la locanda dei matti o la cascina dei malati di mente) proseguendo in un percorso di inserimento sociale, non verso l'esclusione dalla società.

Le persone, pazienti, anziani, giovani, volontari, che lavorano in queste aziende guadagnano e mantengono se stesse e l'attività cooperativa, con un costo per il Servizio sanitario nazionale ridotto rispetto a quanto avveniva prima.

Risultato? I trattamenti sanitari obbligatori non sono quasi più necessari, le «crisi psicotiche» avvengono in misura drasticamente ridotta, i farmaci somministrati per controllare il comportamento sono stati diminuiti fino al 90 per cento.

È compito della politica raccogliere queste esperienze, le azioni che hanno condotto a veri risultati, ben diversi dal semplice controllo sociale o dal far «stare tranquillo» chi ci disturba. Quelle citate sono «buone prassi» certamente esportabili con successo.

In questa sede è anche necessario decidere se l'utente psichiatrico è solamente un paziente, succube ed eventualmente da segregare, o se è anche un cittadino libero che cerca di risolvere i propri problemi, protagonista dei propri cambiamenti.

Nel primo caso forzeremo la persona verso passività e rassegnazione (incrementando inoltre le possibilità di violenza), nel secondo verso attività, riscatto e riabilitazione. Riteniamo sia opportuno perseguire la seconda scelta, che ha dimostrato di riuscire ad affrontare e a risolvere i problemi sul

campo e non solo in base a un approccio ideologico.

Non è possibile assicurare che tramite questi mezzi tutti «ce la faranno», ma avremo dato a tutti la possibilità di farcela o almeno avremo fornito loro la possibilità di proseguire il loro cammino nella vita, in modo decoroso e degno di una vera società civile.

La presente proposta di legge si prefigge di riorganizzare il sistema nazionale per la salute mentale, introducendo modifiche atte a raggiungere gli obiettivi precedentemente illustrati, e di garantire il rispetto dei diritti umani degli utenti dei servizi psichiatrici, nonché quelli dei loro familiari.

L'articolo 1 illustra tali finalità e al comma 3 introduce, per la prima volta, l'obbligo di stabilire requisiti qualitativi inerenti la qualità degli immobili, l'organizzazione, le attività svolte, l'assistenza medica nonché il rispetto dei diritti umani.

L'articolo 2 istituisce e definisce i dipartimenti di salute mentale (DSM) e i loro servizi principali. Definisce inoltre i compiti dei DSM e alla lettera *h*) del comma 9 istituisce strutture di accoglienza e di ascolto per cittadini in situazioni di grave e temporaneo disagio mentale. L'istituzione di questi centri risponde alle crescenti istanze rilevate da ognuno di noi sul territorio, in relazione a tutte le forme di disagio.

Ai commi 10 e 11 sono istituite strutture residenziali di assistenza ad alto livello di protezione dove potranno trovare ospitalità i soggetti affetti da gravi psicopatologie ed eventualmente i malati destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario non condannati per gravi delitti contro le persone e su parere del magistrato competente.

Tale dispositivo potrà permettere di scontare la pena nelle citate strutture ad alta protezione per quei soggetti destinati oggi all'ospedale psichiatrico giudiziario, che di fatto hanno commesso delitti minori ed eviterà al contempo la convivenza di questi e di persone portatrici di gravi psicopatologie con soggetti ritenuti ad alto rischio di reato.

L'articolo 3 provvede ad assicurare la continuità terapeutica e progetti terapeutici individualizzati.

L'articolo 4 istituisce la figura del garante del paziente psichiatrico e ne precisa compiti e funzioni.

L'articolo 5 definisce le precise modalità e le garanzie di tutela dei diritti fondamentali con le quali deve essere attuato ogni genere di trattamento sanitario obbligatorio. Si ricorda, in proposito, che su questo tema si contrappongono due esigenze: da un lato tutelare i cittadini da ogni possibile abuso in relazione a interventi che ne limitano la libertà personale (non si tratta quindi di un limite a diritti secondari), abusi purtroppo non infrequentemente riscontrati; dall'altro la necessità di poter intervenire con celerità, laddove necessario, al fine di prevenire potenziali drammatiche conseguenze.

L'articolato risponde pienamente a entrambe queste esigenze, garantendo rispetto dei diritti, facoltà di difesa da ingiustizie e iniquità e al contempo possibilità di rapidità d'intervento, come risulta dalla lettura dei commi di questo articolo.

Sino ad oggi eventuali possibilità di difesa del cittadino sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio potevano avvenire solo a posteriori. Si ricorda che il nostro ordinamento giuridico prevede notevoli garanzie relative alla possibilità della sottrazione della libertà personale per i criminali. Gran parte dell'intero e relativamente complesso codice di procedura penale è stata prevista proprio per tale ragione. Garantire almeno una minima possibilità di difesa, nei confronti di cittadini non accusati di reati, è quanto meno doveroso.

Per quanto attiene al comma 6, che illustra il trattamento sanitario obbligatorio, pur precisando che questo è rinnovabile, in considerazione del fatto che la durata media di tale trattamento, rilevata oggi sul territorio nazionale, risulta aggirarsi intorno ai dieci giorni, si è stabilito un limite massimo di un mese.

