

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2451

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**RONDINI, ATTAGUILE, BORGHESI, BUSIN, GRIMOLDI, GUIDESI,
INVERNIZZI, MARCOLIN, MOLteni, PRATAVIERA, SIMONETTI**

Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, in materia di tutela della salute mentale

Presentata il 12 giugno 2014

ONOREVOLI COLLEGHI! — A distanza di trenta anni dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, appare indispensabile una revisione dei criteri che regolano la psichiatria pubblica italiana.

Tre sono le finalità di questa proposta di legge: tutelare la dignità della persona ammalata, garantire lo svolgimento di un percorso clinico scientificamente corretto e garantire la sicurezza dell'ammalato e della società.

Lo Stato sociale è basato sul concetto di condivisione della sofferenza con criteri di

sussidiarietà. In psichiatria questo significa che il disagio sociale del malato deve essere redistribuito, almeno in parte, sui membri della comunità a cui appartiene o sulla famiglia del paziente. Ma la società non ha colpa della malattia del paziente psichiatrico. Questo concetto fondamentale deve essere ribadito e la società ha il diritto e il dovere di curare, non solo il dovere di integrare socialmente il diverso.

La concentrazione della psichiatria pubblica esclusivamente sull'intervento territoriale extraospedaliero non appare in

linea con il pensiero scientifico e risente di un pregiudizio ideologico del tutto immotivato, che deve essere superato. Il medico deve disporre di tutte le opzioni scientificamente corrette per trattare le persone ammalate, anche quelle del ricovero ospedaliero, se necessario. L'ospedale deve essere un luogo di cura con pari dignità di altre opzioni. Le regioni devono essere libere di definire, all'interno del piano sanitario, le strutture per ricoveri psichiatrici prolungati per i pazienti resistenti al trattamento, nel rispetto della tutela delle libertà fondamentali dei cittadini, e devono poter usufruire in modo organico del sistema privato accreditato.

Lo strumento dell'accertamento sanitario obbligatorio ospedaliero può offrire un ausilio molto efficace nell'affrontare il problema sociale degli stati di intossicazione da *alcol* o da sostanze stupefacenti o psicotrope e garantire una maggiore sicurezza alle persone ammalate e all'ambiente sociale in cui queste si muovono. Il trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero, pur se già esistente in teoria, è uno strumento che consente di colmare una lacuna nel trattamento quotidiano dei pazienti, che già oggi vengono sottoposti ad una limitazione della libertà che usa sistemi indiretti e non formali per ottenere l'adesione al trattamento.

È giusto che il paziente conosca con chiarezza gli obblighi di cura ai quali la società lo chiama se vuole godere con pienezza dei suoi diritti. Il trattamento sanitario volontario deve prevedere strutture ambulatoriali ospedaliere integrate con il pronto soccorso degli ospedali generali per offrire una risposta competente e gradita ai cittadini, in particolare per le patologie depressive. La grande diffusione di questo problema necessita di un intervento di riorganizzazione strutturale importante, anche per gli enormi costi sociali che la depressione comporta, e per ridurre la distanza tra la popolazione e i servizi psichiatrici pubblici.

Il finanziamento differenziato delle strutture dipartimentali è indispensabile per evitare che categorie diverse di pazienti con problematiche enormemente

dissimili dal punto di vista medico e sociale vengano messe in competizione per l'accesso alle risorse e per dare finalmente chiarezza ai bilanci. Le strutture integrate devono essere messe in condizione di evitare situazioni di conflitto di interesse tra dipartimenti che ne paralizzino nei fatti la realizzazione. È necessario uno strumento legislativo agile e flessibile che lasci inalterati il più possibile gli aspetti procedurali che hanno mostrato di ben funzionare.

In seconda istanza, la presente proposta di legge intende offrire nuove soluzioni anche sul governo istituzionale delle questioni inerenti la salute mentale. La valutazione della salute mentale nella popolazione, infatti, non può essere misurata dallo stesso organismo che eroga l'assistenza, per ovvi motivi di conflitto di interessi e di autoreferenzialità. Vi sono indubbe difficoltà nel modulare le caratteristiche del servizio psichiatrico pubblico in funzione dell'evoluzione dello Stato sociale, del pensiero scientifico e soprattutto dei sempre più stringenti vincoli di spesa e di efficienza.

