

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 431

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato FRAGOMELI

Norme per promuovere eguaglianza di accesso alle cure nel territorio nazionale in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, e per valorizzare la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale

Presentata il 28 marzo 2018

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge n. 180 del 1978, di seguito « legge 180 », ha introdotto in Italia una « rivoluzione » nel campo della salute mentale perché:

1) ha disposto la chiusura dei manicomi;

2) ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale sono volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni;

3) ha statuito che « gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri ».

Dal 1978 a oggi i due primi principi « rivoluzionari » della legge 180 sono entrati nelle pratiche quotidiane della salute mentale italiana.

Il primo e più importante, quello della chiusura dei manicomi, è ormai consegnato alla storia.

Il secondo, sui trattamenti sanitari obbligatori, fa ancora oggi molto discutere, secondo noi impropriamente o, comunque, in maniera eccessiva.

Il terzo, sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, non ha trovato nella legislazione ordinaria e soprattutto nelle pratiche quotidiane un percorso e un radicamento applicativo adeguati.

Di fatto a tutt'oggi « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri » difettano di una cornice di principi generali chiari, forti e condivisi per orientarne l'operatività e non sono sufficientemente definiti sotto il profilo del « chi fa che cosa dove e quando ».

L'unico atto legislativo dello Stato, dal 1978 ad oggi, che si è occupato di normare i principi della legge 180 è stato il progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1988-2000 », di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999. Un testo sicuramente condivisibile, ma privo per sua propria natura della « forza » giuridica necessaria e ormai ampiamente datato.

La maggioranza delle regioni ha emanato leggi, ma evidentemente senza un respiro nazionale e tra loro ovviamente del tutto scollegate.

Inoltre è purtroppo sempre mancata a livello ministeriale o di enti collegati una rete che, a maggior ragione in assenza di un impianto legislativo « forte », tenesse insieme il variegato e diversificato mondo della salute mentale italiana cercando di fornire dati, buone pratiche, obiettivi, linee di lavoro e indirizzi condivisi.

Da ormai quaranta anni nel Paese si continua a litigare sulla legge 180, tra chi la considera una legge sbagliata e perciò da cambiare e soprattutto responsabile di tutto quanto non funziona nella salute mentale italiana e chi la considera un'icona immodificabile.

Basta leggerla per capire che la legge 180 (e le sue disposizioni riprese dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale) non è nata per disegnare le cose da fare nel quotidiano della salute mentale.

La legge 180 era e resta fissata a quei tre principi che abbiamo richiamato all'inizio.

Riempire di contenuti quella rivoluzione spettava e spetta ad altri provvedimenti legislativi e a un'infinità di atti coerenti e conseguenti affidati alla buona volontà di molti uomini operanti nelle aziende sanitarie locali, nelle amministrazioni, nella politica locale e nella comunità tutta, nonché al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale italiani ai quali troppo poco in questi anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e di protagonismo.

Quindi il litigare sulla questione « legge 180 sì o legge 180 no » appare mal posto e

fuorviante. La legge 180 è un atto di grande valore etico e politico a cui dobbiamo la chiusura di luoghi dove centinaia di migliaia di cittadini italiani malati di mente hanno subito la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome.

Abbiamo perso tempo prezioso, sprecato sul brutto altare di dispute ideologiche e di cattivi principi, che avremmo dovuto dedicare a tradurre in fatti coerenti e conseguenti il terzo principio contenuto nella legge 180, quello del « chi fa che cosa, dove e quando », per garantire a tutti i cittadini italiani in tutti i loro luoghi di vita cure appropriate. A partire dal dato vero, ma non sufficiente, che in alcune aree del Paese lo spirito e i principi della legge 180 sono compiutamente realizzati e dal dato altrettanto vero che in molte parti del Paese la qualità dell'assistenza psichiatrica lascia a desiderare non poco.

E prima ancora avremmo potuto e dovuto individuare alcuni pochi principi generali, e che in quanto tali sarebbero dovuti rimanere di competenza del legislatore nazionale, in grado di animare l'operatività quotidiana dei servizi di salute mentale con un respiro che trascendesse la mera indicazione di singoli comportamenti virtuosi, ma che riuscisse a tracciare la cornice di un sistema di buona salute mentale che facesse del pensare positivo, del « fare assieme » tra utenti, familiari, operatori e cittadini, dell'incontro tra saperi, della guarigione sempre possibile e del miglioramento continuo della qualità prestazionale i suoi riferimenti portanti.

Quello che appare quindi doveroso è di « dare a Cesare quel che è di Cesare », di consegnare alla storia i meriti della legge 180 e di preoccuparsi di rendere realmente operativa quella territorializzazione dei servizi che essa, per la sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non prevedeva. Perché nessuno oggi vuole seriamente riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione debbano essere attuati sul territorio.

Rimane sospesa la questione sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO), che è ancora parte del dibattito attuale sulla legge

180, ma che può verosimilmente trovare una sua composizione in un quadro complessivo di più ampio e meditato respiro.

Negli ultimi decenni sono stati presentati alla Camere numerosi progetti di legge volti a modificare la legge 180, ma sono tutti in larga misura, e in molti casi in via esclusiva, concentrati sull'obiettivo di prolungare nel tempo i TSO. Sicuramente riteniamo si possa discutere di TSO, anche se non è un nostro obiettivo, ma non pensiamo in alcun modo che questo rappresenti il tema centrale della discussione, né che da sue proroghe *ad infinitum* possano emergere le soluzioni ai mali della salute mentale italiana.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, cinque obiettivi fondamentali:

1) essere in continuità con lo spirito e con i principi che hanno animato la legge 180 e riprendere i contenuti di base del citato progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 »;

2) definire alcuni principi generali che sono oggi ineludibili per dare « gambe robuste » a una buona salute mentale di comunità, quale quella attesa da quaranta anni in tutto il Paese;

3) garantire la declinazione di alcuni degli aspetti più importanti del principio « cosa, dove, come, quando e perché » per garantire uniformità di prestazioni e di diritti ai cittadini italiani;

4) garantire il massimo coinvolgimento possibile degli utenti dei servizi di salute mentale e dei loro familiari nei percorsi di cura, valorizzandone al meglio il sapere esperienziale;

5) garantire nelle prestazioni un'attenzione continua ai processi di miglioramento continuo della qualità.

Come risulta chiaro dalla presente relazione e dall'articolato, quello che soprattutto si vuole è portare « aria nuova e fresca » in un dibattito che da troppi anni ha prodotto quasi solo conflitti ideologici. Nella presente proposta di legge si pensa

alla salute mentale come a un mondo ricco di risorse positive che può contribuire a rilanciare una dimensione di comunità dove abbiano particolare diritto di cittadinanza alcune parole chiave, adeguate per la salute mentale, ma anche capaci di dare il loro piccolo ma importante contributo per rilanciare un'Italia che sa guardare al futuro in modo positivo e sorridente.

Questa proposta di legge nasce dalla collaborazione con il movimento « Le Parole ritrovate » e dal loro motto « fare assieme » che vede il più possibile l'impegno condiviso di utenti, familiari, operatori e cittadini. Ciascuno con le sue difficoltà, ma ciascuno anche con le sue risorse e il suo sapere. Impegnati non tanto a combattere contro qualcosa o qualcuno, ma a costruire una casa comune, aperta e colorata, dove ciascuno trova il suo posto e contribuisce a migliorare quello del vicino. Menti e cuori che si intrecciano, si scambiano esperienze e saperi, diventano reciprocamente compagni di strada, di scuola e di vita.

Vi era un tempo in cui cambiare il mondo era doveroso, semplice e possibile: quando l'Europa era un continente ancora tutto da scoprire e fuori dai nostri confini e l'euro non era ancora nato per accompagnare le nostre inquietudini di (ex) ricchi orfani di speranze e di futuro.

In quella stagione entusiasmante abbiamo chiuso i manicomi, emblemi di morte civile. Abbiamo dichiarato a noi stessi e al mondo che « Giovanni », che rappresenta una persona con un disturbo psichico importate, doveva ritrovare nella sua comunità dignità e futuro.

In Italia oggi sono almeno 500.000 le persone che soffrono di malattie mentali importanti. Sommiamo a esse 2 milioni di familiari e ci avviciniamo a 3 milioni di persone che tutti i giorni devono confrontarsi con il dramma della malattia mentale « grave ». Una battaglia tra le più pesanti che può capitare nella vita di una famiglia. Un « 11 settembre », come ci ricorda ogni tanto qualche genitore. L'impensabile irrompe nel quotidiano. Un figlio, un fratello, un nipote che fino al giorno prima camminava sereno al nostro fianco è diventato altro: straziato dal convincimento

di essere al centro della peggiore delle congiure, inseguito da voci che lo maltrattano, incapace di guardare alle piccole cose quotidiane se non per vedervi la fine del mondo.

Chi ha incontrato la malattia e ne ha fatto esperienza impara che se da un lato c'è la speranza della guarigione e che molti, almeno i due terzi guariscono, dall'altro c'è l'incubo della « brutta bestia » che finisce prima o poi per ritornare, per incollarsi alla tua schiena, per stravolgere il tuo quotidiano come mai avresti immaginato, lasciandoti troppo spesso senza fiato e senza speranza. Perché non capisci cosa ti è successo, non capisci cosa ti aspetta ancora. Ti guardi intorno e non trovi consolazione, non vedi futuro. Capisci che la tua famiglia, per quanto fino al giorno prima magari forte e unita, ha « perso la bussola » e va alla deriva in un mare sconosciuto.

Paradossalmente, ma non troppo, il manicomio una sua risposta la dava. Cancellava Giovanni e con il tempo consegnava ai parenti una sorta di oblio nebbioso, come quello che accompagna il migrante in terre lontane dalle quali si intuisce non esserci un ritorno.

La rivoluzione della legge 180 ha cancellato l'obbrobrio del manicomio facendo più che bene e ha riportato migliaia di Giovanni a vivere nel proprio paese, nella propria famiglia.

Ma ci ha lasciato un impegno, un impegno di quelli che vanno onorati, nonostante ogni difficoltà: l'impegno di accompagnare Giovanni e la sua famiglia attraverso la malattia mettendoci scienza, coscienza e passione, per assicurare a Giovanni e alla sua famiglia la migliore delle vite possibili. Perché tutte le volte che dalla malattia non si può, o non si riesce, a guarire si può sempre comunque garantire una qualità di vita almeno decorosa, presenza e calore, vicinanza concreta nei momenti della crisi più buia, sostegno tangibile per (ri)avvicinarsi al lavoro, alla gente e alla vita. Quando abbiamo chiuso i manicomi davamo per scontato, senza chiedercelo molto, che questo sarebbe successo sempre e dovunque, che tutti i nostri « matti » avrebbero avuto certezza di buone

cure e così le loro famiglie, che avrebbero avuto sostegno e aiuto.

