CAMERA DEI DEPUTATI N. 2011

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SCOCA, SAIA

Norme per la prevenzione e cura delle malattie mentali

Presentata il 26 luglio 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La legge 13 maggio 1978, n. 180, è stata una legge quadro che ha voluto soprattutto enunciare alcuni princìpi fondamentali, lasciando alla successiva normativa la definizione dei dettagli operativi. Tale legge ha infatti decretato la fine dell'ospedale psichiatrico, la fine della cura del malato in posti chiusi, la fine della schedatura di polizia del malato di mente, ed ha stabilito le modalità e le caratteristiche del trattamento sanitario obbligatorio (TSO), introducendo anzi, *ex novo* tale concetto.

Già nel 1982 uno dei principali gruppi promotori della legge n. 180 del 1978 – il Coordinamento nazionale di psichiatria democratica – redigeva la « *Relazione tecnica e raccomandazioni indirizzate al Governo, ai parlamentari, agli amministratori regionali e locali, relative e proposte per la salute mentale* », in cui affermava che la legge n. 180 del 1978 ha: « (...) dei limiti relativi alla mancanza di precisazione circa le strutture extraospedaliere, ai finanziamenti che avrebbero consentito la loro creazione, alla formazione di personale adatto ai suoi compiti, così come circa il destino dei dimessi dal manicomio che avrebbero richiesto misure abitative adeguate ». Continuava concordando: « (...) sulla necessità di prescrizione e chiarificazione sugli aspetti prescrittivi della legge, i cui princìpi vanno salvaguardati ».

Ebbene è grave mancanza di tutti i passati Parlamentari non avere emesso tali norme attuative.

La situazione attuale infatti qual è ? Sappiamo che in Italia sono curate nelle strutture pubbliche circa 500.000 persone; inoltre sappiamo che circa 150.000 persone

hanno avuto almeno un ricovero in un anno nei reparti degli ospedali generali, reparti che, nell'intenzione dei promotori della legge, dovevano rimanere strutture per i soli casi di temporanea, assoluta urgenza.

Le strutture intermedie, comunitarie e aperte sul territorio, che avrebbero dovuto costituire il perno dell'assistenza psichiatrica, sono assolutamente carenti: tra strutture residenziali o semiresidenziali ce ne sono per 2.000 posti contro un fabbisogno stimato di circa 30.000.

Il peso di tutti i nuovi malati ricade quindi unicamente sulle famiglie.

Circa 30.000 vecchi malati sono tuttora nei vecchi ospedali psichiatrici, solo in piccola parte rimodernati e riadeguati ai nuovi parametri.

Un unico posto si è dotato di una completa e soddisfacente rete di strutture ed è la città di Trieste, da dove, del resto, è partito il movimento che ha portato all'affermazione della legge n. 180. A Trieste esistono posti letto in strutture comunitarie o protette per circa 50 posti ogni 100.000 abitanti; l'equivalente di circa 25.000 posti in tutta Italia. Inoltre l'ospedale psichiatrico, dove tuttora soggiornano 200 malati, si è completamente trasformato ed integrato nelle nuove strutture.

Evidentemente per realizzare in tutta Italia la rete organizzativa di cui si è dotata Trieste, occorre emettere le famose norme attuative già auspicate da psichiatria democratica nel 1982.

È bensì vero che nel 1994 il Ministero della sanità ha emesso un « *Progetto obiettivo triennale per la psichiatria* » in cui finalmente dava dei parametri applicativi della legge. Ma tale obiettivo, oltre ad essere gravemente carente nel numero dei posti ed in molte parti delle raccomandazioni, non ha la forza di un complesso di norme approvata dal Parlamento. Senza contare che occorre approfittare dell'esperienza di questi venti anni per migliorare alcune lacune, imprecisioni, difficoltà interpretative che la legge n. 180 del 1978 ha comunque evidenziato. Ad esempio, perfino a Trieste alcune famiglie lamentano che, nonostante le strutture, la cura del malato giovane e che rifiuta il trattamento terapeutico, sia difficile e spesso si traduca in periodi di abbandono del malato.