L'attuale sistema non prevede una valutazione del rapporto tra costo e beneficio degli interventi e non utilizza indicatori di risultato affidabili. Il miglioramento della salute della popolazione non è verificato e il gradimento dell'offerta di trattamento non è misurata. Il dato della semplice durata del tempo di attesa per il trattamento è ingannevole perché può celare un autentico rifiuto del servizio pubblico, perché considerato inadeguato e lontano dai bisogni della popolazione. In particolare, patologie di grandissima diffusione come la depressione non sono misurate, il costo sociale è basato su semplici congetture e il costo per le famiglie è ignorato. Non esistono dati sulla popolazione di pazienti psichiatrici non afferenti ai servizi di psichiatria pubblica e dati di prevalenza delle patologie psichiatriche tra i pazienti che utilizzano i servizi di pronto soccorso degli ospedali generali. I dati dell'epidemiologia misurata dall'Organizzazione mondiale della sanità indicano una patologia attesa numerica-

mente molto superiore a quella realmente trattata dal servizio psichiatrico pubblico. Il criterio della spesa sanitaria a piè di lista, ormai abbandonato da tutti gli Stati evoluti, è ancora del tutto prevalente.

È necessario verificare l'applicabilità di nuovi modelli di trattamento e definirne le procedure organizzative. È indispensabile, quindi, creare un sistema efficace di controllo della spesa sanitaria, dell'efficienza e della qualità del trattamento anche nella psichiatria, che sia in grado di modulare gli interventi in funzione delle necessità delle singole realtà regionali e locali.

In risposta a tale esigenza, la presente proposta di legge propone di istituire un Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale, cui sono deputate funzioni istruttorie e preparatorie in ordine alla trattazione, da parte del consiglio stesso, di tematiche in

materia di tutela della salute mentale, nonché funzioni di raccordo tecnico tra l'amministrazione dello Stato e delle regioni nel medesimo settore. Tale opzione organizzativa risponde all'esigenza di favorire un coordinamento a livello nazionale in un settore di primaria importanza ai fini della garanzia del diritto di cui all'articolo 32 della Costituzione, senza tuttavia compromettere l'autonomia organizzativa da tempo consolidata dalle regioni nel governo del settore. La presenza di una siffatta struttura di leale collaborazione appare, infatti, irrinunciabile soprattutto in fase di prima attuazione della legge, al fine di garantire che i nuovi obiettivi di tutela della salute mentale possano effettivamente trovare applicazione nell'intero territorio nazionale, pur nel rispetto delle specificità che contraddistinguono ciascuna realtà regionale.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Modifica all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9).

1. Al comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, le parole: « 31 marzo 2015 » sono sostituite dalle seguenti: « 31 dicembre 2017 ».

2. Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come da ultimo modificato dal comma 1 del presente articolo, le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, lo stato di realizzazione e di riconversione delle strutture di cui al citato articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge n. 211 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 9 del 2012, e successive modificazioni, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e di riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è tale da non garantirne il completamento, entro il successivo semestre il Governo provvede in

via sostitutiva ai sensi del medesimo articolo 3-ter, comma 9, del decreto-legge n. 211 del 2011 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 9 del 2012, e successive modificazioni.

3. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come da ultimo modificato dal comma 1 del presente articolo, si provvede mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui al medesimo articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge n. 211 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 9 del 2012, e successive modificazioni. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio.

ART. 2.

(Introduzione degli articoli 33-bis e 33-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833).

1. Dopo l'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono inseriti i seguenti:

« ART. 33-bis. — *(Norme generali sui dipartimenti di salute mentale).* — 1. La legge regionale, nell'ambito dell'azienda sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale e che possono delegare l'attuazione dei trattamenti a strutture private accreditate.