Abbiamo almeno in parte, e almeno alcuni di noi, scambiato la prima tappa di un lungo cammino con la conclusione del viaggio. Chiudendo i manicomi abbiamo avviato una sfida di cui (forse) non eravamo fino in fondo consapevoli. Una sfida sacrosanta e su cui nessun dubbio ci deve cogliere. Ma una sfida che dobbiamo, per amore della verità, riconoscere di avere finora, almeno in molte parti di Italia, più perso che vinto o pareggiato, se vogliamo farci qualche sconto. Una sfida che ritroviamo tutte le volte che Giovanni o un suo familiare arriva ai servizi di salute mentale a gridare la sua disperazione.

L'Italia è uno strano Paese, capace di fare cose straordinarie e altrettanto capace di non meritare la sufficienza di fronte a doveri elementari. E così Giovanni trova tutto e il contrario di tutto quando arriva in un servizio di salute mentale: cure tra le migliori al mondo, incuria e ignavia delle peggiori.

Questo è il motivo tanto semplice quanto radicale per cui gli dobbiamo una nuova legge. Gli dobbiamo quell'equità di cure, che lo deve accompagnare da Bolzano a Trapani, da Lecce ad Aosta. Oggi non è così. Eppure oggi curare la follia è possibile e spesso è possibile guarirla e, se non guarirla, almeno ammorbidirne e ammortizzarne i percorsi e gli esiti. E se si può fare dobbiamo farlo, in tutto il Paese.

Noi pensiamo, e per fortuna non siamo i soli, che occorre « aiutare » le realtà in ritardo. Aiutarle con l'esempio, con la buona pubblicità, con il « passaparola » e anche con una legge. Una legge che non sarà rivoluzionaria come la legge 180, ma che dovrà costringere gli ignavi a onorare l'impegno assunto anni fa.

Per capire cosa vuole realizzare questa proposta di legge diamo voce e spazio anzitutto a dieci tra le azioni più importanti (e di facile presentazione) che dobbiamo garantire a Giovanni e alla sua famiglia, che oggi latitano ancora in troppe parti d'Italia e che sono tra le cose che maggiormente vogliamo garantire.

È un compito facile anche perché l'abbiamo costruito insieme agli amici del movimento « Le Parole ritrovate » che in tanti hanno girato l'Italia della salute mentale in questi anni. E questo nostro viaggiare e l'esserci incontrati ci ha permesso di cogliere buone pratiche da importare a casa di tutti, ma anche di conoscere tante cattive pratiche raccontate da utenti e da familiari troppo spesso angosciati e disperati.

Da quei racconti si potrebbe ricavare un'antologia degli orrori, una lamentazione infinita sulla pochezza di troppi uomini che sono venuti meno ai loro doveri. Qui l'uso che ne faremo sarà di segno opposto perché ci servirà a scrivere cosa di bello possiamo e vogliamo fare in tutte le nostre città. Nello stesso spirito positivo e innovativo che ha visto nascere la legge 180 di cui questa proposta di legge si sente assolutamente figlia.

1. La fiducia e la speranza.

La Dichiarazione d'indipendenza degli Stati Uniti d'America sancisce per tutti i cittadini il « diritto alla ricerca della felicità ». Questa proposta di legge vuole sancire il diritto alla fiducia e alla speranza per tutti gli utenti e i familiari che frequentano i servizi di salute mentale e le due cose sono strettamente legate. Quando Giovanni e i suoi familiari iniziano un percorso nella malattia, e perciò nei servizi deputati a curarla, di fiducia e di speranza ne hanno ben poca. Non perché medici e operatori siano necessariamente indifferenti o cattivi, ma perché il dramma che li ha colpiti lascia ben poco spazio a dimensioni come la fiducia e la speranza. Oggi è chiaro, anche a chi scrive i « sacri testi » della scienza ufficiale, che senza fiducia e speranza pretendere di curare la malattia mentale è come guidare di notte a fari spenti e pensare di arrivare sani e salvi alla meta. Nella pratica quotidiana ancora pochi operatori (ma anche pochi familiari, pochi amici, pochi cittadini) colgono fino in fondo l'importanza di una cosa di così ovvio buon senso. E infatti mettere al primo posto un rapporto di fiducia e un investimento sulla speranza cos'è se non buon senso? Eppure se chiediamo a 100 utenti presi a caso

nell'Italia psichiatrica siamo fortunati se ne troviamo 50 che pensano di avere con chi li cura un rapporto che cresce all'insegna della fiducia e della speranza. Che poi vuol dire, ovviamente, capacità di accoglienza, sorriso, positività e tutto quello che fa dei rapporti umani un'esperienza che merita di essere vissuta. Che vuol dire credere ciascuno nelle risorse, nell'importanza, nell'unicità dell'altro: il medico nel paziente, il paziente nel medico. Diciamolo forte, non perché sia uno *slogan*, ma perché così deve essere nel mondo delle « buone » cure. Questa proposta di legge mette la fiducia e la speranza al primo posto, al primo articolo. E pretende che sia misurata, perché anche le leggi hanno un cuore, se lo vogliamo.

2. Luoghi belli per la salute mentale.

Chi gira l'Italia psichiatrica molto raramente entra in servizi di salute mentale dove viene spontaneo dire « che bel posto », poltroncine colorate, quadri alle pareti, tabelle indicative non fatte al computer. È vero che i servizi di salute mentale hanno « solo » quaranta anni di vita, ma sicuramente si poteva e si doveva collocarli in luoghi ben più decorosi. Negli ultimi anni qualcosa di meglio si vede, ma è ancora davvero troppo poco. E ovviamente questo non è bisogno di ostentare lusso, ma importanza di dare voce alla sofferenza in luoghi che non la mortifichino ulteriormente. Non sarà la poltroncina comoda o la parete color pastello a « guarire » Giovanni, ma non lo aiuterà nemmeno sedersi su sedie rotte, attraversare corridoi che non sono stati ridipinti da anni, scoprire che una bella pianta è guardata come si guarda uno *yacht* da 60 metri.

E allora questa proposta di legge pretende che i luoghi che ospitano la sofferenza mentale abbiano un decoro che in una scala da 1 a 10 valga almeno 7. E allora lo scriviamo che questa proposta di legge lancia una campagna all'insegna del principio « in psichiatria il bello è di casa » e che i soldi, nell'Italia del benessere non ancora del tutto defunto, li andiamo a cercare dovunque ci sono e anche nei bilanci in attivo delle aziende disponibili, di buon cuore si sarebbe detto qualche lustro

fa. Perché colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre.

3. *Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli utenti e familiari esperti un jolly prezioso.*

Che un medico sia esperto di malattie è cosa risaputa e condivisa, che lo sia il cosiddetto paziente lo è molto meno e, a volte, per niente. Eppure chiunque di noi ha fatto, o sta facendo, un'esperienza di malattia, tanto più se duratura nel tempo, di quella malattia inevitabilmente diventa anche lui esperto. Pensiamo a chi ha il diabete o l'ipertensione, un tumore che va e viene o l'ulcera allo stomaco: il medico gli dà le medicine e gli prescrive gli esami, ma a « vivere » tutti i giorni con la malattia ci pensa lui, il « paziente ».

È lui quello che ha tutte le informazioni giuste, che coglie le sfumature, gli effetti dell'ultima pillola, la differenza tra la teoria dei risultati attesi e la pratica della realtà vissuta. Il medico, più è bravo e intelligente, più sfrutterà l'esperienza del suo paziente per curarlo al meglio. Succede spesso? Purtroppo no! Perché? Perché la medicina, come molti campi della scienza soffre di presunzione cronica, una malattia antipatica che toglie a chi ne soffre l'abilità di sfruttare l'esperienza del paziente, quasi che, a farlo, il medico diventasse meno medico e il paziente meno paziente. Ma è vero il contrario: riconoscendo e valorizzando le esperienze e i saperi reciproci tutti diventano più sapienti. Questa proposta di legge vuole insegnare questa semplice verità a chi ha a che fare con la malattia mentale, sia esso un medico, un paziente o un familiare. Perché chi sente le voci, chi è depresso, chi non trova più la porta di casa per uscire di tutti questi brutti disturbi è indubbiamente esperto e, opportunamente invogliato, mette a disposizione il valore della propria esperienza.

Per fare al meglio questa operazione di « scambio di saperi » la presente proposta di legge mette dentro il sistema sanitario, dentro i servizi di salute mentale, utenti e familiari che hanno fatto un buon percorso di cura, che sono consapevoli del valore della loro esperienza e che quella esperienza sanno trasferirla ad altri utenti e

familiari che sono ancora nel disagio e anche, cosa tutt'altro che secondaria, a operatori scettici o pigri. Li riconosce formalmente e si propone di pagarli in quanto professionisti del sapere esperienziale. In gergo sono diventati gli utenti e familiari esperti (UFE) e stanno portando piccole rivoluzioni in tutte le realtà dove hanno messo piede. Confortati dagli esperti che vedono in loro una straordinaria occasione per aumentare la centralità e il protagonismo di tutti gli utenti e anche fiducia, speranza e adesione ai trattamenti. Una risorsa straordinaria di cui sempre più sentiremo parlare.

4. *Stigma e pregiudizio, no grazie!*

Se c'è una cosa su cui tutti, ma proprio tutti, sono d'accordo è che stigma e pregiudizi intorno alla malattia mentale non rischiano mai la disoccupazione. Nessuno, potendo scegliere, vede in Giovanni la persona con cui parlare, andare a cena o fare un viaggio al mare. Lo vediamo, ancora prima di averci seriamente riflettuto, incomprendibile, pericoloso e imm modificabile nella sua malattia. Prototipo della diversità, Giovanni paga da sempre un prezzo altissimo all'etichetta che lo accompagna. Lui e con lui la sua famiglia rischiano quasi sempre di venire cancellati dai « file » delle nostre vite e delle nostre comunità, in nome di un quieto vivere che tanto ci convince in astratto quanto poco poi ci rende felici nel quotidiano.