L'articolo 6 stabilisce le sanzioni per eventuali abusi nella pratica del trattamento sanitario obbligatorio dovuti a interesse personale o ingiusta causa.

L'articolo 7 definisce precisi diritti dei pazienti e dei loro familiari in relazione al lavoro, alla

risoluzione di situazioni di impossibile convivenza, alla libera scelta del medico e delle strutture nonché all'associazionismo.

L'articolo 8 prevede che le strutture per eventuali trattamenti sanitari obbligatori siano a sola gestione pubblica e stabilisce specifici criteri per i rapporti tra regioni, province autonome di Trento e di Bolzano, DSM e strutture pubbliche e private.

L'articolo 9 istituisce le agenzie per la tutela della salute mentale e ne definisce composizione, organizzazione e compiti.

L'articolo 10 precisa i compiti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano in materia di controllo della qualità e della spesa nell'assistenza sanitaria per la salute mentale.

L'articolo 11 definisce la destinazione degli immobili degli ex ospedali psichiatrici e facilita la destinazione di nuovi immobili per la prevenzione, il recupero e il reinserimento, anche lavorativo, delle persone affette da disturbi mentali.

L'articolo 12 stabilisce i rapporti tra le università e i DSM.

L'articolo 13 prevede che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedano all'istituzione dei DSM nei rispettivi territori.

L'articolo 14 definisce gli interventi atti a ridurre il disagio mentale nell'infanzia.

L'articolo 15 contiene le norme finanziarie relative alla copertura dell'onere derivante dall'attuazione della legge.

L'articolo 16 reca abrogazioni di disposizioni della legge n. 833 del 1978.

L'articolo 17, infine, reca la data di entrata in vigore della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. La presente legge, ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, detta i principi fondamentali in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei diritti dei malati psichici e concorre, ai sensi dell'articolo 1, terzo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, alla realizzazione del Servizio sanitario nazionale.

2. Ogni cittadino, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione, ha diritto alla tutela della salute e alla prestazione di interventi terapeutici e riabilitativi adeguati e appropriati, nonché al rispetto dei propri inalienabili diritti fondamentali, indipendentemente dalla valutazione delle sue condizioni mentali.

3. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana apposite linee guida per la determinazione di requisiti qualitativi in materia di assistenza psichiatrica. Tali requisiti sono definiti secondo parametri di verifica e di revisione della qualità delle prestazioni, e devono comunque comprendere:

a) le caratteristiche estetiche e funzionali e la qualità degli immobili e dei locali;

b) la qualità dell'organizzazione del servizio;

c) la qualità delle attività svolte all'interno delle strutture;

d) la qualità dell'assistenza medica;

e) il livello del rispetto dei diritti e della dignità umani.

4. Le regioni a statuto ordinario e le province autonome di Trento e di Bolzano,

entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplinano i servizi di salute mentale nel rispetto delle finalità e dei principi previsti dalla medesima legge.

5. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione.

Art. 2.

1. Le attività di prevenzione e di cura dei disturbi mentali sono svolte per mezzo del dipartimento di salute mentale (DSM).

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano godono di autonomia organizzativa e determinano gli indirizzi per l'istituzione e per il funzionamento delle strutture operative di cui al comma 1.

3. Il responsabile del DSM è nominato dall'azienda sanitaria locale (ASL) competente, ai sensi delle vigenti norme in materia di assunzione, e deve essere un medico di comprovate esperienze nello specifico settore e con spiccate capacità organizzative e imprenditoriali, al fine di attuare quanto previsto dalla presente legge, nonché dalle linee guida emanate dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali ai sensi dell'articolo 1, comma 3.

4. Il DSM effettua gli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie mentali e condivide con il medico di famiglia la responsabilità della cura del malato e del suo recupero sociale stabiliti in relazione al suo stato.

5. Il DSM garantisce trattamenti differenziati in funzione delle diverse caratteristiche dei pazienti e della differente natura delle malattie psichiche. Per tali scopi, nell'ambito degli interventi di cui al comma 4, garantisce la realizzazione di strutture, anche residenziali, diversificate per tipologia, livelli di assistenza e di protezione.

6. Le strutture residenziali di assistenza (SRA) sono destinate alle persone affette

da disturbi mentali in fase *post* acuta, non assistibili a domicilio, o che hanno motivi di incompatibilità alla convivenza nel proprio nucleo familiare o che preferiscono tale forma di assistenza all'assistenza domiciliare e che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi. Le SRA sono strutture autonome, coordinate dai rispettivi DSM di appartenenza e poste sotto la loro supervisione.

7. Le SRA rispondono agli specifici requisiti stabiliti ai sensi dell'articolo 1, comma 3. Le SRA sono strutture non solo a carattere sanitario, ma di tipo residenziale, aperte e piacevoli, ove si effettuano programmi riabilitativi, attività lavorative, ricreative, attività fisica e ogni altra attività fissata con apposita direttiva emanata dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in conformità ai citati requisiti.