2. Le attività preventive, di cure ospedaliere, extraospedaliere e riabilitative, le prestazioni erogate da strutture private accreditate, le strutture interdipartimentali di accertamento psichiatrico e le strutture ambulatoriali ospedaliere, sono finanziate da disposizioni di spesa specifiche all'interno del medesimo capitolo di finanziamento dei servizi dipartimentali.

ART. 33-ter. — (*Principi etici di cura delle malattie mentali, principio di sussidiarietà della libertà*). — 1. Oggetto della cura delle malattie mentali sono le funzioni intellettive e affettive che dirigono la libertà e il progresso personali. L'atto medico psichiatrico è finalizzato ad esercitare una regolazione sulla persona e a proteggerla dal fallimento esistenziale. Se la libertà della persona è vulnerata dalla malattia, lo Stato mette in atto degli strumenti di sussidio della libertà personale conferendo eventualmente al medico l'autorità di limitarla. La limitazione della libertà è graduata commisurandola alla libertà realmente gestibile dalla persona stessa e in modo che ogni provvedimento sia preventivo nei confronti della limitazione della libertà di grado maggiore.

2. Obiettivo strategico della cura è che la famiglia sussidi volontariamente la persona del malato mentale assumendo la corresponsabilità del trattamento prescritto dal medico. Nel caso che i familiari non siano disponibili o non siano in grado di garantire una valida collaborazione, lo Stato provvede integralmente all'attuazione del trattamento prescritto mediante l'utilizzo di strutture idonee. In nessun caso è lecito richiedere ai familiari del malato mentale una collaborazione coatta al trattamento.

3. I principi etici di riferimento per la cura delle malattie mentali croniche sono quelli definiti dall'organizzazione mondiale della sanità, per cui le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza, per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali.

4. Oggetto della riabilitazione delle malattie mentali è il potenziamento delle funzioni intellettive e affettive che dirigono la libertà e il progresso personale, attraverso l'utilizzo di tecniche specifiche di gestione continua del tempo e di rinforzo delle regole, al fine di incrementare la

produttività e le capacità relazionali. La riabilitazione non può forzare la persona con una storia di malattia all'interno di un modello di vita stereotipato e deve tener conto delle sue peculiarità e della sua libertà morale. Lo Stato garantisce protezione economica e sociale alle strutture di riabilitazione mediante iniziative idonee.

5. Oggetto della prevenzione delle malattie mentali è l'attuazione delle seguenti competenze:

a) riduzione del danno sociale causato dalle malattie mentali, mediante la protezione dal fallimento esistenziale del malato mentale che si somma alla malattia come causa di disabilità, la riduzione dell'isolamento sociale nei confronti delle persone ammalate e la promozione del recupero all'interno del sistema produttivo delle persone che hanno una storia di malattia;

b) riduzione del danno biologico causato dalle malattie mentali, mediante la diagnosi tempestiva e la valutazione della comorbilità tra le malattie mentali e le altre patologie;

c) realizzazione di una corretta informazione, mediante l'adozione di strumenti di comunicazione sociale idonei in tutti gli ambiti della società, garantendo un'informazione comprensibile e aggiornata sulle malattie mentali e sugli strumenti di controllo della salute mentale personale, educando al concetto di malattia mentale come evento non dipendente dalla volontà o dalla colpa morale, riducendo il pregiudizio nei confronti della efficacia della cura delle malattie mentali;

d) riduzione della distanza tra il cittadino e le strutture di cura delle malattie mentali, promuovendo la possibilità di scelta delle opzioni di cura secondo le peculiarità della persona e della patologia da cui è affetta;

e) contrasto dell'uso di strumenti di pressione psicologica che possano indurre malattie mentali al fine di ottimizzare i sistemi produttivi ».

ART. 3.

(Modifica all'articolo 34
della legge 23 dicembre 1978, n. 833).

1. L'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 34. — (*Accertamenti diagnostici, prescrizioni psichiatriche e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*). — 1. Quando è necessario sussidiare la libertà della persona ammalata lo Stato conferisce direttamente al medico l'autorità di eseguire la diagnosi, di prescrivere una terapia e di curarne l'attuazione, prevedendo un accertamento psichiatrico obbligatorio, una prescrizione psichiatrica obbligatoria e un trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali.