Ma i pregiudizi sono questo: idee negative su cose e su persone di cui non abbiamo esperienza concreta o giudizio autonomo. E allora Giovanni e la sua famiglia sono accerchiati da questo sentire negativo, ancora prima che noi cittadini « per bene » ne abbiamo fatto conoscenza reale. E questo sentire negativo li accompagna nel profondo, li fa sentire ancora più bersagliati dalla sorte. Ne complica i percorsi di cura. Perché questo capita. Tanto più su Giovanni si addensano stigma e pregiudizi, tanto più la sua guarigione si allontana e il suo percorso di cura è in salita. Basta leggere i giornali per vedere come la follia compaia a segnare *raptus* di ogni tipo, fatti di sangue ed eventi i più diversi che tanto

più appaiono brutti e cattivi tanto più si macchiano di quell'etichetta.

Come tutti i pregiudizi anche quello sulla follia non ha basi che lo giustifichino. I « matti » non commettono più reati dei « normali », non sono, se li avviciniamo con occhio libero, così incomprensibili e guariscono spesso. Le comunità hanno bisogno dei diversi per pensarsi normali e i « matti » in questo svolgono un ruolo utilissimo, ma ad alto prezzo per Giovanni e la sua famiglia e anche per noi « normali », che perdiamo punti nella costruzione di una comunità dove anche noi staremo meglio se Giovanni starà meglio.

Per questo la presente proposta di legge vuole che sullo stigma e sul pregiudizio si lavori sul serio, cosa che fino ad ora quasi nessuno ha fatto. E per combattere stigma e pregiudizio anzitutto bisogna curare bene Giovanni che rimane il primo *sponsor* di se stesso. Ma poi possiamo e dobbiamo raccontare la « verità » sulla follia, nelle scuole innanzitutto e con la voce dei protagonisti veri. Infatti sono ottimi propagandisti gli utenti e i loro familiari quando si raccontano. E ancora facendo in materia di salute mentale cose belle e importanti perché i *media* ne parlino e dicano che follia non è solo cronaca nera. E impegnandoci tutti assieme a dare voce e presenza agli utenti e ai loro familiari in tanti spazi di vita comunitaria. Un modo piacevole per scrivere un'Italia migliore.

5. Il « patto di cura »: fare squadra è bello e avere un garante che ci aiuta ancora di più.

« Squadra » è diventata sempre più una parola chiave sinonimo di successo, di armonia e di risultato positivo nello sport, nel lavoro e nella vita in generale. Mettiamo la « squadra » anche dentro il quotidiano dei servizi di salute mentale. Ecco la formazione che gioca nel « patto di cura »: Giovanni, la sua famiglia, il medico, l'infermiere o l'educatore che lo accompagna nei luoghi di cura, un amico importante se c'è, il medico di base e, ancora, chi per Giovanni è importante. Una squadra piccola con un obiettivo chiarissimo: vincere la battaglia con la malattia, con il sintomo,

con l'isolamento, con i cattivi pensieri, con la depressione, con le voci, per ritrovare senso di vita, lavoro, socialità e sorriso. Peccato che nei nostri servizi psichiatrici di tali « squadre » se ne vedano davvero poche. Una volta è Giovanni che si chiama fuori, un'altra la famiglia che è troppo in crisi, più spesso sono gli operatori che invocano la *privacy*, il tempo che non c'è e la difficoltà a tenere insieme un gruppo che ancora non si riconosce tale.

Questa proposta di legge crede nella squadra del « patto di cura », sempre, perché lo dice la scienza e, ancora prima, lo dicono il buon senso e le esperienze di chi ci ha provato, senza alibi e senza pigrizie. Naturalmente a funzionare le squadre dei nostri « patti di cura » qualche problema lo incontrano. Ciascun partecipante può avere le sue piccole ragioni per scantinare, prendere tempo o chiamarsi fuori. Ma sono problemi superabili, l'unione fa la forza se solo ci crediamo. E per aiutare a crederci e soprattutto per portare a casa il risultato sono molto utili tre cose: avere strumenti chiari che tengono conto di quello che la squadra sta facendo e farà e avere un diario di bordo, come quello delle navi, tenuto da tutti i membri della squadra e non solo dal comandante. E, in fine, avere nella squadra un « garante », una persona esterna al gruppo e che partecipa per aiutare il gruppo a fare bene tre cose: dare voce a tutti in un clima di rispetto e di condivisione, ricordarsi di prendere accordi chiari e di sottoscriverli, ritrovarsi periodicamente per verificare cosa è andato bene e cosa no. Sembra l'uovo di Colombo e lo è.

6. Il dramma della prima, della seconda e della terza crisi.

Trasmesso con il pudore di chi fatica a raccontare le proprie disgrazie capita di ascoltare, un numero di volte ancora troppo frequente, il racconto di genitori che appena capiscono che stai un po' dalla loro parte cercano sollievo al loro dolore raccontandotelo. Quando quei drammi vengono alla luce viene sempre da chiedersi come sia possibile, per questi genitori, tollerare ferite così devastanti e essere ancora

lì in prima linea ad affrontarne di nuove e, subito dopo, come sia possibile che a questi drammi chi è pagato per farvi fronte sappia trovare, non sempre ma troppo spesso, un impressionante campionario di alibi e di scuse per sottrarsi. Quando il nostro Giovanni, preso nei vortici della malattia, dà sfogo estremo al suo disagio, non ci sono alibi giustificabili: gli operatori della salute mentale devono intervenire in prima persona. Giovanni, prima di passare il segno, ha sempre lanciato segnali. Se i servizi di salute mentale sono stati al suo fianco li hanno colti e se li hanno colti quasi sempre li hanno saputi incanalare, limitare o prevenire. Quando questo non succede, quando nella famiglia, lasciata colpevolmente sola al suo destino, scoppia il primo o l'ennesimo dramma (e non è il *raptus* imprevedibile della follia di tanti brutti titoli di giornale) a parlare e ad agire è la malattia che chi doveva non ha saputo ascoltare e curare e allora il servizio di salute mentale deve esserci e non il giorno dopo o la settimana dopo.

Il papà o la mamma raccontano le telefonate, tanto disperate quanto inutili, fatte ai servizi di salute mentale a chiedere aiuto mentre sullo sfondo si sentono i rumori della guerriglia e le risposte sono « Giovanni non vuole curarsi, provate a convincerlo a venire lui da noi ». « È un problema di ordine pubblico, chiamate il 113 ». « Ha un appuntamento giovedì, accompagnatelo ».

Questa proposta di legge stabilisce che i servizi di salute mentale non possono chiamarsi fuori, che devono esserci e come devono esserci, in modo preciso, con tempi di risposta in giornata con strumenti per accompagnare quello che si fa, con responsabilità chiare e definite, con il coinvolgimento di quanti possono contribuire a ridurre il peso della crisi, dal medico di famiglia all'amico del cuore. E se la crisi non si risolve nei servizi territoriali ci sono i reparti ospedalieri, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), troppo spesso luoghi di mero contenimento murario dove l'unico intervento è il farmaco. Noi li vogliamo luoghi di vita, dove la persona è accolta con calore e dove da subito si

lavora perché la crisi sia occasione di crescita e di ritorno, il prima possibile, al proprio quotidiano. E non vogliamo più che, oltre alla contenzione dei muri, ci sia quella ben peggiore dei corpi, legati ai letti con strumenti che null'altro sono se non le camicie di forza dei vecchi manicomi. Un impegno etico che ci chiede l'Europa e che già la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ha condiviso. Ma se andiamo a visitare gli SPDC italiani scopriamo che nemmeno il 10 per cento di essi ha preso questa strada e che legare le persone ai letti rimane ancora una pratica « normale ».

7. Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse.

La famiglia gioca un ruolo centrale in tutte le nostre storie. Che sia quella di origine o quella acquisita, è sempre lì in prima fila a soffrire con Giovanni, a combattere con lui e per lui. Un Giovanni, adulto, con il mal di cuore o con il diabete, raramente si fa rappresentare dai genitori o dal coniuge per avere cure e rispetto. Un Giovanni che sente le voci e che si sente straniero nel nostro mondo difficilmente chiede aiuto e spesso, addirittura, lo rifiuta ostinatamente. Così è la malattia mentale. E allora chi ne prende le parti, chi corre a cercare aiuto, se non genitori e coniugi, figli e amici? Sconvolti e devastati se è la loro prima volta, più esperti, ma sicuramente non sereni, anche se sono ormai degli *habitué*.

A questi genitori, a questi parenti variamente disperati, terrorizzati e arrabbiati dobbiamo sempre il massimo dell'ascolto, dell'attenzione e della presenza, anche quando può sembrare di aver già fatto tutto quello che si poteva, anche quando si pensa che con Giovanni dovrebbero essere più severi o più concilianti, anche quando arriva la centesima telefonata.

Ogni famiglia ha i suoi tempi per prendere dimestichezza con la « brutta bestia » e questi tempi non sono i servizi di salute mentale a deciderli. I servizi possono e devono rispettarli e accompagnarli, sapendo che questi tempi saranno tanto più

brevi quanto più a queste famiglie sarà dato aiuto incondizionato mettendosi dalla loro parte, provando a essere « noi » per qualche giorno « loro » e andando a vivere in quelle famiglie: una settimana con loro sarebbe un tirocinio migliore di tanti mesi passati sui banchi di scuola.

Quindi anzitutto tripla AAA: ascolto, aiuto e accompagnamento, sempre, e vedrete che nessuna agenzia di *rating* toglierà qualche A, ma segnalerà quelle che mancano e, purtroppo, sono ancora tante, in tanti luoghi diversi d'Italia.

Garantito questo, ci sono molte altre cose che devono essere offerte alle famiglie, sapendo che non sempre le accoglieranno quando verranno proposte loro, che ci vorranno tempo e pazienza, una proposta da ripetere per almeno il « 70 volte 7 » di biblica memoria. Anzitutto cicli di informazione, di psico-educazione, per fare sì che le famiglie sappiano il più possibile della malattia, dei farmaci, delle cose che il servizio di salute mentale può e deve offrire ai loro cari. Incontri in cui, oltre all'informazione, si comincino a scambiare i saperi tra operatori e familiari e, cosa importantissima, le famiglie si trovino tra loro a scambiarsi esperienze e a « scoprire » che non sono « uniche » nel loro dramma ed è una scoperta non da poco. E poi offerta di gruppi di auto-aiuto, una palestra eccezionale per imparare dall'esperienza e trovare modi per stare meglio con se stessi, prerequisite per stare meglio con i propri familiari. E, ancora, sportelli autogestiti da familiari per dare informazioni ad altri familiari e su questa lunghezza d'onda tanto altro ancora. Tutto all'insegna di una cosa tanto straordinaria quanto semplice: quelle famiglie che all'inizio del percorso nella malattia erano sole e disperate ora sono diventate una straordinaria risorsa non solo per il loro congiunto, ma anche e a volte soprattutto per tanti altri Giovanni, per tanti altri familiari che dalla loro esperienza possono trarre stimoli importantissimi nei loro percorsi di cura e di vita.

