

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4420

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato LUCCHESI

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale

Presentata il 23 ottobre 2003

ONOREVOLI COLLEGGHI! — Sino ad oggi due sono le principali strade percorse nell'affrontare l'annoso problema della assistenza psichiatrica: la deistituzionalizzazione e l'istituzionalizzazione.

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

Non si può negare che la legge n. 180 del 1978 e i successivi interventi legislativi abbiano cancellato quasi completamente l'orrore dei manicomi — e sottolineo il quasi — ma è altrettanto necessario osservare la crescente protesta dei familiari delle persone ritenute « insane di mente », che praticamente si sono trovate e si

trovano costrette quotidianamente a vivere in situazioni di difficile e, in alcuni casi, impossibile gestione della convivenza. Tali difficoltà di convivenza sono, al tempo stesso, con estrema frequenza, rilevate dalle stesse persone ritenute insane di mente.

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

Il primo tema è quello dei diritti umani.

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

zioni, intimidazioni, negligenza, maltrattamenti.

Basterà qui ricordare, inoltre, le recenti dichiarazioni del Sottosegretario alla salute, onorevole Guidi, relative ai risultati delle ispezioni da lui attivate ed eseguite attraverso i nuclei antisofisticazione dell'Arma dei carabinieri. Il quadro è ad oggi ancora allarmante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ci si è poi rivolti agli anziani alloggiati negli ospizi, offrendo loro la medesima

possibilità; infine la stessa offerta è stata fatta ai giovani disoccupati del luogo.

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

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

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

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

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

Nel primo caso forzeremo la persona verso passività e rassegnazione (incrementando inoltre le possibilità di violenza), nel secondo verso attività, riscatto e riabilitazione. Ritengo sia opportuno perseguire la seconda scelta, che ha dimostrato di riuscire ad affrontare e risolvere i problemi sul campo e non solo in base ad un approccio ideologico.

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

La presente proposta di legge si prefigge di riorganizzare il sistema nazionale

per la salute mentale, introducendo modifiche atte a raggiungere gli obiettivi precedentemente illustrati, e di garantire il rispetto dei diritti umani degli utenti dei servizi psichiatrici, nonché quelli dei loro familiari.

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

Gli articoli 2 e 3 definiscono i dipartimenti di salute mentale, i centri di salute mentale e i loro servizi, tra i quali sono stati inseriti i così denominati « centri di accoglienza ed ascolto »; luoghi ove i cittadini possono trovare quel calore umano e quella protezione che talora necessitano e che sono ben lontani da quanto offerto da un ambiente prettamente sanitario, peraltro ideato per altri e specifici fini. La sostituzione di questi centri risponde alle crescenti istanze rilevate da ognuno di noi sul territorio, in relazione a tutte le forme di disagio.

L'articolo 4 definisce le strutture residenziali ad assistenza prolungata e continuata (SRA) specificandone il carattere residenziale e ribadendo la necessità del rispetto di quei precisi *standard* qualitativi illustrati all'articolo 1. Solo per i casi più gravi, si prospetta la possibilità di particolari SRA ad alta protezione, ove sia possibile una residenza coatta, sempre nel rispetto degli stessi *standard* qualitativi.

Gli articoli 5 e 6 illustrano il servizio ospedaliero e il progetto terapeutico.

L'articolo 7 definisce le precise modalità e le garanzie di tutela dei diritti fondamentali con le quali deve essere attuato ogni genere di trattamento sanitario obbligatorio. Si ricorda, in proposito, che su questo tema si contrappongono due esigenze: da un lato tutelare i cittadini da ogni possibile abuso in relazione ad interventi che ne limitano la libertà personale (non si tratta quindi di un limite a diritti secondari), abusi purtroppo non infrequentemente riscontrati; dall'altro la necessità di poter intervenire con celerità,

laddove necessario, al fine di prevenire potenziali drammatiche conseguenze.

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

Per quanto attiene al comma 5, che illustra il trattamento sanitario obbligatorio, pur precisando che questo è rinnovabile, in considerazione del fatto che la durata media di tale trattamento rilevata oggi sul territorio nazionale, risulta aggirarsi intorno ai dieci giorni, si è stabilito un limite massimo di un mese.

L'articolo 8 definisce precisi diritti dei pazienti e dei loro familiari in relazione al lavoro, alla figura dell'amministratore di sostegno, alla risoluzione di situazioni di impossibile convivenza, alla libera scelta

del medico e delle strutture nonché all'associazionismo.

L'articolo 9 proibisce trattamenti inumani, degradanti e lesivi dell'integrità e della dignità dei pazienti.

L'articolo 10 definisce i criteri per la gestione delle strutture.

L'articolo 11 istituisce le agenzie per la tutela della salute mentale e ne definisce composizione, organizzazione e compiti.