Occorre ricordare che è il giovane psicotico agli esordi la figura a cui oggi deve andare tutta l'attenzione del legislatore. Specialmente oggi che un buon trattamento farmacologico unito ad una efficace riabilitazione sociale permettono di modificare in maniera molto positiva il destino del giovane psicotico. Si può migliorare la sua qualità della vita, ridurre la mortalità, mantenere almeno in parte l'efficienza lavorativa. Ricordiamo che la gran parte dei 500.000 malati sono giovani.

È quindi indispensabile uno sforzo di tutta la collettività per ridare, ed in fretta, dignità a questi malati ed alle loro famiglie, che da diciotto anni aspettano ormai un assetto legislativo completo ed efficiente.

Entro il 31 dicembre 1996, secondo quanto previsto dal comma 5 dell'articolo 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, è stabilita la chiusura dei residui manicomiali. A quasi vent'anni dall'approvazione della legge n. 180 del 1978, si profila, dunque, una nuova, impegnativa e certamente complessa fase.

Questa proposta di legge cerca, come primo obiettivo, di garantire la massima protezione e cura del malato.

Un intero articolo – il 4 – è dedicato ai diritti del malato e dei familiari. La cura del malato è basata su:

a) potenziamento della strutture territoriali, soprattutto in senso sociale, e con particolare riguardo ai problemi di inserimento sociale e lavorativo, nonché ai problemi di convivenza e di ricovero;

b) viene ribadito il rifiuto dell'ospedale, se non per ricoveri di urgenza ed a breve termine, e sancita la creazione di un numero adeguato di strutture residenziali, anche e specialmente a caratteristica comunitaria.

Viene finalmente e definitivamente superato il legame TSO-ospedale, già definito con la legge n. 180 del 1978, ma con una formulazione che dava adito ad interpretazioni di comodo. Il TSO viene visto come

un elemento terapeutico a volte indispensabile e da effettuare, pur mantenendo tutte le procedure di protezione previste nella precedente legge ed anzi maggiorandole, nelle forme più consone alla cura della malattia. Si prevede quindi un TSO domiciliare, un TSO in comunità ed un TSO ospedaliero, quest'ultimo solo limitato a procedure di urgenza o a necessità diagnostiche. Si prevede infatti, come in Inghilterra, un TSO di urgenza limitato a 72 ore ed un TSO da effettuare nei luoghi e con le modalità più adatte ad una efficace terapia.

Viene istituita anche una commissione per la difesa del malato, incaricata di decidere in prima istanza sulla convalida dei TSO.

Viene introdotto il concetto di diritto del malato ad una normalità di vita e, quindi, del diritto al lavoro ed alla ricreazione in maniera compatibile con il suo stato. Ci si propone il superamento dell'attuale stato di abbandono e di inattività del malato.

Le strutture vengono ipotizzate sia a gestione pubblica che privata, in particolare del privato-sociale.

Al settore pubblico viene riservato il controllo del funzionamento, che è potenziato ed a cui si cerca di dare la massima importanza, anche attraverso apposite commissioni regionali e nazionali. Ci si propone inoltre in tal modo, attraverso meccanismi di selezione, di aumentare la attualmente bassa efficienza delle strutture e la motivazione del personale.

Viene avviato anche il superamento del manicomio criminale, attraverso la creazione di apposite strutture regionali a caratteristiche comunitarie.

Viene resa possibile l'utilizzazione, almeno finanziaria, delle strutture degli ex ospedali psichiatrici, specialmente nei casi in cui la costruzione di strutture nuove comporterebbe altri decenni di attesa ed, inoltre, per gli ampi spazi verdi, che gli ex ospedali psichiatrici normalmente hanno, e che ben si prestano alla creazione di piccole comunità con adeguate terapie di lavoro.