8. *Accoglienza calda, come nella pubblicità.*

Negli *spot* televisivi si sente sempre più spesso la voce della signorina di turno dire

« Sono Mariella, cosa posso fare per lei? ». E anche nella realtà, almeno quella commerciale, funziona sempre più spesso così. Se facciamo una piccola inchiesta in 100 servizi di salute mentale italiani la risposta suona un « poco » diversa. Quasi mai chi risponde si qualifica e ancora meno spesso usa una frase di cortesia, senza contare i tempi d'attesa che costano denaro e fatica.

Qualcuno potrebbe dire « Ma con tutti i problemi che abbiamo, con la malattia che colpisce sotto la cintura voi vi preoccupate di un po' di gentilezza in più al telefono? ». Ebbene sì, ce ne preoccupiamo e molto per due motivi: se un servizio di salute mentale non è capace di fare una cosa così semplice come riuscirà a fare quella cosa sicuramente più complicata che è « curare » la malattia? E ancora, chi telefona o viene a cercare aiuto, tutte le volte che si sente accogliere da una voce garbata o da un sorriso, tira subito un sospiro di sollievo e affronta la situazione almeno un poco rinfancato: questo vale al telefono, strumento che nei servizi di salute mentale è sempre bollente, ma altrettanto, anzi spesso di più, vale quando Giovanni o la sua famiglia viene di persona a chiedere qualcosa.

Un qualcosa che va dal ritirare una ricetta o un certificato, al segnalare che il mondo ancora una volta è crollato. La solita indagine su 100 servizi di salute mentale ci presenterebbe un quadro a dire poco a macchia di leopardo.

Ecco quello che questa proposta di legge vuole: una persona gentile e sorridente che accoglie tutti in tempo reale e che in un tempo molto breve capisce cosa l'interlocutore chiede. Se si tratta di consegnare una ricetta lo farà subito, se è la segnalazione del mondo che è di nuovo crollato saprà trasmettere comprensione e calore e indirizzerà la persona a chi se ne potrà occupare. E questo qualcuno, medico, infermiere o educatore, sarà disponibile in un tempo minimo garantito, circa cinque minuti, e farà della buona accoglienza, dell'ascolto e della gentilezza da manuale la sua ragione di vita. Nell'attesa, se attesa ci sarà, chi ha accolto per primo la persona se ne occuperà comunque e farà quelle cose di gentile buon senso che tutti noi ci aspet-

tiamo quando ci troviamo ad affrontare « l'uomo nero ». E ritornando ai colori pastello mettiamo sale d'attesa che non sembrano quelle delle stazioni ferroviarie dei film del neo-realismo, ma sono colorate, hanno sedie dignitose e piante fiorite. Perché la buona accoglienza passa anche da queste piccole cose.

9. *Sapere a chi rivolgersi, sempre.*

Chi è entrato nel sistema della salute mentale si vede di solito assegnare un medico psichiatra che lo vedrà in ambulatorio, a volte un infermiere o un educatore che ne segue la vicenda a casa, altri operatori che lo accompagnano in luoghi diversi dove la malattia lo porterà, dal reparto ospedaliero a un centro diurno, da una casa protetta a un laboratorio per l'inserimento lavorativo. Può succedere che Giovanni si trovi a confrontarsi anche con dieci operatori che in momenti e in luoghi diversi si occupano di lui, una cosa spesso buona perché dimostra che il sistema è ricco e offre cose diverse in luoghi diversi per bisogni momentaneamente diversi. Premessa di questo ragionamento è che per Giovanni è vitale avere nel tempo operatori di riferimento che non cambino a ogni stagione. Se costruire un rapporto di fiducia è la pietra angolare di ogni buona cura è chiaro che a ogni cambiamento di operatore bisogna ricominciare da capo a costruire reciproca fiducia. Quindi i cambiamenti sono « permessi » in poche e inevitabili situazioni: la pensione (evento peraltro sempre più raro), le gravidanze e i trasferimenti. E, infine, evenienza invece decisamente più frequente, la richiesta fatta da Giovanni di cambiare il medico. La richiesta di cambiare infermieri o educatori è molto più rara. La « libera » scelta del medico è garantita dalla legge, ma spesso è disattesa e questo non è certo positivo. Ascoltare Giovanni vuol dire confrontarsi con lui e capirne le ragioni, anche quando dice che vuole cambiare il medico e occorre farlo, piaccia o no.

Su queste premesse occorre dare a Giovanni il massimo delle informazioni possibili perché lui, e con lui, la sua famiglia, sappia chi sono i suoi « operatori di riferimento ». Per i servizi di salute mentale

appare tutto scontato, è scritto nella cartella clinica, magari nel sistema informativo se l'azienda sanitaria locale lo possiede e viene usato, ma Giovanni, uomo a volte confuso e spesso sofferente, non ha la mente fatta come una banca dati e allora bisogna dirglielo e ridirglielo a costo di sembrare ripetitivi, e non solo a Giovanni, ma anche alla sua famiglia che troppo spesso è ancora tenuta fuori dalle « sacre stanze » delle cure.

10. *Abitare, lavoro, socialità.*

Ce ne occupiamo (anche) noi. *Vexatissima quaestio!* Ossia questione molto dibattuta e importante. Nella psichiatria italiana ci sono almeno due partiti su questa questione. Quelli che pensano che quando Giovanni ha problemi di casa, di lavoro e di socializzazione nel tempo libero, sono altri (o soprattutto altri) a doversene occupare. Quelli che pensano che i servizi di salute mentale devono fare una parte importante, che non possono chiamarsi fuori. Naturalmente entrambi i partiti sanno bene che per offrire un buon percorso di cura a Giovanni, per riportarlo a una qualità di vita almeno dignitosa quei tre campi, cioè casa, lavoro e socialità, sono essenziali. Il dibattito è altrove. I primi hanno un'idea della cura centrata su un approccio medico, i servizi di salute mentale sono servizi sanitari e devono occuparsi di cure mediche e la casa o il lavoro non sono cose mediche, quindi che se ne occupino altre agenzie. I secondi pensano che « curare » Giovanni comporta un approccio integrato, medico-psico-sociale, e che delegare *in toto* ad agenzie altre quei tre campi essenziali vuol dire curare solo a metà. Perché per quanto brave siano le agenzie esterne (laddove ci sono e sono efficienti) non si può abdicare a intervenire in queste tre aree vitali per Giovanni e per la sua famiglia. E non è un caso che parlando con familiari in tutta Italia, insieme ai vuoti di intervento nelle situazioni di crisi, l'altra grande lamentela riguardi proprio il lavoro e la casa. Come dire che i genitori hanno chiaro, per esperienza diretta, che insieme alle cure più « mediche » la « cura » di gran lunga più importante è il lavoro e subito dopo, lad-

dove ci sono difficoltà di convivenza, una casa.

La presente proposta di legge su questa *vexatissima quaestio* è chiaramente schierata. I servizi di salute mentale sono in primissima linea su questi tre fronti. Ci sono anzitutto con operatori « dedicati » che se ne occupano specificatamente, cosa oggi tutt'altro che presente e scontata e già questo non è poco.

Garantito questo, sul fronte del lavoro si impegnano « con » le agenzie esterne a cercare, anche in questi tempi di crisi, ogni possibile spazio per inserire Giovanni in luoghi dove il lavoro sia vero e presente. Usando le leggi nazionali che esistono, quelle regionali che anche di solito esistono, le clausole sociali dei grandi appalti e le cooperative. E poi usando la fantasia per trovare, anche dentro i servizi di salute mentale e con partner disponibili, nicchie di lavoro (e di mercato) a partire da chi sta peggio e quelle altre piste non può percorrerle. Per realizzare prodotti, belli e vendibili, che servano a fare reddito, anche se magari piccolo, e a far (ri)trovare abilità, competenze e soprattutto dignità.

Sul fronte della casa, l'impegno è quello di valorizzare le risorse di Giovanni e di puntare su soluzioni abitative che lo vedano il più possibile protagonista. Un esempio tra tutti. Oggi troppo spesso Giovanni è schiacciato tra comunità che lo ospitano per un tempo assolutamente irragionevole e l'essere « abbandonato » a esperienze di solitudine che non sa affrontare. Dove la si è sperimentata, funziona molto bene la convivenza tra due (o tre) Giovanni. Scattano la messa in comune delle risorse, il profumo di una maggiore libertà, la cintura di sicurezza di non essere soli e altro ancora. E oltre alle convivenze, gli affidi a famiglie disponibili, gli appartamenti a cosiddetta bassissima protezione, gli esperimenti in alloggi da condividere con gli studenti universitari o con i rifugiati politici e altro ancora.

Naturalmente questi punti non esauriscono tutto quanto deve essere fatto per migliorare la qualità delle cure che i servizi di salute mentale italiani devono offrire. Garantiscono però, dal nostro punto di

vista, un contributo importante per assicurare una base e una cornice solide e al tempo stesso ricche di spunti positivi e innovativi, su cui costruire pratiche di normale quotidianità prestazionale, fortemente condivise e radicate nelle nostre comunità.

Una base e una cornice che scommettono sul positivo e che vogliono introdurre, nelle logiche spesso asfittiche della tecnica legislativa formale, contributi di fantasia e di intelligenza, di scienza e di passione.

Concludendo, preme rimarcare ancora una volta che lo spirito e la lettera di questa proposta di legge non sono fatti di dispute ideologiche o dell'aspettare sempre e solo dagli altri le soluzioni.

La cultura di riferimento di questa proposta di legge parte da quel « fare insieme » che gli amici del movimento « Le Parole ritrovate » ci hanno un po' trasmesso, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori, utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e nel credere nella dimensione del cambiamento sempre possibile che è diventato il nostro riferimento ideale, anche nei meandri più bui della malattia mentale.

Si può dire tutto questo, si può dire che fare le cose insieme è importante e bello e lì fermarsi. Oppure si può crederci e comportarsi di conseguenza. In questo modo il disagio psichico ritrova posto e dignità nel quotidiano di tutti noi, in una comunità in cui ciascuno è un po' più responsabile per tutti.

La presente proposta di legge si compone di tre capi per un totale di ventiquattro articoli.

Capo I. Principi generali.

Il capo I si pone come obiettivo la statuizione dei principi fondamentali su cui fondare la proposta di legge attraverso cinque articoli.