L'articolo 12 stabilisce alcuni controlli dovuti in caso di ricoveri estremamente prolungati in ambito psichiatrico.

Gli articoli 13, 14, 15 e 16 definiscono la destinazione degli immobili, i rapporti con le università, l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale e gli interventi atti a ridurre il disagio nell'infanzia.

Gli articoli 17, 18 e 19 recano, rispettivamente, le norme finanziarie, le abrogazioni e la data di entrata in vigore della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi generali).

1. La presente legge reca norme in materia di tutela della salute mentale.

2. Ogni cittadino ha diritto alla tutela della salute e alla prestazione di cure adeguate nonché al rispetto dei propri inalienabili diritti fondamentali, indipendentemente dalle sue condizioni mentali.

3. Il Ministro della salute, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con proprio decreto stabilisce i livelli essenziali di assistenza in materia di tutela della salute mentale ed emana apposite linee guida per la determinazione di *standard* qualitativi in materia di assistenza psichiatrica. Tali *standard* sono definiti secondo parametri di verifica e di revisione della qualità delle prestazioni, e devono comunque comprendere:

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

b) la qualità dell'organizzazione del servizio;

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

d) la qualità dell'assistenza medica;

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

4. Le regioni a statuto ordinario e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplinano i servizi di salute mentale nel rispetto delle finalità e dei principi previsti dalla presente legge.

5. Le disposizioni di cui alla presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale compatibilmente con le norme dei

rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione.

ART. 2.

(Dipartimenti di salute mentale).

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

2. Le regioni godono di autonomia organizzativa e determinano gli indirizzi per l'istituzione e il funzionamento delle strutture operative di cui al comma 1, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, stabiliti ai sensi del comma 3 dell'articolo 1.

3. Il DSM si articola nei seguenti servizi:

a) servizio territoriale, a cui fanno capo il centro di salute mentale (CSM) e le strutture residenziali ad assistenza prolungata e continuata (SRA);

b) servizio ospedaliero, a cui fa capo la divisione di psichiatria, di seguito denominata « unità operativa ospedaliera di psichiatria »;

c) unità operativa di neuropsichiatria infantile (UONPI).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere servizi diversi da quelli di cui al comma 3, fermo restando il rispetto dei principi stabiliti dalla presente legge per le attività di prevenzione e di cura dei disturbi mentali.

5. Ciascuna struttura operativa del DSM deve essere dotata di *équipe* multidisciplinari, di cui è responsabile un medico psichiatra. Il responsabile del DSM è nominato dalla relativa azienda sanitaria locale (ASL) di competenza, ai sensi delle norme vigenti in materia di assunzione, e deve essere un medico di comprovate esperienze nello specifico settore e con elevate capacità organizzative e imprenditoriali.

6. I DSM effettuano gli interventi per la prevenzione e la cura dei disturbi mentali e sono responsabili della cura del malato e del suo recupero sociale attuato in relazione al suo stato.

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

8. Per l'età evolutiva, che si conclude con il compimento del diciottesimo anno di età, le attività di prevenzione e di cura dei disturbi mentali sono svolte dalle UONPI.

9. Le regioni e i DSM provvedono ad organizzare secondo propri moduli operativi le UONPI.

ART. 3.

*(Servizio territoriale.
Centri di salute mentale).*

1. I centri di salute mentale (CSM) hanno la responsabilità del malato affetto da disturbi mentali in tutti i suoi aspetti medici e psicologici; svolgono altresì attività di urgenza e assicurano turni di apertura in ogni giorno dell'anno.

2. In particolare i CSM hanno il compito di:

a) curare le persone affette da disturbi mentali a livello ambulatoriale e domiciliare, assicurando le terapie farmacologiche e psicologiche necessarie al loro recupero; garantire un'adeguata attività terapeutico-riabilitativa per le persone affette da disturbi mentali in fase di subacuzie o di postacuzie;

b) organizzare e controllare l'inserimento della persona affetta da disturbi mentali in fase cronica e non assistibile a domicilio nelle strutture di tipo residenziale preferibilmente scelte dalla persona stessa o dai suoi familiari o da chi ne è responsabile, anche se non facenti parte del territorio di competenza dei DSM;

c) seguire e controllare il passaggio dell'utente nelle varie strutture, tenendone costantemente informati i familiari, ovvero il tutore, i conviventi e il medico curante;

d) collaborare con gli enti locali e con le altre strutture competenti per gli interventi sociali necessari alla integrazione dei

pazienti affetti da disturbi mentali anche sotto i profili lavorativo e abitativo;

e) assicurare il servizio di emergenza psichiatrica territoriale, funzionante 24 ore su 24, in ogni giorno dell'anno, per le situazioni in cui sia richiesto un intervento domiciliare;

f) offrire alle persone affette da disturbi mentali o in situazione di grave tensione protezione, ascolto e accoglienza, anche durante le ore notturne, nei centri di accoglienza ed ascolto (CAA) che, a tali fini, usufruiscono del supporto attivo delle organizzazioni di volontariato operanti nel settore e iscritte negli appositi registri regionali. I CAA non effettuano attività terapeutica o diagnostica. L'organizzazione e la struttura dei CAA sono stabilite dal CSM sulla base delle richieste e delle necessità rilevate sul territorio.