8. Al fine di realizzare SRA conformi ai requisiti di cui al comma 7, i DSM possono stipulare apposite convenzioni con il privato sociale, le cooperative sociali e le imprese sociali, in particolare per l'inserimento dei pazienti nel mondo del lavoro.

9. I DSM hanno il compito di:

a) assicurare il trattamento psichiatrico di diagnosi e di cura in fase di degenza ospedaliera fino al completamento del ciclo terapeutico dell'episodio acuto;

b) curare le persone affette da disturbi mentali a livello ambulatoriale e domiciliare, assicurando le terapie necessarie al loro recupero, e garantire un'adeguata attività terapeutico-riabilitativa nella fase di *sub*-acuzie o di *post*-acuzie;

c) organizzare e controllare l'inserimento della persona affetta da disturbi mentali in fase cronica e non assistibile a domicilio nelle strutture di tipo residenziale preferibilmente scelte dalla

persona stessa o dai suoi familiari o da chi ne è responsabile, anche se non facenti parte del territorio di competenza dei DSM;

d) seguire e controllare il passaggio dell'utente nelle varie strutture, tenendone

costantemente informati i familiari, ovvero il tutore, i conviventi e il medico di famiglia;

e) collaborare con gli enti locali e con le altre strutture competenti per gli interventi sociali necessari all'integrazione dei pazienti affetti da disturbi mentali anche sotto il profilo lavorativo;

f) garantire la realizzazione di strutture abitative destinate alle persone affette da disturbi mentali in fase *post*-acuta;

g) assicurare il servizio di emergenza psichiatrica territoriale per le situazioni in cui è richiesto un intervento domiciliare;

h) disporre di strutture di pronta accoglienza, anche in collaborazione con organizzazioni di volontariato, che non effettuano alcuna attività terapeutica o diagnostica, ma garantiscono accoglienza e ascolto alle persone in situazione di grave e temporaneo disagio mentale.

10. In ciascuna regione o provincia autonoma è istituita almeno una SRA ad alta protezione per accogliere le persone affette da gravi psicopatologie, anche in regime di trattamento sanitario obbligatorio, o che rifiutano l'inserimento in altre strutture o comunità terapeutiche. I comuni provvedono, nell'ambito delle loro disponibilità, al reperimento delle strutture immobiliari per fini residenziali o lavorativi destinate a essere adibite a SRA.

11. I soggetti destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario, qualora non siano stati condannati per gravi delitti contro le persone, possono, su disposizione del magistrato competente, scontare la propria pena nella SRA ad alta protezione di cui al comma 10, in conformità alle direttive stabilite dal decreto di cui al comma 12.

12. Con decreto del Ministro della giustizia, emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità del ricovero presso le SRA ad alta protezione dei soggetti di cui al comma 11.

13. I DSM hanno, altresì, i seguenti compiti:

a) fornire attività di consulenza in favore delle strutture ospedaliere di degenza e di pronto soccorso, dei medici di famiglia e dei medici dei servizi previdenziali;

b) garantire che il personale già attualmente in forza presso gli *ex* ospedali psichiatrici, i reparti di psichiatria, i presidi ospedalieri, le comunità psichiatriche o comunque impiegato nel settore della salute mentale, riceva una formazione professionale adeguata al fine di dare attuazione a quanto previsto dalla presente legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabiliscono le modalità e i tempi di tale formazione professionale;

c) istituire e organizzare al proprio interno le unità operative di neuropsichiatria infantile, per il trattamento dei disturbi mentali nell'età evolutiva.

14. Il DSM assicura l'istituzione di servizi differenziati, che comunque prevedono la realizzazione di:

- a) aree dedicate ad attività artistiche e ludiche;
- b) attività lavorative retribuite in cooperazione con il privato sociale e con le imprese sociali;
- c) corsie preferenziali per il reinserimento progressivo dei malati in attività lavorative esterne;
- d) una struttura di rete che consenta l'integrazione e la comunicazione di tutte le risorse disponibili.

15. Ciascuna struttura operativa del DSM è dotata di *équipe* multidisciplinari, di cui è responsabile un medico psichiatra.

16. Il DSM effettua un monitoraggio sistematico della spesa sanitaria, in particolare delle spese sostenute per i ricoveri, e dei costi di trattamento per paziente e per patologia, secondo le modalità indicate

dalle agenzie per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 9.

17. Il DSM effettua altresì un monitoraggio sistematico dei risultati dei trattamenti, secondo le modalità indicate dalle agenzie per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 9.

18. I DSM collaborano con le istituzioni scolastiche, su segnalazione e su richiesta di queste ultime, per compiti di intervento precoce sul disagio psichico e di informazione in favore del corpo insegnante.

19. Per l'età evolutiva, che si conclude con il compimento del diciottesimo anno di età, le attività di prevenzione e di cura dei disturbi mentali sono svolte dalle unità operative di neuropsichiatria infantile di cui al comma 13, lettera c), operanti all'interno del DSM.

Art. 3.