Articolo 1 (*Finalità*). La proposta di legge si pone in continuità con la legge 180 e con tutti i documenti emanati in materia di salute mentale dalla Commissione europea e dall'Organizzazione mondiale della sanità.

Le principali finalità sono volte a contrastare ogni forma di esclusione nei confronti dei soggetti affetti da disagi o di-

sturbi mentali, a porre in essere attività finalizzate alla prevenzione, a garantire equità di accesso ai servizi di salute mentale a ogni cittadino senza discriminazioni di nessun genere, a garantire la territorializzazione dell'assistenza privilegiando la prossimità e l'accessibilità, a promuovere l'integrazione con i servizi socio-sanitari confinanti e con gli enti pubblici e privati concorrenti, a garantire le prestazioni di maggiore efficacia e basate su prove di evidenza scientifica, a mettere al centro l'utente e i suoi familiari valorizzandone il sapere esperienziale, a promuovere percorsi di cura centrati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, a riconoscere priorità agli interventi finalizzati alle aree del lavoro, dell'abitare e della socialità, a ridefinire gli indirizzi ottimali in materia di personale, formazione e miglioramento continuo della qualità, a coinvolgere gli utenti nei propri percorsi di cura secondo i principi della *recovery* e a definire percorsi di cura a varia complessità omogenei a livello nazionale e definiti all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Articolo 2 (*Obiettivi*). Impegna il Servizio sanitario nazionale, d'intesa con le regioni e con le province autonome, a perseguire come principali obiettivi l'integrazione nella promozione della salute mentale di tutti i portatori di interesse, a promuovere nell'utente e nei suoi familiari la fiducia e la speranza nei percorsi di cura loro offerti, a coinvolgere concretamente gli utenti e i loro familiari nei percorsi di cura e a promuoverne la partecipazione attiva in tutte le aree della salute mentale.

Articolo 3 (*Nuovo piano nazionale per la salute mentale*). Impegna il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata, a emanare, entro sei mesi dalla data di entrata della legge, un nuovo piano nazionale per la salute mentale che contenga le linee guida di cui all'articolo 4, le linee di indirizzo di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale e i LEA concernenti la salute mentale.

Articolo 4 (*Definizione delle linee guida*). Indica le linee guida da attivare a livello nazionale concernenti i requisiti minimi di qualità dei luoghi dove si erogano presta-

zioni di salute mentale, la facilità di accesso e la sicurezza degli stessi, i requisiti per la valutazione delle prestazioni erogate secondo un ordine di priorità e il coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari, le modalità di presa in carico concernenti gli utenti a maggiore carico e con scarso o nullo tasso di adesione ai percorsi di cura, le modalità di presa in carico concernenti gli utenti a minore carico ma con una significativa compromissione della qualità di vita, i percorsi volti a garantire le cure appropriate a fronte di patologie fisiche che possono determinare una minore aspettativa di vita degli utenti, il monitoraggio dei fattori di rischio concernente l'uso degli psicofarmaci e più in generale lo stile di vita, le modalità di recupero degli utenti che hanno abbandonato i servizi di salute mentale senza averlo concordato, le modalità di coinvolgimento degli utenti in tutti gli ambiti che li vedono coinvolti e a tutti i livelli, nonché le strategie di promozione e di prevenzione della salute mentale.

Articolo 5 (*Dipartimento di salute mentale*). Ripropone, opportunamente rivisitato, il dipartimento di salute mentale come unità organizzativa fondamentale nell'erogazione delle prestazioni attinenti alla salute mentale, in linea con quanto già previsto dal citato progetto obiettivo « Tutela della salute mentale 1998-2000 ». L'articolo, prevedendo il coinvolgimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di uniformare i dipartimenti di salute mentale in tutto il territorio nazionale, ne propone una composizione omogenea includendo tra le loro competenze le dipendenze patologiche, l'alcologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia e i disturbi del comportamento alimentare. Sono inoltre definiti gli ambiti di popolazione, i profili professionali e i collegamenti strutturati con tutte le realtà operative confinanti e concorrenti.

Il capo II, azioni prioritarie, composto da sedici articoli, si pone come obiettivo la declinazione delle azioni e delle aree di intervento che maggiormente qualificano e garantiscono quanto prioritariamente deve essere realizzato in materia di prevenzione,

cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichici.

Articolo 6 (*Prima accoglienza*). Valorizza, anche attraverso operatori dedicati e utenti esperti, il valore di una prima accoglienza pronta e attenta, centrata sull'ascolto, sulla fiducia, sulla cortesia e sul rispetto, quale momento fondamentale per avviare un percorso di cura il più appropriato possibile.

Articolo 7 (*Continuità nella referenza di cura*). Intende garantire a ogni utente la presenza di operatori stabili nel tempo, referenti per tutte le aree operative del dipartimento di salute mentale presso il quale l'utente è seguito nei momenti diversi del suo percorso di cura e dei servizi confinanti in modo da assicurare una presa in carico e un punto di riferimento stabile nel tempo.

Articolo 8 (*Ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari*). Riconosce il valore fondamentale del ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari, del coinvolgimento nel percorso di cura del proprio congiunto e della valorizzazione del loro sapere esperienziale. Su queste basi è offerta ai familiari una molteplicità di percorsi coerenti con quanto oggetto di evidenza scientifica.

Articolo 9 (*Supporto tra pari*). Riconosce valore fondamentale al sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale, secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari. A tale scopo sono organizzati corsi di formazione che attivano gli UFE. Gli UFE mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale a utenti e familiari in difficoltà, collaborano con gli operatori, promuovono fiducia e speranza verso le prestazioni offerte e favoriscono la centralità dell'utente nel proprio percorso di cura.

Articolo 10 (*Condivisione dei percorsi di cura: il patto di cura*). Promuove percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, operatori e familiari, finalizzati ad accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori. Il patto di cura è articolato in sezioni, che riguardano le aree principali del

percorso di cura e che ogni partecipante può sottoscrivere e condividere con gli altri partecipanti. Il patto di cura può essere accompagnato da un garante esterno, per esempio un UFE, per favorire al meglio un confronto costruttivo e paritario.

Articolo 11 (*Gestione delle situazioni di crisi a livello territoriale*). Si impegna a garantire risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi. La risposta deve essere garantita entro la giornata, o al più tardi entro le 24 ore, mettendo in campo tutte le risorse più appropriate e coinvolgendo tutti coloro che, a vario titolo, possono dare un proprio contributo nell'intervento. È fondamentale spendere tutte le possibili risorse per accompagnare l'utente in un percorso che lo veda aderire volontariamente alla proposta di cura, utilizzando al meglio gli operatori che lo hanno in carico, gli UFE e quanti hanno capacità di incidere positivamente sulla sua situazione critica, nei tempi, nei luoghi e nei modi più utili al fine di evitare accertamenti o trattamenti obbligatori.

Articolo 12 (*Gestione delle situazioni di crisi a livello ospedaliero*). Conferma quanto già previsto dalla legge 180 in materia di ricoveri volontari e obbligatori in regime ospedaliero e pone come obiettivo qualificante la prevenzione della contenzione fisica, ai sensi di quanto disposto dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, nonché l'abolizione totale della contenzione fisica entro cinque anni dalla data di entrata in vigore della legge.

Articolo 13 (*Azioni finalizzate all'individuazione di soluzioni abitative e per l'inserimento lavorativo e sociale*). Prevede operatori dedicati all'abitazione, al lavoro e alla socialità, considerati settori di assoluta priorità per offrire percorsi di cura integrati e appropriati, con particolare riferimento agli utenti con maggiori difficoltà. Per l'abitazione punta soprattutto a promuovere soluzioni che garantiscano autonomia, responsabilità e recupero, quali la convivenza tra utenti e l'accoglienza da parte di famiglie o di singoli disponibili in grado di offrire contesti ricchi di affettività. Per l'inserimento nel mondo del lavoro, oltre a utilizzare quanto previsto da leggi

nazionali e regionali, si valorizzano le competenze specifiche espresse dal mondo del volontariato. Per l'inserimento sociale si coinvolgono tutte le possibili risorse, pubbliche e private, attive in materia di inclusione sociale.

Articolo 14 (*Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti penitenziari e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza*). Attiva i dipartimenti di salute mentale affinché prevedano progetti alternativi al ricorso alle misure detentive negli istituti penitenziari e alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) in stretta collaborazione e continuità con la rete delle aree operative dei dipartimenti di salute mentale. La normativa proposta è in linea con il decreto-legge n. 52 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 81 del 2014, che ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e che promuove nelle REMS progetti individualizzati per limitare al massimo la permanenza degli utenti attraverso percorsi formativi rivolti agli operatori dedicati.

Articolo 15 (*Erogazione delle prestazioni*). Privilegia le prestazioni erogate direttamente dai dipartimenti di salute mentale e quelle coprodotte in una logica di coprogettazione e di condivisione di pratiche e di obiettivi con particolare riferimento a realtà associative che vedono al loro interno utenti e familiari.

Articolo 16 (*Promozione della salute mentale e prevenzione*). Considera le attività volte alla promozione e alla prevenzione della salute mentale come priorità di salute pubblica. Tali attività competono a una pluralità di soggetti pubblici e privati che hanno una finalità concorrente in materia e non ai soli dipartimenti di salute mentale. Per raggiungere gli obiettivi tale pluralità di soggetti è impegnata a intervenire sui determinanti sociali che concorrono a migliorare la qualità della vita e l'inclusione comunitaria. Nel piano nazionale per la salute mentale è prevista una strategia articolata per contrastare stigma e pregiudizi verso la malattia mentale, concernente tutto il ciclo di vita e con un'attenzione prioritaria al mondo della scuola e alle famiglie,

a vario titolo, in difficoltà. È prevista inoltre una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, secondo gli indirizzi dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Articolo 17 (*Integrazione socio-sanitaria*). Vede nell'integrazione socio-sanitaria un fattore fondamentale per le prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale, con particolare riferimento ai diritti di cittadinanza, a partire dall'abitazione, dal lavoro e dalla socialità. Nelle situazioni a particolare tasso di complessità socio-sanitaria è attivabile un *budget* dedicato, finanziato e cogestito dai diversi enti coinvolti al fine di corrispondere al meglio ai bisogni complessi dell'utente.

Articolo 18 (*Diritto alla salute fisica delle persone affette da disturbo mentale*). Promuove la sicurezza dei trattamenti e la parità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche, al fine di garantire la stessa aspettativa di vita alle persone affette da disagio o disturbo mentale rispetto a quella garantita alla popolazione generale, attivando programmi specifici concernenti fumo, alcol, alimentazione e attività fisica.