Viene infine sancito il numero di posti disponibili a favore dei malati in relazione alla popolazione. In caso di mancato funzionamento delle Unità Sanitarie Locali o delle regioni, lo Stato potrà intervenire per l'attivazione di una adeguata assistenza. Così pure è sancita, data l'attuale situazione di abbandono, la possibilità per i prefetti, per un periodo transitorio, di requisire edifici pubblici e privati da destinare ai malati di mente.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. La presente legge detta i princìpi dell'ordinamento in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati di mente di età superiore ai quattordici anni, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, nel rispetto dei diritti dei cittadini, siano essi malati o loro familiari.

2. Le regioni, sia a statuto ordinario che a statuto autonomo, e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute ad adeguare la propria legislazione ai princìpi della presente legge entro sei mesi dalla data della sua entrata in vigore.

3. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione.

4. Ogni cittadino ha il diritto alla tutela della salute e alla prestazione di cure adeguate, anche se non è in grado di capire e di rendersi conto, temporaneamente o definitivamente, del suo stato di malattia.

5. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a malattie mentali sono attuati dai presìdi e dai servizi psichiatrici territoriali ed ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, ivi comprese le strutture private convenzionate, secondo parametri definiti.

ART. 2.

1. La prevenzione e la cura della malattia mentale sono effettuate dal dipartimento di salute mentale (DSM).

2. Il DSM attua la prevenzione e la cura della malattia mentale sul territorio o su parte del territorio di una Unità sanitaria locale e con una popolazione compresa tra 100.000 e 150.000 abitanti. Ha la responsabilità della cura del malato e del suo

inserimento sociale. Il DSM garantisce, altresì, la consulenza sulle malattie psicosomatiche, sui problemi della sofferenza psichica dell'infanzia e dell'adolescenza, e delle patologie geriatriche. Il DSM ha l'obbligo di collaborare con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione della malattia mentale e di informazione al corpo insegnante ed agli studenti. Alcune strutture o tutte le strutture del DSM possono essere raggruppate in una unica zona, qualora questo realizzi una maggiore efficacia nella continuità dei trattamenti terapeutici.

3. Il responsabile del DSM deve essere un medico psichiatra con esperienza e capacità direttive e con i requisiti previsti per la funzione di primario di psichiatria. È nominato dalla Unità sanitaria locale di competenza, con adeguato controllo dirigenziale della durata massima di cinque anni e rinnovabile, sentito il parere non vincolante dell'utenza, secondo i criterti che sono seguiti per il conferimento dei posti di primario.

4. Il DSM comprende le seguenti strutture obbligatorie nel numero minimo di una per ogni tipo;

a) centro di salute mentale, il cui numero e la cui dislocazione devono essere stabiliti al fine di assicurare un facile accesso al domicilio del malato ed una idonea copertura logistica del territorio interessato. Il centro ha la responsabilità del malato in tutti i suoi aspetti sociali, legali e terapeutici. In particolare esso ha il compito di:

1) garantire al nucleo familiare un servizio specifico di informazione, assistenza e sostegno psicoterapeutico;

2) formulare un progetto terapeutico riabilitativo individuale, da aggiornare nel corso della cura;

3) inviare il personale necessario al domicilio del paziente obbligatoriamente in caso di bisogno, ovvero su richiesta motivata o se il paziente interrompe il progetto di cura e riabilitazione;

4) curare l'inserimento lavorativo e sociale del malato;

5) assicurare nel proprio ambito un adeguato servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione, suddiviso in: *day-hospital*: per quei pazienti che necessitano di controlli e terapie intensive o che partecipano a psicoterapie di gruppo; centro diurno: per quei pazienti che necessitano di attività risocializzanti e lavorative. Tali strutture devono essere dotate di almeno 10 posti per ogni 100.000 abitanti e devono essere aperte almeno cinquanta ore settimanali;