1. Il DSM provvede ad assicurare una adeguata e appropriata continuità terapeutica, attuata secondo il metodo della collaborazione e per mezzo di opportuni protocolli operativi, tra tutte le strutture di trattamento psichiatrico territoriali e ospedaliere.

2. Il DSM provvede all'elaborazione e all'attuazione del progetto terapeutico individualizzato, nonché al coordinamento del percorso terapeutico del paziente in carico.

Art. 4.

1. È istituito il garante del paziente psichiatrico. Il garante rappresenta in sede istituzionale i diritti del paziente psichiatrico, è nominato dal sindaco ed è scelto tra i soggetti iscritti a un apposito albo professionale territoriale. Requisito per l'iscrizione all'albo è il possesso della specifica abilitazione rilasciata da ciascuna regione o provincia autonoma.

2. Il garante del paziente psichiatrico è nominato su richiesta del paziente stesso, dei suoi familiari, dell'*équipe* curante o del medico di famiglia, quando se ne ravvisi la

necessità; è nominato d'ufficio per i pazienti che sono sottoposti a procedure che prevedono tale figura e che ne sono sprovvisti; rimane in carica per il periodo necessario a svolgere le funzioni per cui è stato nominato.

3. Il garante del paziente psichiatrico, in particolare, provvede a svolgere le seguenti funzioni:

a) essere l'interlocutore privilegiato del paziente e garantire una sua corretta comunicazione con le istituzioni;

b) partecipare a tutte le procedure in cui è prevista la sua partecipazione;

c) informare il paziente dei provvedimenti sanitari che lo riguardano;

d) assicurare al paziente la corretta applicazione delle procedure che lo riguardano;

e) segnalare direttamente alle agenzie per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 9 eventuali irregolarità od omissioni che riguardano il paziente;

f) tutelare il paziente nei suoi interessi patrimoniali, attivando, ove necessario, le procedure di inabilitazione o di interdizione;

g) tutelare il paziente nelle problematiche relative all'inserimento lavorativo;

h) tutelare il paziente nelle problematiche relative all'inserimento abitativo.

4. Al garante del paziente psichiatrico non competono funzioni tecniche di cura o di assistenza, le quali sono di esclusiva competenza dell'*équipe* curante.

5. In ciascun comune è istituito un ufficio del garante del paziente psichiatrico, che svolge funzioni di coordinamento e di controllo dei singoli garanti.

6. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ciascuna regione e provincia autonoma definisce le modalità di nomina, di conseguimento dell'abilitazione di cui al comma 1 e di funzionamento del garante del paziente psichiatrico.

7. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono alla retribuzione del garante del paziente psichiatrico, che ha diritto a una remunerazione su base oraria, commisurata agli emolumenti dei dirigenti di enti pubblici.

Art. 5.

1. Ogni accertamento e trattamento sanitario obbligatorio può essere effettuato esclusivamente dopo avere svolto ogni azione e attuato ogni valido e pertinente tentativo di ottenere il consenso alle cure della persona affetta da disturbi mentali o, in caso di soggetto in età evolutiva, dei genitori o di chi esercita la potestà parentale. Il medesimo trattamento deve altresì essere realizzato garantendo l'incolumità del paziente e l'uso di modalità il meno invasive possibile e adeguate alle diverse situazioni contingenti.

2. Nessuno può essere privato della libertà personale o rinchiuso in istituti, sezioni ospedaliere o posto sotto speciale tutela od osservazione, in ragione della propria razza, sesso, lingua, religione, opinione politica, origine o *status* sociale.

3. Gli accertamenti sanitari volontari (ASV) si configurano come uno strumento capace di perseguire l'obiettivo di entrare in contatto con la persona quando si ha il fondato sospetto della presenza di alterazioni psichiche. Gli ASV consistono, in particolare, in accertamenti, visite ed esami clinici effettuati nell'unità operativa ospedaliera di psichiatria. È esclusa dai protocolli dell'ASV qualsiasi terapia obbligatoria. Nessun farmaco o trattamento obbligatorio può essere somministrato senza il consenso della persona che ha accettato e che si sottopone spontaneamente all'ASV.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio può essere effettuato:

a) nei confronti di pazienti che presentano gravi alterazioni psichiche e comportamentali;

b) nei confronti di pazienti che necessitano di trattamenti urgenti e indifferibili, che i pazienti stessi non accettano;

c) quando sono stati espletati tutte le azioni e tutti i tentativi per il consenso al trattamento e sono risultati inefficaci eventuali ASV e trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza.

5. L'ASV ospedaliero si configura come una procedura preliminare a un eventuale trattamento sanitario obbligatorio e consente di realizzare una valutazione diagnostica approfondita in ambiente ospedaliero, per verificare se sussistono le condizioni di applicabilità dello stesso trattamento. L'ASV volontario ospedaliero è l'atto formale che deve essere proposto ad un paziente ove si riscontrino le condizioni necessarie al trattamento sanitario obbligatorio previsto dal comma 4.