Articolo 19 (*Formazione*). Garantisce a tutte le figure professionali la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione continua a partire dagli ambiti previsti nella legge, assicurando, inoltre, un pacchetto informativo e formativo agli utenti e ai familiari di almeno 40 ore all'anno, attinente i principi e gli obiettivi della legge.

Articolo 20 (*Sistema informativo e ricerca*). Vuole garantire l'informatizzazione dei dipartimenti di salute mentale, a livello sia di prestazioni che di efficacia e di esito. A tale fine attiva collaborazioni con le università e con tutti i portatori di interesse e promuove controlli di qualità utilizzando organismi indipendenti.

Articolo 21 (*Ruolo e rapporti con l'università*). Intende integrare le cliniche e gli istituti universitari di psichiatria all'interno dei dipartimenti di salute mentale, secondo logiche e pratiche di collaborazioni paritarie, nonché valorizzare nei piani di studi delle scuole di specializzazione in psichiatria i contenuti della legge.

Il capo III, Osservatorio nazionale e osservatori regionali e delle province auto-

nome per la salute mentale e disposizioni finanziarie, è composto da tre articoli. Articolo 22 (*Osservatorio nazionale per la salute mentale*). Istituisce presso il Ministero della salute l'Osservatorio nazionale per la salute mentale. L'Osservatorio è composto da 24 membri: esperti e rappresentanti delle regioni, degli utenti e dei familiari, delle realtà portatrici di interessi e degli operatori. L'Osservatorio orienta e monitora le politiche sulla salute mentale a livello nazionale. In particolare contribuisce a fornire gli strumenti per la verifica dei risultati, a definire gli *standard* minimi connessi ai trattamenti posti in essere dai dipartimenti di salute mentale, a sviluppare e a consolidare nuovi modelli organizzativi, nonché a fornire consulenza al Ministro della salute per tutto quanto concerne le politiche di salute mentale.

Articolo 23 (*Osservatori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale*). Istituisce presso le regioni e le province autonome osservatori per la salute mentale, composti da 16 membri: esperti e rappresentanti degli utenti e dei familiari, delle realtà portatrici di interessi e degli operatori. Gli osservatori collaborano con l'Osservatorio nazionale ed esercitano funzioni di orientamento e di

monitoraggio delle politiche di salute mentale nel territorio di competenza, con particolare riferimento a quanto previsto dalla legge.

Articolo 24 (*Disposizioni finanziarie*). Si pone l'obiettivo, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di razionalizzare l'impiego delle risorse destinate alla salute mentale, attribuendo priorità al finanziamento dei progetti innovativi conformi alle finalità della legge e al contenimento della spesa relativa alle strutture residenziali a cosiddetta alta protezione. Si prevede, inoltre, che, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, al settore della salute mentale sia destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale. Infine, per la realizzazione dei citati progetti innovativi è istituito un apposito fondo di 50 milioni di euro annui a partire dall'anno successivo a quello della data di entrata in vigore della legge, privilegiando progetti a basso costo che prevedono percorsi di *recovery*, la partecipazione attiva di utenti e di familiari, nonché interventi per l'inserimento lavorativo e per la residenzialità leggera.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I

PRINCIPI GENERALI

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, degli articoli 34, 35 e 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, del 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, del Libro verde « Migliorare la salute mentale della popolazione – Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea », di cui alla comunicazione COM(2005) 484 definitivo della Commissione europea, del 14 ottobre 2005, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, del Piano di azioni nazionale per la salute mentale approvato dalla Conferenza unificata il 24 gennaio 2013, del Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'anno 2018, nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali persegue le seguenti finalità:

a) operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone affette da disagio o disturbo mentale e per promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza e umani;

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

miglia, al lavoro, alla scuola, alla comunità e alla società in senso lato;

c) garantire equità di accesso ai servizi deputati alla salute mentale a tutte le persone affette da disagio o disturbo mentale, indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza e orientamento sessuale secondo il principio di uguaglianza, al fine di avviare al meglio percorsi di cura e di *recovery* per raggiungere la migliore condizione possibile di salute psichica e fisica e di qualità della vita;

d) garantire interventi e supporti assistenziali nel normale ambiente di vita della persona affetta da disagio o disturbo mentale, con particolare riguardo alle fasi critiche della malattia e alle situazioni di urgenza e secondo il principio della massima prossimità e accessibilità;

e) promuovere la collaborazione e l'integrazione dei settori pubblici della sanità, dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitazione e dell'assistenza sociale con altri settori quali la cooperazione sociale, l'associazionismo, il terzo settore e il quarto settore;

f) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di percorsi di cura integrati e personalizzati volti al miglioramento della qualità dell'assistenza alla malattia mentale, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, basate su prove di evidenza scientifica, sicure e centrate sull'utente e sul suo ambito relazionale e realizzate prioritariamente nel suo contesto di vita sociale;

g) definire linee guida volte ad assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni che metta al centro l'utente e i familiari e valorizzi il loro sapere esperienziale;

h) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura, nel contesto di vita, fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori;

i) riconoscere valore fondamentale al reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente e dei familiari;

l) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale;

m) ridefinire gli indirizzi in materia di personale, di qualità e di formazione nel settore della salute mentale, attraverso la riqualificazione delle strutture, la garanzia di adeguati *standard* di personale qualificato e di appropriate risorse finanziarie;

n) emancipare e responsabilizzare le persone affette da disagio o disturbo mentale, al fine di rafforzarne il coinvolgimento nel patrocinare i propri diritti nelle politiche di salute mentale;

o) predisporre percorsi di cura con livelli di complessità crescente, omogenei nel territorio nazionale e definiti all'interno dei LEA, da attuare nel piano generale di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

ART. 2.

(Obiettivi).

1. Il Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, in accordo tra loro, perseguono i seguenti obiettivi:

a) garantire l'integrazione delle attività di promozione della salute mentale, della prevenzione del disagio e del disturbo mentali e della loro cura a tutti i livelli, attraverso tutte le realtà pubbliche e private coinvolte e tutti i portatori di interesse;

b) promuovere e sviluppare nell'utente e nei familiari la fiducia e la speranza nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni erogate ai fini del buon esito del percorso di cura;

c) coinvolgere concretamente gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuovere la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in materia di salute mentale.

ART. 3.

(Nuovo piano nazionale per la salute mentale).

1. Il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22 della presente legge, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un nuovo piano nazionale per la salute mentale.

2. Il nuovo piano nazionale per la salute mentale contiene le linee guida di cui all'articolo 4, le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale e i LEA concernenti la salute mentale.

3. Le linee guida e le linee di indirizzo di cui al comma 2 sono sottoposte a revisione triennale con le modalità stabilite dal comma 1.

ART. 4.

(Definizione delle linee guida).

1. Le linee guida contenute nel nuovo piano nazionale per la salute mentale sono volte a indicare a livello nazionale:

a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi nei quali si erogano le prestazioni di salute mentale tenendo conto della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso a essi nonché della sicurezza dei medesimi luoghi e degli operatori che ivi prestano la loro attività;

b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle prestazioni erogate e dei relativi indicatori, con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta alle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi, alla continuità dell'assistenza, all'integrazione sociale, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate;

c) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali severi o complessi, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva o di esclusione sociale e nelle aree di confine e di transizione per età o per patologia;

d) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, che comportano comunque livelli significativi di sofferenza e di compromissione della qualità della vita;

e) i percorsi volti a garantire a tutte le persone affette da disturbo mentale le cure appropriate, a fronte di patologie fisiche, per contrastarne la minore aspettativa di vita;

f) le modalità di monitoraggio degli indicatori di salute e dei relativi fattori di rischio, con particolare riguardo all'uso degli psicofarmaci e ai programmi di educazione e trattamento che promuovano un positivo cambiamento nello stile di vita delle persone affette da disagio o disturbo psichico;

g) le modalità di recupero degli utenti che hanno abbandonato il servizio di salute mentale senza averlo concordato, con particolare riferimento agli utenti con patologie severe;

h) le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari in tutti gli ambiti che li vedono direttamente coinvolti e in tutte le scelte di progettazione e di realizzazione degli interventi in materia di salute mentale;

i) le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione dei disturbi mentali.

ART. 5.

(Dipartimento di salute mentale).

1. Il dipartimento di salute mentale, che ha natura strutturale, in conformità al 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, è l'unità organizzativa fondamentale, istituita presso ogni azienda sanitaria locale, che coordina e assicura direttamente o indirettamente tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale ed educazione sanitaria alle persone di età superiore a 18 anni affette da disturbi mentali.

2. Al fine di garantire in tutto il territorio nazionale omogeneità di assetti organizzativi, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvede a uniformare la composizione del dipartimento di salute mentale includendo tra le sue competenze le dipendenze patologiche, l'alcolologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia clinica e i disturbi del comportamento alimentare.

3. Al fine di cui al comma 2, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definisce la popolazione di riferimento dei dipartimenti di salute mentale e dei centri di salute mentale che rappresentano le loro articolazioni operative principali. I dipartimenti non possono avere un bacino di utenza superiore a 600.000 abitanti e i centri non possono avere un bacino di utenza superiore a 150.000 abitanti. Sono previste deroghe per le zone a bassa densità abitativa.

4. Le regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, assicurano che ciascun dipartimento di salute mentale sia dotato di personale almeno nei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo, nonché altro personale qualora il dipartimento includa nuove aree disciplinari.

5. Il dipartimento di salute mentale attiva, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni possibile forma di collaborazione con i soggetti e con gli organismi che si occupano o che sono coinvolti nelle problematiche relative alla salute men-

tale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, il terzo settore e il quarto settore, le organizzazioni di volontariato costituite anche da utenti e da familiari, nonché le associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale.

6. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, nell'ambito del nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3, le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

CAPO II

AZIONI PRIORITARIE

ART. 6.

(Prima accoglienza).

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale, anche avvalendosi di operatori dedicati e degli utenti familiari esperti (UFE) di cui all'articolo 9, che ivi prestano la loro attività, provvedono a fornire una prima accoglienza pronta e attenta, centrata sull'ascolto, sulla fiducia, sulla cortesia e sul rispetto, a utenti e a familiari che a vario titolo si presentano nelle diverse aree operative, quale parte fondamentale dei progetti personalizzati, al fine di avviare il percorso di cura più appropriato, atto a promuovere subito un rapporto basato sulla comprensione, sulla fiducia e sulla speranza, nell'ambito di tutte le aree di intervento del dipartimento di salute mentale, integrate tra loro, a partire da quelle a maggiore valenza territoriale.