2. L'accertamento psichiatrico obbligatorio è uno strumento di prevenzione, di informazione e di riconoscimento precoce della patologia. La proposta, da sottoporre al sindaco, è formulata da un medico, previa valutazione della condizione di limitazione di una persona nella sua libertà a causa di una condizione patologica delle funzioni intellettive o affettive che la metta a rischio di un fallimento esistenziale. L'accertamento è attuato in apposite strutture interdipartimentali integrate all'interno del pronto soccorso degli ospedali generali o nel reparto di degenza ospedaliera in cui il malato è già ricoverato e ha la durata massima di quarantotto ore. Nel caso in cui non sia necessaria una valutazione ospedaliera, l'accertamento psichiatrico obbligatorio può essere attuato dai servizi psichiatrici territoriali, qualora un medico del servizio pubblico ne faccia esplicita richiesta. Tutti gli elementi relativi alla procedura di accertamento psichiatrico obbligatorio sono considerati dati sensibili e oggetto della tutela prevista dalle disposizioni vigenti in materia di riservatezza. Il medico della struttura psichiatrica pubblica che presta la sua consulenza alle strutture di accertamento psichiatrico obbligatorio, che visita il malato nel reparto di degenza in cui è ricoverato o che esegue l'accertamento psichiatrico

obbligatorio nelle strutture psichiatriche territoriali può attivare una procedura di prescrizione psichiatrica obbligatoria o dispone un contestuale trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale. In questi casi dà immediata comunicazione al sindaco dell'esito dell'accertamento psichiatrico obbligatorio con il provvedimento adottato.

3. La prescrizione psichiatrica obbligatoria è una procedura in cui il malato mentale è portato formalmente a conoscenza dei trattamenti a cui deve dare attuazione se vuole evitare di essere sottoposto a un trattamento sanitario obbligatorio, a titolo di prevenzione nei confronti dello stesso. Il provvedimento riporta l'indicazione del medico che ha la responsabilità del trattamento e il luogo dove questo è attuato. Nel caso in cui la persona sottoposta a prescrizione psichiatrica obbligatoria non dia attuazione al trattamento prescritto, il medico responsabile del trattamento ne dà comunicazione al sindaco che emette ordinanza di trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure siano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistono alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non siano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera è motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

4. Nei casi di cui al comma 3 il ricovero è attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

5. Le strutture interdipartimentali di accertamento psichiatrico hanno piena competenza per la diagnosi delle malattie mentali e svolgono una specifica attività di informazione, prevenzione e prescrizione dei trattamenti; sono integrate strutturalmente con il pronto soccorso degli ospedali generali, svolgono un servizio continuativo, sono dirette da uno psichiatra e sono accessibili direttamente per la consulenza ai medici di base.

6. Al fine di garantire un'appropriata differenziazione della cura in funzione delle caratteristiche delle patologie, i trattamenti sanitari volontari sono attuati anche in specifiche strutture ambulatoriali ospedaliere integrate con le strutture interdipartimentali di accertamento psichiatrico ».

ART. 4.

*(Modifica dell'articolo 35 della legge
23 dicembre 1978, n. 833).*

1. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 35. — *(Procedimenti relativi alle prescrizioni psichiatriche obbligatorie e agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale).* — 1. Il provvedimento con il quale il sindaco emette l'ordinanza di prescrizione psichiatrica obbligatoria, da emanare entro quarantotto ore dalla comunicazione dell'esito dell'accertamento psichiatrico obbligatorio di cui all'articolo 34, comma 2, corredato della proposta medica motivata di accertamento psichiatrico obbligatorio, è notificato, entro quarantotto ore, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

2. Il giudice tutelare, entro le quarantotto ore successive al termine di cui al comma 1, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di man-

cata convalida il sindaco dispone la cessazione della prescrizione psichiatrica obbligatoria.