6. Il trattamento sanitario obbligatorio:

a) può essere richiesto da qualsiasi medico;

b) deve essere convalidato da un medico specialista in psichiatria del DSM;

c) è sottoposto, preventivamente, con parere obbligatorio e vincolante, alla valutazione della commissione di cui al comma 10. Qualora necessario è eseguito in collaborazione con le Forze di polizia municipale;

d) ha una durata massima di un mese ed è rinnovabile per un massimo di tre volte.

7. Qualora vengano a cessare le condizioni di applicabilità del trattamento sanitario obbligatorio, il soggetto deve essere messo in condizione di ritornare nel luogo dove è stato prelevato, se lo desidera.

8. Il trattamento sanitario obbligatorio:

a) è effettuato nella divisione ospedaliera di psichiatria, ed eventualmente nelle SRA ad alta protezione, di cui all'articolo 2, comma 10;

b) può essere interrotto in qualsiasi momento dallo psichiatra ospedaliero, avvisando tempestivamente il medico di famiglia, i familiari o i soggetti che hanno la

responsabilità dell'interessato e il servizio psichiatrico competente.

9. Il medico e lo psichiatra del DSM, nei confronti di un soggetto che presenta evidenti e importanti disturbi comportamentali, tali da far supporre l'esistenza di gravi alterazioni psichiche, sono tenuti a richiedere il consenso del soggetto stesso di sottoporsi all'ASV. In caso di assenso, il paziente rilascia un'apposita dichiarazione scritta ed è ricoverato per accertamenti nell'unità operativa ospedaliera di psichiatria. In caso di rifiuto del paziente a sottoporsi all'ASV ed esclusivamente in presenza di comportamenti concreti e distruttivi verso se stesso o altri ovvero verso i propri o altrui interessi, e che necessitano di un intervento urgente, il medico può richiedere un trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza, che deve comunque essere convalidato da uno psichiatra del DSM. Il trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza può essere eseguito, se necessario, con la collaborazione di personale delle Forze di polizia municipale. Il medico proponente, lo psichiatra del DSM e le Forze di polizia municipale, qualora presenti, firmano un apposito modulo attestante il rifiuto del paziente di sottoporsi all'ASV. Il trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza ha una validità di 72 ore e deve essere effettuato presso le divisioni di psichiatria delle ASL o delle aziende sanitarie ospedaliere pubbliche, non è rinnovabile e ha finalità esclusivamente diagnostiche. I medici della divisione di psichiatria possono interrompere il ricovero, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari o i soggetti che hanno la responsabilità dell'interessato e il DSM. Il trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza è sottoposto entro 24 ore alla valutazione della commissione di cui al comma 10.

10. È istituita in sede locale, secondo modalità previste delle singole regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, una commissione per i trattamenti sanitari obbligatori con la funzione di valutare, e nel caso di convalidare, le proposte e le richieste di trattamento sanitario

obbligatorio. La commissione è composta da un giudice tutelare, dal direttore del DSM o da persona da lui stesso delegata e dal garante del paziente psichiatrico. I membri della commissione hanno diritto a una remunerazione su base oraria, commisurata agli emolumenti dei dirigenti di enti pubblici.

11. La commissione di cui al comma 10 adotta decisioni in merito a:

a) trasformazione degli ASV e dei trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza in trattamenti sanitari obbligatori o loro annullamento, entro 24 ore dalla relativa richiesta, nonché valutazione e convalida dei trattamenti sanitari obbligatori entro 72 ore dalla richiesta;

b) ricorsi contro trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza e trattamenti sanitari obbligatori, presentati da chiunque ne ha interesse;

c) reclami o segnalazioni da parte dei cittadini sul funzionamento delle strutture che effettuano ASV, trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza e trattamenti sanitari obbligatori, al fine di promuovere gli occorrenti procedimenti di carattere amministrativo, civile o penale.

12. L'interessato ha il diritto di partecipare alle sedute della commissione di cui al comma 10 che lo riguardano ed è assistito da un rappresentante legale di sua scelta o, in alternativa, dal difensore civico.

13. La commissione di cui al comma 10, nell'esercizio delle sue funzioni, procede con le seguenti modalità:

a) ricevuta la richiesta di un trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza convoca le parti entro 24 ore; in caso di richiesta di trattamento sanitario obbligatorio, la convocazione è fissata entro 72 ore;

b) appurata la presenza del difensore o di un avvocato scelto dall'interessato o, in alternativa, del difensore civico, eventualmente assistito da un perito di parte, procede all'esame del caso. Sia la parte

proponente il trattamento sanitario obbligatorio o il trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza, sia il paziente oggetto dell'udienza o chi lo rappresenta possono produrre documenti e testimoni a convalida delle rispettive tesi, con facoltà di controinterrogatorio. La difesa può altresì esaminare eventuali rapporti o documenti presentati dalla parte proponente il trattamento sanitario obbligatorio o il trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza;

c) in caso di precedente consenso del paziente a un ASV, ne tiene conto quale elemento contrario all'eventuale convalida di un trattamento sanitario obbligatorio;

d) entro la data di scadenza di ogni trattamento sanitario obbligatorio, su richiesta motivata del DSM, può prolungare la durata del trattamento sanitario obbligatorio per un eguale periodo. Il paziente sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e il suo rappresentante legale devono essere informati della richiesta di prolungare il trattamento sanitario obbligatorio contestualmente alla commissione e possono presenziare alla nuova udienza, che avviene con le stesse modalità del procedimento di convalida del trattamento sanitario obbligatorio.