6) fornire diagnosi e documentazione ai fini previdenziali e assistenziali;

7) reperire adeguate possibilità domiciliari per il malato, nel caso sia opportuno un allontanemento dalla famiglia con la quale il malato convive abitualmente, che non si configurino, comunque, come istituzionalizzazione;

8) seguire e controllare il passaggio del malato nelle varie strutture, tenendone informati i familiari, l'eventuale tutore ed il medico curante;

9) assicurare al malato i necessari esami periodici per il controllo del suo stato di salute;

10) organizzare, direttamente o mediante enti o strutture pubbliche, un servizio di emergenza psichiatrica territoriale, funzionante 24 ore su 24 per le situazioni che richiedono un immediato intervento medico ed infermieristico domiciliare.

b) Struttura residenziale con assistenza continuata ed in cui è collocata la sede del DSM. La struttura è destinata a quei pazienti che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi, volontari od obbligatori, non erogabili a domicilio o nei *day-hospital*. Per ogni malato è formulato un progetto terapeutico finalizzato, controllato ed aggiornato almeno ogni sei mesi. Le strutture residenziali sono diversificate a seconda dei diversi tipi di patologie mentali, della gravità, e della evoluzione della malattia. Tali strutture devono essere dotate di adeguati spazi verdi e di ricreazione. Le strutture per giovani e per adulti devono assicurare al malato, per

almeno quattro ore al giorno, attività lavorative, ricreative e di attività fisica. Inoltre devono prevedere, pur nel rispetto delle regole di vita comunitaria, almeno quattro ore giornaliere di libera uscita, così come permessi prolungati per viaggi o visite presso familiari o amici, se da questi esplicitamente accettati, salvo che il malato non sia in TSO. Deve essere assicurato, inoltre, tra strutture pubbliche e convenzionate, un numero di posti corrispondenti ad almeno 50 su ogni 100.000 abitanti, ed ogni struttura non può avere più di 35 ospiti. In ogni regione devono essere organizzate almeno tre strutture residenziali per accogliere i malati più gravi, pericolosi per sé o per gli altri, o che rifiutano l'inserimento in comunità aperte. Su richiesta dell'autorità giudiziaria, possono essere ricoverati in queste strutture i malati altrimenti destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario;

c) comunità alloggio, che sono destinate ai pazienti psichiatrici che presentano difficoltà relazionali che impediscono una loro collocazione in famiglia o una libertà di movimenti nel territorio, ma che non richiedono una assistenza continua. Nella comunità deve essere assicurato un numero di posti letto corrispondente ad almeno 20 ogni 100.000 abitanti;

d) reparto ospedaliero psichiatrico, che ha compiti di terapia dei malati in situazione di emergenza, nonché di espletamento di esami clinici che richiedano la degenza ospedaliera. Può avere un massimo di 15 posti letto, divisi in sezione maschile e femminile. Almeno un ospedale ogni 500.000 abitanti deve essere dotato di un servizio di pronto soccorso psichiatrico, in cui è assicurata la presenza di uno psichiatra 24 ore su 24. Il personale dipende dall'amministrazione dell'ospedale. Deve essere, altresì, assicurato un numero di posti letto pari almeno a 10 ogni 100.000 abitanti. È fatto obbligo, al momento del ricovero del paziente, di richiedere immediatamente informazioni e la cartella clinica al centro di salute mentale (CSM) di appartenenza e di tenere informato il CSM

delle terapie praticate, nonché di avvisarlo preventivamente sulle dimissioni del malato.

ART. 3.