ART. 7.

(Continuità nella referenza di cura).

1. Nelle diverse fasi del percorso di cura il dipartimento di salute mentale assicura a ogni persona in carico la presenza di un medico psichiatra e, nelle situazioni di par-

ticolare complessità, di un operatore di riferimento che gestisca i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti a vario titolo nel percorso medesimo con funzioni di *case manager*.

2. Il dipartimento di salute mentale informa l'utente e i familiari dell'individuazione dello psichiatra di riferimento e del *case manager* e della facoltà di rivolgersi a loro e fornisce la garanzia per acquisire ogni informazione utile ad accompagnare il percorso di cura.

ART. 8.

(Ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari).

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce valore fondamentale al ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari, nonché al loro coinvolgimento nel percorso di cura dell'utente e ne valorizza il sapere esperienziale.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, i dipartimenti di salute mentale prevedono incontri con i familiari con finalità informativa e psico-educativa, facilitando anche la costituzione di gruppi di auto-aiuto, l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze, sportelli dedicati per l'ascolto di proposte e di reclami, nonché l'offerta di partecipare ai corsi di cui all'articolo 9 finalizzati alla formazione di UFE.

ART. 9.

(Supporto tra pari).

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il valore del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne valorizza e promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale.

2. Il Ministro della salute con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce, in via sperimentale, modelli operativi che prevedano la partecipa-

zione attiva degli utenti e dei familiari nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari.

3. Per gli utenti e per i familiari che partecipano alla sperimentazione di cui al comma 2, le regioni organizzano corsi di formazione finalizzati alla valorizzazione del loro sapere esperienziale e a fornire le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

4. Gli utenti e i familiari che partecipano con esito positivo alla sperimentazione sono denominati UFE.

5. Gli UFE, sulla base degli indirizzi definiti dai dipartimenti di salute mentale, condividono il loro sapere esperienziale con gli altri utenti e familiari assistiti dai medesimi dipartimenti, collaborando, altresì, con gli operatori al fine di promuovere un atteggiamento di fiducia e di speranza nei riguardi dei trattamenti e delle prestazioni erogati, nonché di promuovere il ruolo centrale degli utenti nei rispettivi percorsi di cura. Gli utenti esperti sono attivati in prestazioni rivolte a utenti in situazioni di disagio. I familiari esperti sono attivati in prestazioni rivolte a familiari in situazione di disagio. Le regioni, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, prevedono che l'attività prestata dagli UFE ai sensi del presente comma sia remunerata da parte dei dipartimenti di salute mentale interessati, ai sensi della normativa vigente e sentito l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22.

ART. 10.

(Condivisione dei percorsi di cura: il patto di cura).

1. Il dipartimento di salute mentale, tenendo conto degli indirizzi forniti dall'Osservatorio nazionale e dagli osservatori regionali e delle province autonome di cui agli articoli 22 e 23, adotta strumenti cartacei e informatici finalizzati a promuovere percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, ai sensi

dell'articolo 1, ad accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori.

2. Gli strumenti di cui al comma 1 costituiscono il patto di cura e sono parte integrante della cartella clinica dell'utente.

3. Il patto di cura è concordato tra l'utente, i familiari, gli operatori e altre eventuali figure indicate dagli stessi durante incontri periodici, a cadenza almeno trimestrale.

4. Il patto di cura si articola in sezioni riferite a: la qualità della relazione tra i partecipanti; i desideri o gli obiettivi dell'utente; le aspettative reciproche dei partecipanti; gli obiettivi progettuali dell'utente; l'assunzione dei farmaci; i sintomi iniziali delle crisi; i desideri in caso di crisi; gli interventi finalizzati a garantire la consapevolezza e la condivisione del percorso di cura.

5. Per ciascuna sezione del patto di cura ogni partecipante sottoscrive i propri impegni, che possono essere individuali o condivisi con gli altri partecipanti.

6. Il patto di cura non costituisce vincolo giuridico formale ed è volto a stimolare la massima assunzione di responsabilità possibile in tutti i partecipanti e la centralità dell'utente nel percorso di cura. Il patto di cura è proposto in via prioritaria, ma non esclusiva, agli utenti a maggiore complessità. L'adesione al patto di cura è su base volontaria e può essere lo stesso utente a chiederne l'attivazione.

7. In via sperimentale, per facilitare un confronto costruttivo e paritario, i partecipanti al patto di cura possono nominare un garante esterno individuato tra gli UFE o tra soggetti esterni che abbiano svolto attività di volontariato nel settore delle malattie mentali. Il garante non può esprimersi sul percorso di cura né su eventuali altri interventi connessi alla cura. Il garante è chiamato a ottemperare alla legislazione vigente in materia di tutela della riservatezza.

ART. 11.

(Gestione delle situazioni di crisi a livello territoriale).

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale, garantiscono risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi degli utenti.

2. Il dipartimento di salute mentale è tenuto ad assicurare con la massima tempestività e comunque entro 24 ore dalla segnalazione il proprio intervento, anche a domicilio, per la gestione della situazione di urgenza, di emergenza e di crisi dell'utente avvalendosi di operatori dedicati del medesimo dipartimento e coinvolgendo attivamente lo stesso utente, i familiari, il medico di medicina generale, gli altri soggetti eventualmente interessati, compresi i servizi socio-sanitari già coinvolti nella situazione o di cui si ravvisa la necessità di un coinvolgimento, nonché le unità mediche di pronto intervento. In caso di mancata collaborazione dell'utente, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno, compresa la visita al domicilio dello stesso utente e comunque privilegiando sempre gli interventi posti in essere nei luoghi di vita abituali dell'utente e negoziando il più possibile l'adesione volontaria al trattamento proposto. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi in condizione di visitare il paziente e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, propongono all'autorità competente un accertamento sanitario obbligatorio (ASO). Qualora nell'effettuazione dell'ASO gli operatori medici accertino la presenza dei requisiti previsti dalla legge per un trattamento sanitario obbligatorio (TSO), dopo aver esperito senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente al ricovero, come previsto dalla legge, propongono il TSO all'autorità sanitaria locale competente.

3. Qualora sia possibile adottare efficaci misura extraospedaliere, il TSO può essere effettuato presso il domicilio dell'utente, presso il centro di salute mentale o presso un altro luogo ritenuto idoneo.

4. Contestualmente alla convalida del TSO da parte dell'autorità sanitaria locale competente, il giudice tutelare può nominare un garante. Il garante è scelto tra le persone iscritte a un apposito albo istituito presso l'ufficio del giudice tutelare, d'intesa tra lo stesso giudice e l'osservatorio regionale o della provincia autonoma competente, di cui all'articolo 23, e agisce al fine di verificare il rispetto dei diritti della persona sottoposta a TSO e di sostenerla nella negoziazione del programma di cura, favorendo il più possibile il consenso al trattamento. Il garante deve possedere competenze giuridico-relazionali ed essere accettato dall'utente interessato.

ART. 12.

(Gestione delle situazioni di crisi a livello ospedaliero).

1. Qualora la situazione di crisi non sia gestibile a livello territoriale ai sensi dell'articolo 11, l'utente è ricoverato, in regime di trattamento sanitario volontario (TSV) o di TSO, se ne ricorrono i requisiti di legge, presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) dell'ospedale competente per territorio.

2. Gli SPDC operano in conformità a quanto disposto dalla presente legge, per la prevenzione della contenzione fisica ai sensi del documento 10/081/CR07/C7 della Conferenza delle regioni e delle province autonome del 29 luglio 2010, recante « Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione ».

3. Gli SPDC sono comunque impegnati a ridurre percentualmente su base annua il numero delle contenzioni fisiche al fine di abolire il ricorso a esse entro cinque anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 13.

(Azioni finalizzate all'individuazione di soluzioni abitative e per l'inserimento lavorativo e sociale).

1. Il dipartimento di salute mentale dispone di aree di attività e di operatori

dedicati per le azioni di cui al presente articolo.

2. Il dipartimento di salute mentale, nel rispetto del patto di cura e d'intesa con i soggetti pubblici o privati competenti, avvia, ove necessario, percorsi di residenzialità protetta e di inserimento dell'utente nel mondo del lavoro e della socialità.

3. I percorsi di residenzialità devono individuare le soluzioni abitative più adatte a promuovere negli utenti autonomia, responsabilità e *recovery*, quali appartamenti a bassa protezione, libera convivenza tra utenti e accoglienza da parte di famiglie disponibili e di cittadini in grado di offrire contesti relazionali affettivamente ricchi ed emotivamente centrati sull'ascolto e sulla fiducia.

4. I percorsi di inserimento nel mondo del lavoro di cui al comma 2 devono individuare le situazioni più adatte per l'utente, a partire da quelle che si avvalgono di leggi nazionali o regionali o di inserimenti nelle cooperative sociali. Sono altresì promosse attività di avvicinamento al mondo del lavoro, per utenti non ancora pronti per l'inserimento in percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, valorizzando eventuali competenze professionali specifiche, apportate dal mondo del volontariato, rappresentato da cittadini singoli o da loro associazioni.

5. I percorsi di inserimento e di reinserimento sociale devono valorizzare il più possibile risorse e responsabilità degli utenti e promuoverne l'inclusione in percorsi di *recovery*. Gli operatori dell'area dedicata collaborano con tutte le realtà pubbliche e private che sono attive a livello di inclusione sociale per raggiungere le finalità del presente comma.

ART. 14.

(Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti penitenziari e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza).

1. Le persone affette da disturbo mentale hanno diritto a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati ai sensi di quanto previsto dal decreto del

Presidente della Repubblica 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, anche attraverso la collaborazione attiva delle *équipes* dei dipartimenti di salute mentale presso gli istituti penitenziari.

2. I dipartimenti di salute mentale si attivano, nel rispetto della legislazione vigente, per realizzare al proprio interno misure alternative volte a limitare il ricorso alle misure detentive negli istituti penitenziari e alle misure di ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui al comma 3, in favore di percorsi di cura attuati presso la rete delle proprie strutture territoriali.

3. Le REMS sono strutture dei dipartimenti di salute mentale integrate con la rete dei propri servizi.

4. Una REMS non può superare il numero di 20 posti letto. È fatto divieto di aggregare più REMS nello stesso edificio o in edifici attigui. È fatto altresì divieto di ospitare REMS negli ex ospedali psichiatrici giudiziari.