14. La persona affetta da disturbi mentali o chiunque ne ha interesse, può appellarsi in qualunque momento alla commissione di cui al comma 10 per chiedere l'annullamento o una modifica del trattamento sanitario obbligatorio o del trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza o, in alternativa, può presentare ricorso motivato direttamente al giudice tutelare. Questi può annullare una precedente convalida del trattamento sanitario obbligatorio o del trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza o disporre una nuova udienza anche con una commissione di differente composizione.

Art. 6.

1. Chiunque richiede, fornisce o presta assistenza al fine di ottenere un trattamento

sanitario obbligatorio d'urgenza o un trattamento sanitario obbligatorio a carico di altri, per proprio vantaggio o ingiusta causa, è punito con una sanzione amministrativa pecuniaria da un minimo di 1.000 euro a un massimo di 20.000 euro, sempre che ciò non costituisca più grave reato e fatto salvo il maggiore danno in sede civile.

Art. 7.

1. Le persone affette da disturbi mentali hanno diritto di essere inserite nelle liste di collocamento obbligatorio per disabili, senza alcuna discriminazione dovuta al loro stato. A tale fine le SRA prevedono la realizzazione al loro interno di idonee attività lavorative nonché la collaborazione con cooperative e imprese sociali per l'attuazione di specifici percorsi di inserimento sociale.

2. L'attività lavorativa delle persone affette da disturbi mentali è incentivata, fermo restando il divieto di renderla obbligatoria. I compensi derivanti da tale attività sono stabiliti in conformità alle disposizioni vigenti in materia per le cooperative e le imprese sociali.

3. Le aziende che hanno l'obbligo di assumere personale dalle liste di collocamento obbligatorio per disabili possono convertire tale obbligo nel conferimento di lavoro da svolgere all'esterno dell'azienda, da affidare alle cooperative sociali di cui fanno parte soggetti affetti da disturbi mentali, secondo modalità da stabilire a cura del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Il DSM si adopera per incentivare la convivenza con le persone affette da disturbi mentali e garantire ai loro familiari i necessari supporti psicologici attraverso programmi psicoeducativi.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere specifiche forme di sussidio per i familiari disponibili ad assistere presso il proprio

nucleo familiare la persona affetta da disturbi mentali.

6. Le persone affette da disturbi mentali, i loro familiari e i soggetti che ne hanno la responsabilità sono incentivati a costituire liberamente associazioni finalizzate alla tutela e alla difesa dei loro interessi.

7. Le associazioni costituite ai sensi del comma 6 e le organizzazioni di volontariato iscritte agli appositi albi regionali sono consultate, in via preliminare, dalle strutture del DSM, in tutte le decisioni relative alla politica della salute mentale svolta sul territorio.

8. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con persone maggiorenne affette da disturbi mentali e, nei casi di convivenza resa impossibile a causa di problemi comportamentali di un membro maggiorenne dello stesso nucleo, possono richiedere l'intervento del giudice ordinario, il quale è tenuto a pronunciarsi con procedura d'urgenza.

9. Il giudice di cui al comma 8 qualora constati al di là di ogni ragionevole dubbio che, anche in assenza di violazioni alle norme del codice penale, la persona affetta da disturbi mentali ha messo in atto con persistenza comportamenti antisociali che rendono estremamente difficile la stessa convivenza, ne ordina, con decreto, l'allontanamento dal nucleo familiare. La persona allontanata ai

sensi del presente comma, qualora il giudice rilevi che essa non abbia alcuna possibilità di soggiornare in altro luogo, è ospitata presso le strutture o i servizi previsti dalla presente legge.

10. L'attività del DSM può essere integrata con la collaborazione di organizzazioni di volontariato e non lucrative di utilità sociale per le finalità assistenziali, di prevenzione, di comunicazione e di ricerca scientifica.

11. La persona affetta da disturbi mentali, i suoi familiari o chi ne ha la responsabilità, hanno diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e di assistenza o di supporto, fermo restando il diritto dei medesimi soggetti di prestare il proprio consenso a qualsiasi scelta che li riguardi, ad esclusione dei trattamenti obbligatori previsti dalla presente legge.

Art. 8.

1. I servizi del DSM possono essere a gestione pubblica o privata, fatta eccezione per i servizi relativi agli ASV, ai trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza e ai trattamenti sanitari obbligatori che sono a gestione esclusivamente pubblica.