1. Ogni trattamento sanitario obbligatorio (TSO) va effettuato solo dopo che sia stato attuato ogni tentativo per ottenere il consenso del malato. Il TSO si articola in:

a) trattamento sanitario obbligatorio di urgenza, che:

1) può essere richiesto da un sanitario quando ne ravveda la necessità e deve essere convalidato da uno psichiatra del servizio pubblico entro le quarantotto ore successive al ricovero;

2) ha validità massima di 72 ore e va effettuato negli ospedali sedi dei servizi di pronto soccorso psichiatrico: non è rinnovabile;

3) va effettuato solo se si riscontrano alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi. I medici del reparto possono rifiutare il ricovero od interromperlo, avvisando tempestivamente il medico curante ed i familiari, o il tutore, ove non ravvisino gli estremi di urgenza;

b) trattamento sanitario obbligatorio, che può essere effettuato:

1) qualora una persona, presumibilmente ammalata di mente e bisognosa di cure, non accetti volontariamente i necessari accertamenti diagnostici o gli interventi terapeutici, esponendosi al rischio di un aggravamento del proprio stato ed a possibili danni;

2) qualora le condizioni di salute mentale del paziente possano ricevere un sensibile miglioramento dalle prestazioni di cure oppure un sensibile peggioramento dalla loro mancanza;

3) qualora, per effetto della malattia, il paziente non sia in grado di giudicare il proprio stato e rifiuti di sottoporsi ai

necessari accertamenti diagnostici ed interventi terapeutici;

4) qualora, per effetto della malattia, il paziente sia incapace di badare a se stesso e di tutelare i propri interessi, oppure sia pericoloso per la salute fisica e psichica e per la sicurezza propria o di altri.

2. Il TSO può consistere: in visite mediche a domicilio o presso il CSM; in somministrazione a domicilio di farmaci; in ricoveri presso le strutture residenziali e di alloggio, nonché presso gli ospedali sedi di servizi di pronto soccorso psichiatrico; in esami clinici e di laboratorio presso ospedali pubblici e convenzionati. Esso ha una durata massima di sessanta giorni ed è rinnovabile. Può essere richiesto dal medico di base o di guardia medica, oppure da uno psichiatra o dal CSM. Il trattamento sanitario obbligatorio va confermato da due psichiatri, di cui uno appartenente ad una struttura pubblica, che hanno visitato il malato e che certificano, con motivazione scritta, la loro decisione. I due medici non devono avere rapporti di parentela con il malato né tra loro.

3. Il TSO può essere motivatamente interrotto dal medico responsabile della struttura o dal medico curante. Va garantita comunque al malato la continuità del trattamento terapeutico ed assistenziale.

4. Il TSO va effettuato, di regola, con personale sanitario e parasanitario e nel massimo rispetto delle relazioni sociali e della personalità del malato. Solo in caso di evidente pericolosità può essere richiesto l'intervento delle forza pubblica, che svolge esclusivamente funzione di protezione nei confronti degli operatori. Il TSO, se effettuato in strutture residenziali o ospedaliere, è effettutato nelle strutture indicate dal malato o dai familiari e dagli operatori sociali che l'hanno in cura, o dove opera il medico curante. Il responsabile della struttura deve inoltrare con la massima sollecitudine alla commissione per i diritti del malato psichico di cui al comma 5, e comunque non oltre ventiquattro ore, la notifica del TSO, con mo-

tivazione dello stesso, degli obiettivi del trattamento, nonché della sua presumibile durata. Deve inoltre, con le stesse caratteristiche di urgenza, inviare alla commissione i ricorsi dei malati avversi al TSO stesso.

5. È istituita presso ogni sede di giudici tutelari una commissione per i diritti del malato psichicho, con funzioni ispettive e di controllo. Tale commissione è composta da un giudice, che la presiede, da uno psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale in strutture pubbliche, e da un rappresentante delle associazioni dei familiari presenti sul territorio. I membri aggiunti della commissione durano in carica tre anni e la loro attività è remunerata su base oraria e corrispondente agli emolumenti spettanti ai dirigenti di enti pubblici. Tali membri devono offrire massima garanzia di moralità pubblica. Sono estratti a sorte da un elenco di dieci candidati forniti, rispettivamente dalla relativa associazione professionale ed indicati dalle associazioni dei familiari dei malati. La commissione, che può avvalersi dell'opera di consulenti aggiunti, affianca con funzioni consultive il giudice tutelare, il quale decide in merito a:

a) la convalida dei TSO;

b) l'esame dei ricorsi sui TSO da parte dei malati, o di chiunque ne abbia interesse;

c) i reclami o le segnalazioni da parte di cittadini sul funzionamento delle strutture operanti nel territorio, per eventuali opportuni procedimenti di carattere civile o penale.