3. Se il provvedimento di cui al comma 1 è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne è data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al citato comma 1 è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne è data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

4. La prescrizione psichiatrica obbligatoria ha la durata di novanta giorni e può essere revocata, modificata e prorogata ogni volta di novanta giorni, su proposta motivata del medico responsabile del trattamento, convalidata dal medico responsabile della struttura. Il provvedimento è comunicato al sindaco che ha disposto la prescrizione psichiatrica obbligatoria, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui ai commi 2 e 3.

5. Il provvedimento con il quale il sindaco emette ordinanza di trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanare entro quarantotto ore dalla disposizione dello psichiatra della struttura pubblica, corredato della proposta medica motivata di accertamento psichiatrico obbligatorio, è notificato, entro quarantotto ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

6. Il giudice tutelare, entro le quarantotto ore successive al termine di cui al comma 5, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

7. Se il provvedimento di cui al comma 5 è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'in-

fermo, ne è data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al citato comma 5 è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne è data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

8. Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno e in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'azienda sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui ai commi 5 e 6, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

9. Il sanitario di cui al comma 8 è tenuto a comunicare al sindaco, in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro quarantotto ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

10. Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

11. L'omissione delle comunicazioni di cui ai commi 1, 2, 3, 6,7 e 8 determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

12. Chi è sottoposto a prescrizione psichiatrica obbligatoria o a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

13. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine per la convalida, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida

del provvedimento che dispone la prescrizione psichiatrica obbligatoria o il trattamento sanitario obbligatorio.

14. Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento. Il presidente del tribunale 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, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione. Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti. I ricorsi e i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione ».

ART. 5.

(Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale).

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituisce, ai sensi dell'articolo 7, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il Comitato tecnico permanente di coordinamento in materia di salute mentale, di seguito denominato « Comitato ».

2. Il Comitato è composto da rappresentanti delle amministrazioni statali e regionali operanti nel settore della salute mentale nominati, rispettivamente, dal Ministro della salute e dai presidenti delle

regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Al Comitato sono attribuite funzioni istruttorie e preparatorie in ordine alla trattazione, da parte della Conferenza di cui al comma 1, di tematiche, anche nella prospettiva dell'adozione dei relativi atti, in materia di tutela della salute mentale. Il Comitato assicura, altresì, il raccordo a livello tecnico tra l'amministrazione dello Stato e delle regioni, al fine di una proficua e leale collaborazione nell'esercizio delle rispettive competenze in materia di salute mentale. In particolare, spetta al Comitato:

a) fornire gli strumenti per la pianificazione e il controllo della spesa, secondo modalità standardizzate e facilmente applicabili;

b) fornire strumenti per la verifica dei risultati;

c) definire i criteri di raccolta e di elaborazione di dati epidemiologici relativi alla diffusione e alle caratteristiche delle malattie mentali;

d) definire i criteri normativi e gli *standard* minimi di assistenza per quanto concerne gli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali di tutte le 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;

e) monitorare, sulla base dei dati raccolti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;

f) raccogliere, sulla base dei dati raccolti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano in accordo alle specifiche fornite, i dati epidemiologici e sul trattamento delle malattie mentali, con particolare attenzione alla distribuzione dei trattamenti tra assistenza pubblica e privata;

g) raccogliere tutti i dati utili per definire i costi sociali specifici delle malattie mentali, derivanti da riduzione della produttività e aumento delle spese sociali per inabilità, invalidità e morte prematura;

h) promuovere, coordinare e realizzare attività di ricerca scientifica, anche nell'ambito dell'Unione europea;

i) sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori pubblici o privati, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendo, anche in ambito regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, le necessarie attività legislative per attuarli;

l) definire proposte per la tutela giuridica e sociale dei soggetti particolarmente a rischio a causa di disturbi mentali;

m) coordinare, ed eventualmente realizzare, attività di formazione sul tema delle malattie mentali.

4. Il Comitato redige un piano annuale di prevenzione e di comunicazione sociale sulle malattie mentali.

5. Il Comitato trasmette alla Conferenza di cui al comma 1, un rapporto trimestrale sul suo funzionamento e una relazione annuale, con le indicazioni sugli obiettivi raggiunti nell'anno e proposti per l'anno successivo.

€ 1,00



17PDL0023340