2. Per lo svolgimento delle attività del DSM, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si avvalgono, nel rispetto di quanto previsto in tale materia dalla legislazione vigente, delle case di cura con indirizzo specifico neuropsichiatrico previste dall'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, stipulando appositi contratti per il ricovero ospedaliero e per ogni altra prestazione appropriata.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano controllano, tramite i propri ispettori, la conformità delle strutture del DSM, a gestione pubblica o privata, alle disposizioni della presente legge, nonché ai principi di un corretto e umano trattamento delle persone affette da disturbi mentali.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuti presenti i pareri dei responsabili del DSM e dell'utenza, nonché il risultato delle ispezioni di cui al comma 3, possono altresì stipulare apposite convenzioni con le strutture socio-sanitarie private presenti sul proprio territorio, abilitandole al trattamento delle persone affette da disturbi mentali. Tali convenzioni danno la possibilità alle strutture stesse di poter essere utilizzate dalle ASL, come parte integrante dell'organizzazione del DSM. Le ASL, qualora non ritengano opportuno utilizzare strutture private, possono procedere tramite la stipula di specifici contratti con altri soggetti. Nell'ambito dell'utilizzazione delle strutture private, è data la precedenza a quelle già convenzionate e a quelle a carattere

cooperativo o di impresa sociale ovvero a quelle che utilizzano il lavoro, anche parziale, delle persone affette da disturbi mentali.

Art. 9.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono agenzie regionali o provinciali per la tutela della salute mentale con le seguenti funzioni:

a) valutare l'efficacia degli interventi relativi alle iniziative di socializzazione e di riabilitazione realizzati in favore delle persone affette da disturbi mentali;

b) controllare il rispetto dei diritti dei pazienti ricoverati nelle strutture pubbliche o private, anche mediante l'effettuazione di visite senza preavviso presso le medesime strutture;

c) verificare il livello di aggiornamento professionale degli operatori;

d) promuovere l'avvio di esperienze di riabilitazione lavorativa nonché l'istituzione di cooperative e di imprese sociali dei pazienti ricoverati;

e) individuare le SRA più funzionali e i DSM che sono stati in grado di attivare servizi diversificati, efficienti ed efficaci, al fine di attribuire agli stessi il ruolo di centri di formazione permanente di psichiatria per le attività di cui all'articolo 12, comma 6;

f) ricevere segnalazioni e verificare eventuali casi di abuso su pazienti ricoverati od ospitati in strutture pubbliche o private;

g) ricevere segnalazioni su qualunque ricovero ospedaliero volontario od obbligatorio, nei reparti di psichiatria e nelle strutture private, di durata superiore a tre mesi o, anche cumulativamente per ricoveri successivi, a sei mesi nell'arco di un anno.

2. L'agenzia di cui al comma 1 è composta da quattro membri, di cui:

a) due medici segnalati dall'assessorato regionale o della provincia autonoma competente per la sanità;

b) un avvocato segnalato dall'ordine regionale o della provincia autonoma degli avvocati;

c) un esperto nel settore dei diritti umani segnalato dall'assessorato regionale o della provincia autonoma competente per la cultura.

3. L'agenzia di cui al comma 1 dura in carica per l'intera legislatura del rispettivo consiglio regionale o della provincia autonoma e presenta annualmente una relazione scritta ai medesimi consigli sullo svolgimento della propria attività.

Art. 10.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano svolgono funzioni di controllo di qualità, di monitoraggio della spesa sanitaria, di verifica e di ispezione sui parametri indicati dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, avvalendosi anche delle agenzie regionali e provinciali per la tutela della salute mentale di cui all'articolo 9.

2. Le agenzie regionali e provinciali per la tutela della salute mentale inviano un rapporto annuale al Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali sulle attività svolte ai sensi del comma 1.

Art. 11.

1. Le aree e gli edifici degli *ex* ospedali psichiatrici non possono essere adibiti a strutture per l'ospitalità e per la cura di persone affette da disturbi mentali. Tali aree ed edifici devono essere alienati e i redditi così prodotti sono destinati alla realizzazione di nuove strutture per le persone affette da disturbi mentali ovvero al finanziamento di strutture già esistenti.

2. La vendita o la locazione di beni mobili e immobili degli *ex* ospedali psichiatrici è attuata ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e successive modificazioni.

3. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso gratuito agli enti e alle associazioni convenzionati, nonché agli organismi del privato sociale, beni di loro proprietà con vincolo di destinazione alle attività di prevenzione, di recupero e di reinserimento, anche lavorativo, delle persone affette da disturbi mentali.

Art. 12.

1. Le università nelle quali sono istituite scuole di specializzazione di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, nell'ambito delle proprie competenze e ferma restando la loro autonomia, partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica stipulando apposite convenzioni con le regioni ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e sono responsabili dei reparti ospedalieri costituiti nel proprio ambito.

2. Le università di cui al comma 1 collaborano alla gestione del DSM o, qualora questo non sia presente sul territorio di competenza, alla sua istituzione.

3. Le università sono autorizzate a svolgere, anche a livello nazionale e regionale, attività diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e di assistenza di secondo livello per patologie mentali particolari.

4. Alle università sono comunque assicurate l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi di cui al presente articolo, nonché la possibilità di organizzare gli stessi in modo conforme alle esigenze dell'attività didattica, della formazione e della specializzazione professionali nonché della ricerca scientifica, a condizione che sia sempre garantita la tutela dei diritti del malato.

5. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano a organizzare la ricerca e la didattica nel settore della salute mentale in conformità ai criteri stabiliti

dalla vigente legislazione regionale o della provincia autonoma. Alle attività di ricerca e di studio, svolte nell'ambito delle convenzioni di cui al comma 1, partecipano, nel rispetto dei propri poteri e competenze e secondo le proprie qualifiche, anche gli operatori del DSM, indipendentemente dall'ente di appartenenza.

6. Presso i DSM e le strutture attivate sul territorio, comprese le SRA, individuate ai sensi dell'articolo 9, comma 1, lettera e), sono organizzati appositi corsi di formazione per il personale psichiatrico e per gli studenti specializzandi in psichiatria. Tali corsi sono realizzati con specifici accordi tra le università e i DSM.

Art. 13.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono presso ogni ASL, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, i DSM. Il relativo personale può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti in materia di assunzioni, di trasferimenti e di inquadramenti. Entro due anni la ASL svolge ogni più efficace operazione che sia in grado di assicurare il completamento dei servizi previsti, se del caso ricorrendo a idonee strutture convenzionate.

2. I prefetti cooperano al reperimento delle strutture di cui al comma 1, su richiesta dei responsabili delle ASL o delle autorità comunali o regionali o delle province autonome, anche mediante requisizione provvisoria degli edifici pubblici o privati previsti dall'articolo 11.

3. Qualora una ASL non provveda all'istituzione dei DSM entro il termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale o della provincia autonoma nomina un commissario *ad acta* con lo specifico compito di organizzare il DSM e di reperire personale e strutture.

4. Qualora, entro un mese dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale o della provincia autonoma non abbia nominato il commissario *ad acta* ai sensi del comma 3,

quest'ultimo è nominato con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Art. 14.

1. Per l'individuazione precoce delle situazioni di rischio psico-patologico e dei disturbi mentali, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con proprio decreto, stabilisce le modalità di realizzazione di specifici programmi atti alla diffusione di idonei interventi presso le scuole di ogni ordine e grado, esclusivamente su segnalazione degli insegnanti e con il consenso dei genitori.

2. Qualsiasi forma di intervento disposta ai sensi del comma 1 prevede, in particolare, in ogni possibile causa di disagio:

a) l'effettuazione di controlli medici atti a individuare le patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche;

b) l'esame di eventuali problematiche relative al percorso scolastico e all'approccio allo studio;

c) l'accertamento dell'esistenza di eventuali problemi familiari o di relazione con uno o più familiari o con uno specifico insegnante;

d) l'esame volto a individuare gli alunni che, per particolari doti di creatività o per quozienti di intelligenza al di sopra della media, possono beneficiare di interventi didattici specifici e di livello superiore a quello del corso di studio frequentato.

3. È fatto divieto di procedere ad analisi psicologiche finalizzate a inquadrare gli studenti in categorie stereotipate o ad esercitare sugli stessi un controllo o una pressione psicologica.

4. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con proprio decreto, prevede la realizzazione di appositi programmi informativi per la popolazione al fine di ridurre e di superare i pregiudizi

legati ai disturbi mentali; promuove, altresì, la realizzazione di programmi di formazione per medici di famiglia nel settore della salute mentale nell'età evolutiva con particolare attenzione all'incremento della capacità diagnostica nell'individuazione delle patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche, nonché di programmi di ricerca, da attuare nel rispetto dei diritti dei minori e delle loro famiglie.

Art. 15.

1. Gli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge sono posti a carico del Fondo sanitario nazionale. Una quota non superiore al 5 per cento delle disponibilità del Fondo sanitario nazionale è destinata al funzionamento delle attività per la tutela della salute mentale.

2. Le ASL ricevono un finanziamento in funzione dei livelli di assistenza qualitativi raggiunti e certificati ai sensi della presente legge.

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano determinano l'entità del finanziamento di cui al comma 2 in considerazione del numero dei pazienti che hanno effettivamente completato ogni percorso terapeutico riabilitativo.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a definire un ulteriore finanziamento per i medici di famiglia che accettano di condividere la gestione del trattamento per i pazienti affetti da disturbi mentali, secondo i percorsi diagnostici e terapeutici definiti dai rispettivi DSM.

5. Per il finanziamento delle attività di tutela della salute mentale nell'età evolutiva, in aggiunta alle risorse derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, è destinata una quota non inferiore al 5 per cento delle risorse destinate agli interventi per la promozione di diritti e di opportunità per l'infanzia e l'adolescenza, di cui alla legge 28 agosto 1997, n. 285, nell'ambito delle disponibilità del Fondo nazionale per le politiche

sociali di cui all'articolo 20 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

6. Una somma non inferiore al 50 per cento delle risorse di cui al comma 5 è impiegata per la realizzazione dei programmi e degli interventi di cui all'articolo 14, in particolare per campagne di informazione e di formazione finalizzate alla diffusione di un atteggiamento non discriminatorio

verso i disturbi mentali e per interventi che pongano al centro la famiglia nelle attività di prevenzione del disagio mentale dei soggetti in età evolutiva.

Art. 16.

1. Gli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

Art. 17.

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

[Frontespizio](#) [Relazione](#) [Progetto di Legge](#)