6. Il malato o chiunque ne abbia interesse, ha la possibilità di rivolgersi in qualsiasi momento alla commissione per i diritti del malato psichico per chiedere la revoca o la modifica dei termini del TSO. Il ricorso, peraltro, non può essere presentato più di una volta durante la durata del TSO, fatta salva la possibilità di ripresentarlo, in caso di rinnovo del trattamento stesso. La commissione ha l'obbligo di comunicare per iscritto le sue decisioni entro

una settimana dall'avvenuto ricevimento del ricorso.

7. Contro le decisioni del giudice tutelare, in tema di TSO, è ammesso ricorso al tribunale competente per territorio. Nel processo davanti al tribunale, le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore o farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante semplice lettera scritta.

8. Il presidente fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti, nonché al pubblico ministero. Il presidente del tribunale decide entro dieci giorni, sentite le parti ed il pubblico ministero. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

ART. 4.

1. Il malato deve essere sottoposto alle cure ed ai trattamenti previsti dalla presente legge anche quando la sua alterazione lo porti a rifiutare ogni aiuto. È obbligo del centro di salute mentale, una volta ricevuta la segnalazione del caso, accertare le reali condizioni del paziente, adoperandosi, comunque, a ricercare la sua accettazione alle cure proposte.

2. Il malato ha il diritto ad un lavoro, compatibilmente con il suo stato di salute e con la sua capacità relazionale. I malati di mente sono inseriti nelle liste di collocamento obbligatorio per handicappati. Il Centro di salute mentale ha l'obbligo di supportare l'attività lavorativa del malato in modo che sia di utilità all'azienda in cui è inserito. Quando viene meno la capacità del malato ad un lavoro in una struttura normale, gli deve essere proposto un lavoro in una delle strutture protette all'uopo costituite. Il malato di mente deve ricevere dalla sua attività un emolumento corrispondente al valore economico del lavoro effettivamente svolto. Da tale emolumento possono essere detratte le spese per gli operatori e le strutture. Al malato spetta,

comunque, non meno di un quarto dell'emolumento di sua competenza.

3. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati pericolosi. Le aziende sanitarie locali devono proporre forme di sussidio al coniuge o al convivente e ad altri parenti disponibili a mantenere in famiglia il malato. Il Centro di salute mentale deve, altresì, adoperarsi perché tale convivenza sia liberatamente accettata e perché i conviventi possano avere, in tale ipotesi, i necessari aiuti e le adeguate pause nella convivenza stessa.

4. È vietata ogni forma di pubblicità che irrida la figura del malato di mente o che lo utilizzi a fini commerciali. I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 200.000 a lire 50.000.000. Estratto della sentenza o del provvedimento sanzionatorio deve essere pubblicato, a spese del committente della pubblicità, sui principali quotidiani locali o nazionali, a seconda che si tratti di pubblicità a diffusione locale o nazionale.

5. Il malato o il genitore esercitante la patria potestà o il tutore o il convivente, hanno diritto a scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e supporto. A tal fine, le strutture del territorio di appartenenza possono essere adeguatamente proposte, ma non possono essere di oggetto di scelta coatta. Il malato ed i familiari vanno incentivati a costituire associazioni, liberamente istituite, per la difesa dei loro interessi. Tali associazioni devono essere consultate, in via preliminare e prioritaria, in merito a tutte le decisioni adottate dalla regione in materia psichiatrica.

ART. 5.