5. Per tutti i soggetti ricoverati presso le REMS sono formulati progetti di cura personalizzati, d'intesa tra la direzione della REMS e il centro di salute mentale competente per territorio. I singoli progetti sono finalizzati a garantire il maggiore collegamento possibile dell'ospite con il proprio territorio di appartenenza, attraverso tutte le azioni riabilitative che possono essere attuate, sia all'interno che all'esterno delle REMS, allo scopo di favorire la rivalutazione della pericolosità sociale del ricoverato da parte dell'autorità competente e la sua precoce dimissione dalla REMS, anche avvalendosi delle risorse per il rafforzamento delle attività dei servizi previsti dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.

6. Le regioni, ai sensi di quanto previsto dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di preparazione e di formazione per gli operatori del

settore finalizzati alla progettazione e all'organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale per i pazienti psichiatrici detenuti negli istituti penitenziari, ricoverati presso le REMS o sottoposti a misure alternative nei servizi dei dipartimenti di salute mentale.

7. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione delle disposizioni previste dal presente articolo.

ART. 15.

(Erogazione delle prestazioni).

1. Le prestazioni previste dalla presente legge sono erogate direttamente dal dipartimento di salute mentale, coprodotte o, se erogate da soggetti terzi, monitorate dal dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.

2. Il dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni erogate o coprodotte rispetto a quelle esternalizzate nonché, ove possibile, le prestazioni che prevedono l'impiego di UFE o delle loro associazioni rappresentative ovvero che prevedono percorsi di *recovery*.

ART. 16.

(Promozione della salute mentale e prevenzione).

1. È diritto del cittadino fruire di interventi volti alla prevenzione dei disturbi psichiatrici maggiori, dei suicidi e delle dipendenze, in quanto priorità di salute pubblica. Tali interventi competono a una pluralità di soggetti pubblici e privati che hanno finalità concorrenti in materia di salute mentale e non possono essere delegati solo ai dipartimenti di salute mentale.

2. Per conseguire le finalità di cui al presente articolo i soggetti di cui al comma 1 sono chiamati a operare su determinanti sociali quali il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la qualità delle relazioni interpersonali nella comunità di appartenenza, l'esposizione a eventi di vita stressanti, le discriminazioni di genere, età, razza ed etnia, le violenze sessuali, gli abusi, i fenomeni migratori e le catastrofi naturali.

3. Nel nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3 è prevista una strategia nazionale di promozione e di prevenzione specifica per la salute mentale realizzata e integrata con i piani di prevenzione regionali, con particolare riguardo a interventi finalizzati a contrastare, nella popolazione generale e in fasce di popolazione vulnerabili, stigma e pregiudizi verso la malattia mentale.

4. La strategia di cui al comma 3 riguarda l'intero ciclo di vita con particolare attenzione al ruolo della famiglia, della scuola, alla quale è dedicato un impegno prioritario dei luoghi di lavoro e più in generale dell'intera comunità. Mira a realizzare misure di supporto per la salute mentale in fase pre-natale e *post*-natale, a fornire sostegno alle famiglie per il supporto alla genitorialità, a sviluppare le capacità dell'assistenza sanitaria primaria per la salute mentale, la prevenzione e il riconoscimento precoce di disturbi mentali, nonché l'assistenza psicologica a bassa soglia.

5. È promossa una cultura di attenzione agli stili di vita sani, in conformità a quanto stabilito dell'Organizzazione mondiale della sanità.

6. È promossa una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio rivolta alla popolazione e, in particolare, alle fasce di popolazione a maggiore rischio e che prevede appositi interventi per limitare strumenti e contesti atti a favorire azioni suicidarie.

ART. 17.

(Integrazione socio-sanitaria).

1. Le regioni, nell'ambito dell'azione legislativa di programmazione e di 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 programmano l'integrazione dei dipartimenti di salute mentale con gli altri servizi sanitari e sociali, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitazione, i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, prevedendo la collaborazione delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti per favorire l'inclusione nelle attività del territorio.

3. Le regioni possono attivare, nelle situazioni di particolare complessità e ad alto bisogno di integrazione socio-sanitaria, d'intesa con i servizi sociali e con altri servizi del privato sociale e del terzo settore, un *budget* dedicato e finanziato dai diversi enti coinvolti, finalizzato a corrispondere in maniera integrata e appropriata ai bisogni complessi dell'utente e alla conseguente realizzazione del progetto individualizzato.

ART. 18.

(Diritto alla salute fisica delle persone affette da disturbo mentale).

1. Le persone affette da disturbo mentale, al pari degli altri cittadini, hanno diritto alla tutela della propria salute in generale, come diritto costituzionale, e a ricevere cure adeguate per ogni condizione che lo richieda al fine di fruire del diritto di godere del migliore stato di salute possibile.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, lo Stato promuove la sicurezza dei trattamenti, assicura le stesse possibilità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche, con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, alle malattie oncologiche.

giche, alle patologie odontoiatriche e al diabete, per garantire la medesima aspettativa di vita alle persone affette da disturbo mentale rispetto alla popolazione generale.

3. Nell'ambito delle strategie di prevenzione e di promozione della salute, sono promossi stili di vita sani attraverso programmi definiti su scala regionale e locale che prevedono l'inserimento attivo di persone affette da disturbo mentale nella prevenzione dell'uso di sostanze illegali, di fumo e di alcol, nella correzione della dieta alimentare e nella promozione di programmi di attività fisica.

4. I dipartimenti di salute mentale monitorano gli indicatori di salute e i relativi fattori di rischio, nonché gli effetti indesiderati dei farmaci nelle persone affette da disturbo mentale seguite nelle varie aree degli stessi dipartimenti.

ART. 19.

(Formazione).

1. È garantita a livello regionale, attraverso le strutture deputate, interne ed esterne all'azienda sanitaria locale, la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione continua, anche sul campo, in favore di tutte le figure professionali attraverso percorsi atti a migliorare la *governance*, la gestione, il *management* e gli interventi dei dipartimenti di salute mentale, attraverso le diverse aree operative, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

2. Le regioni assicurano agli utenti e ai familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale almeno 40 ore di informazione e di formazione su base annua, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

ART. 20.

(Sistema informativo e ricerca).

1. Il Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22, include la salute mentale all'interno dei

sistemi informativi sanitari di uso corrente per identificare, raccogliere, riportare sistematicamente e utilizzare dati essenziali riguardanti i dipartimenti di salute mentale e dati epidemiologici sulla salute mentale, compresi quelli sui tentati suicidi e sui suicidi, allo scopo di migliorare l'offerta dei dipartimenti stessi e le strategie di promozione e di prevenzione.

2. Sono favorite la ricerca e la collaborazione tra dipartimenti di salute mentale e università sulle priorità nazionali in materia di salute mentale con il contributo di tutti i principali portatori di interesse e d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22.

3. Il Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22, istituisce controlli sulla qualità e sulla sicurezza, effettuati tramite organismi indipendenti dai fornitori dei servizi e con il coinvolgimento di utenti e di familiari.

ART. 21.

(Ruolo e rapporti con l'università).

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 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 di ricerca, su un'area territoriale definita e all'interno del dipartimento di salute mentale.

2. I piani di studio delle scuole di specializzazione in psichiatria, nel rispetto della legislazione vigente, valorizzano e garantiscono l'attuazione delle disposizioni della presente legge nonché delle linee guida e delle linee di riorganizzazione di cui all'articolo 3.

3. Le cliniche psichiatriche universitarie, nel rispetto della legislazione vigente, operano in stretto contatto con i dipartimenti di salute mentale secondo logiche e pratiche di integrazione e di collaborazioni paritarie e d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

CAPO III

OSSERVATORIO NAZIONALE E OSSERVATORI REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA SALUTE MENTALE E DISPOSIZIONI FINANZIARIE

ART. 22.

(Osservatorio nazionale per la salute mentale).

1. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito presso il Ministero della salute l'Osservatorio nazionale per la salute mentale, di seguito denominato « Osservatorio ».

2. L'Osservatorio è composto da un rappresentante del Ministero della salute con funzioni di presidente e da ventiquattro membri di cui: sei esperti in materia di salute mentale nominati dal Ministro della salute; sei rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano; quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale; quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi; quattro rappresentanti degli operatori.

3. L'Osservatorio orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale e in particolare:

a) contribuisce a fornire gli strumenti per la verifica dei risultati;

b) contribuisce a definire i criteri e gli *standard* minimi di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali delle attività connesse al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;

c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni e dalle province auto-

nome di Trento e di Bolzano, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;

d) contribuisce a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori, pubblici e privati, dagli utenti e dai familiari, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendoli anche in ambito regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

e) coordina le attività di formazione sulle malattie mentali;

f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del nuovo piano nazionale per la salute mentale previsto dall'articolo 3.

ART. 23.

(Osservatori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale).

1. Ogni regione e provincia autonoma, con proprio atto, istituisce un osservatorio per la salute mentale. Fanno parte dell'osservatorio l'assessore regionale o provinciale competente o un suo delegato, con funzioni di presidente, e un massimo di sedici membri di cui: quattro esperti in materia di salute mentale nominati dalla regione o dalla provincia autonoma; quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale; quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi; quattro rappresentanti degli operatori.

2. L'osservatorio regionale o della provincia autonoma per la salute mentale collabora con l'Osservatorio ed esercita funzioni di orientamento e di monitoraggio sulle politiche relative alla salute mentale nel territorio di competenza, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.

ART. 24.

(Disposizioni finanziarie).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tramite le rispettive

aziende sanitarie locali, provvedono alla copertura degli oneri diretti e indiretti derivanti dall'attività dei dipartimenti di salute mentale.

2. Anche al fine di garantire *standard* minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono individuati obiettivi di razionalizzazione e di riequilibrio nell'impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale, attribuendo comunque priorità nell'assegnazione dei finanziamenti ai progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, con particolare attenzione al contenimento della spesa relativa al finanziamento delle strutture residenziali ad alta protezione, pubbliche o private.

3. Fatto salvo quanto previsto dal comma 1, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, al settore della salute mentale è destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale.

4. Per la realizzazione di progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, è istituito, a partire dall'anno successivo a quello della data di entrata in vigore della medesima legge, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo con una dotazione di 50 milioni di euro annui. Il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con l'Osservatorio, indice un bando per individuare e per finanziare i progetti che ne hanno titolo. Sono privilegiati progetti a basso costo e, comunque, di importo non superiore a 100.000 euro, che prevedono percorsi di *recovery*, la partecipazione attiva di utenti e di familiari, interventi per l'inserimento lavorativo e per la residenzialità leggera e a forte impatto comunitario.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA



18PDL0005590