1. I servizi del dipartimento di salute mentale possono essere a gestione pubblica o privata. Devono comunque essere a diretta gestione pubblica il centro di salute mentale, salvo per quanto riguarda le emergenze ed il *day-hospital*, ed almeno una struttura residenziale del DSM stesso e della azienda sanitaria locale. Il personale direttivo di ispezione del dipartimento

di salute mentale deve sempre appartenere a strutture pubbliche.

2. La regione controlla, tramite propri ispettori, l'attuazione da parte delle strutture, sia pubbliche che private, delle disposizioni della presente legge e delle leggi regionali in materia, nonché dei princìpi di un corretto e umano trattamento dei malati. Essa stipula convenzioni con tali strutture, abilitandole al trattamento delle malattie mentali e tenendo presente il parere dei responsabili del DSM e della utenza. Tali convenzioni danno alle strutture stesse la possibilità di essere utilizzate dalle aziende sanitarie locali come parte integrante della organizzazione del DSM. Nella utilizzazione di strutture private, è data la precedenza ad associazioni senza fini di lucro o a carattere cooperativo, ovvero che utilizzano malati di mente in attività lavorative, anche di carattere parziale.

ART. 6.

1. Nell'ambito dei rispettivi assessorati alla sanità, le regioni hanno l'obbligo di costituire un ufficio di psichiatria con funzioni ispettive, di stimolo e di indirizzo per tutte le aziende sanitarie locali e per la raccolta dei dati epidemiologici concernenti le patologie mentali.

2. Le associazioni dei familiari dei malati devono essere chiamate a far parte delle commissioni ispettive, che sono costituite ai fini di cui al comma 1. Tali commissioni devono effettuare ispezioni almeno due volte l'anno su tutte le strutture pubbliche e private esistenti nel territorio regionale. Hanno anche il compito di: valutare l'efficienza delle iniziative di socializzazione e riabilitazione; controllare il rispetto dei diritti dei ricoverati nelle varie strutture, pubbliche e private, nonché il livello di aggiornamento professionale dei lavoratori; promuovere l'avviamento di esperienze di riabilitazione lavorativa e l'istituzione di cooperative.

3. Le regioni sono tenuti al costante controllo dell'aggiornamento professionale degli operatori psichiatrici ed a promuovere appositi corsi di formazione anche

con la collaborazione di enti locali e di associazioni private.

4. È costituita a livello regionale una commissione per la psichiatria con compiti di vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria e con funzioni consultive e positive. La commissione è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale ai servizi sociali, da tre esperti designati dalla regione, dei quali almeno uno docente universitario, da un primario responsabile di dipartimento e da quattro esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.

ART. 7.

1. Presso il Ministero della sanità-Direzione generale degli ospedali, è istituito, nei limiti delle dotazioni di organico, l'ufficio speciale di psichiatria. Tale ufficio ha il compito di:

a) effettuare ispezioni *in loco* per verificare l'osservanza alle disposizioni della presente legge e lo stato della sua attuazione;

b) raccogliere ed elaborare dati statistici relativi alla diffusione ed alle caratteristiche della malattie mentali, allo stato delle strutture ed al grado di attuazione della presente legge;

c) raccogliere informazioni sulle esperienze effettuate in altri Paesi, in particolare nei Paesi membri della Unione europea;

d) proporre studi e ricerche in campo epidemiologico, clinico ed organizzativo, in collaborazione con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

2. Presso il Ministero della sanità è costituita la Commissione centrale di psichiatria, organo di consulenza scientifica ed organizzativa, composta da;

a) un rappresentante di ogni commissione regionale di psichiatria;

b) il direttore dell'Ufficio speciale di psichiatria;

c) due docenti universitari di psichiatria;

d) tre responsabili dei dipartimenti di salute mentale;

e) quattro rappresentanti delle associazioni di familiari dei pazienti psichiatrici a carattere almeno regionale;

f) un rappresentante della associazioni infermieri;

g) un rappresentante dell'associazione dei medici psichiatri.

3. La commissione di cui al comma 2 opera di concerto con l'ufficio speciale di psichiatria nella elaborazione di verifiche sull'attuazione della presente legge, sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e su eventuali proposte da sottoporre al Ministero della sanità. I suoi membri durano in carica cinque anni.

ART. 8.

1. Le aree e gli edifici degli ex ospedali psichiatrici, opportunamente ristrutturati in servizi di piccole dimensioni, sono utilizzati per la realizzazione di strutture a favore degli ammalati psichici. Qualora la loro ubicazione e le loro caratteristiche non li rendano adatti alla trasformazione nelle nuove strutture previste dalla presente legge ne viene disposta l'alienazione, ed il ricavato è destinato all'apprestamento delle strutture destinate ai malati di mente e al loro funzionamento.

2. L'attività ed il personale dei reparti ospedalieri e delle comunità esistenti negli ex ospedali psichiatrici devono essere integrati nelle strutture dei DSM, all'atto della loro costituzione ai sensi dell'articolo 1.

3. Le aziende sanitarie locali possono ricevere in uso, con convenzione per una durata almeno decennale, con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale,

edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, al fine di destinarli alle attività dei DSM.

4. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso gratuito agli enti ed alle associazioni convenzionate e del privato sociale beni di loro proprietà, con vincolo di destinazione alle attività di prevenzione, recupero e reinserimento, anche lavorativo, del malato psichico.

ART. 9.

1. Le università sede di scuole di specializzazione di psichiatria partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, hanno la responsabilità dei relativi reparti ospedalieri.

2. Le università sono abilitate a svolgere, anche a livello nazionale e regionale, attività diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e di assistenza di secondo livello per patologie mentali di carattere particolare.

3. Ai fini di cui al comma 2, le università si attengono ai princìpi organizzativi e funzionali stabiliti dalla presente legge e dalle leggi regionali.

4. È assicurata in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi inerenti le patologie mentali e la possibilità di organizzare gli stessi, senza che ciò vada a detrimento del trattamento terapeutico del malato mentale, in modo confacente alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

5. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano ad organizzare la ricerca e la didattica in materia di malattie mentali in maniera compatibile con i criteri e le disposizioni stabiliti, in materia, dalla regione. Alle attività di ricerca e di studio svolte nell'ambito delle convenzioni partecipano, secondo le qualifiche e le competenze, gli operatori dei DSM, indipendentemente dall'ente di appartenenza.

ART. 10.

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni azienda sanitaria locale sono istituiti i relativi DSM, con i servizi e le strutture a gestione pubblica previsti dalla presente legge. Il personale può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti. L'azienda sanitaria locale deve, altresì, assicurare il completamento dei servizi, eventualmente anche avvalendosi di idonee strutture convenzionate, entro il termine di cui al presente comma.

2. Ai fini del comma 1 i prefetti devono cooperare al reperimento delle strutture, su richiesta del responsabile della azienda sanitaria locale, o delle autorità comunali o regionali, anche mediante la requisizione di edifici pubblici o privati, che rispondano, anche se temporaneamente, ai requisiti previsti della presente legge.

3. Qualora una azienda sanitaria locale non provveda entro il termine di cui al comma 1 agli adempimenti ivi previsti, il presidente della giunta regionale nomina un commissario *ad acta*, con lo specifico compito di organizzare il DSM e di reperire il relativo personale e strutture.

ART. 11.

1. Le attività per la tutela della salute mentale sono finanziate con i fondi assegnati dal Fondo sanitario nazionale a destinazione vincolata ed in misura non inferiore al 6 per cento del Fondo stesso. La somma del 6 per cento annuale non è accantonata, ma è soggetta a variazioni del capitolo di spesa, ferma restando la sua utilizzazione nell'ambito delle attività inerenti la psichiatria.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

DDL13-2011
Lire 1000