ART. 4.

(Servizio territoriale. Strutture residenziali ad assistenza prolungata e continuata).

1. Le SRA devono essere diversificate per tipologie e livelli di assistenza e protezione, in modo da offrire risposte quanto più possibile vicine alle esigenze individuali. Le SRA sono destinate alle persone affette da disturbi mentali in fase *post* acuta, non assistibili a domicilio, o che hanno motivi di incompatibilità alla convivenza nel proprio nucleo familiare ovvero che comunque esprimono la volontà di essere assistite presso una SRA in alternativa all'assistenza domiciliare, e che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi. Le SRA sono strutture autonome, coordinate e supervisionate dai rispettivi DSM di appartenenza.

2. Le SRA devono rispondere agli specifici *standard* stabiliti ai sensi dell'articolo 1, comma 3. Le SRA sono strutture residenziali aperte ove si effettuano programmi riabilitativi, attività lavorative, ricreative, attività fisica e ogni altra attività fissata con apposite direttive emanate dal Ministro della salute in conformità ai citati *standard*.

3. Al fine di realizzare SRA conformi agli *standard* di cui al comma 2, i DSM possono stipulare apposite convenzioni con il privato sociale, le cooperative sociali e le imprese sociali, in particolare per l'inserimento dei pazienti nel mondo del lavoro.

4. In ciascuna regione o provincia autonoma deve essere istituita almeno una SRA ad alta protezione per accogliere le persone affette da gravi psicopatologie, anche in regime di trattamento sanitario obbligatorio, e che rifiutino l'inserimento in altre strutture o comunità terapeutiche. I comuni devono provvedere, nell'ambito delle loro disponibilità, al reperimento delle strutture immobiliari per fini residenziali o lavorativi, per la realizzazione delle SRA.

5. I soggetti destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario, qualora non siano stati condannati per gravi delitti contro le persone, possono, su disposizione del magistrato competente, scontare la propria pena nella SRA ad alta protezione di cui al comma 4, in conformità alle direttive stabilite dal decreto di cui al comma 6.

6. Con decreto del Ministro della giustizia, emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabiliti i criteri e le modalità del ricovero presso le SRA ad alta protezione dei soggetti di cui al comma 5.

ART. 5.

(Servizio ospedaliero. Unità operativa ospedaliera di psichiatria).

1. L'unità operativa ospedaliera di psichiatria, collocata in ambito ospedaliero, assicura l'assistenza psichiatrica di diagnosi e cura in fase di degenza ospedaliera fino al completamento del ciclo terapeutico dell'episodio acuto.

2. Le regioni organizzano secondo propri modelli operativi l'unità di cui al comma 1.

3. Le regioni provvedono ad assicurare, ove non esistente, presso il dipartimento emergenza accettazione ospedaliero, un servizio di reperibilità continua per le urgenze psichiatriche.

ART. 6.

(Progetto terapeutico).

1. Le regioni provvedono ad assicurare una adeguata continuità terapeutica, attuata secondo il metodo della collaborazione e per mezzo di opportuni protocolli operativi, tra il CSM e gli altri servizi territoriali e ospedalieri.

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

ART. 7.

(Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori).

1. Nessuno può essere privato della libertà personale o rinchiuso in istituti, sezioni ospedaliere o posto sotto speciale tutela od osservazione, in ragione della propria razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica, origine o *status* sociale. Nessuno può essere privato della libertà personale a causa di un deterioramento delle proprie condizioni fisiche o psichiche, senza il parere favorevole della commissione di cui al comma 8 e ad eccezione dei casi di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e di trattamento sanitario obbligatorio d'urgenza (TSOU) previsti dai commi 2 e seguenti. Ogni ASO e TSOU può essere effettuato esclusivamente dopo avere svolto ogni azione e attuato ogni valido e pertinente tentativo di ottenere il consenso alle cure della persona affetta da disturbi mentali o, in caso di soggetto in età evolutiva, dei genitori o di chi esercita la potestà parentale. Il medesimo trattamento deve altresì essere attuato garantendo l'incolumità del paziente, l'uso di modalità il meno invasive possibile e adeguate alle diverse situazioni contingenti.

2. Gli ASO sono indirizzati ai soggetti nei cui confronti si prospetta l'ipotesi attendibile di uno stato di alterazione

psichica. Gli ASO consistono, in accertamenti, visite ed esami clinici effettuati nell'unità operativa ospedaliera di psichiatria. Nessun farmaco o trattamento obbligatorio può essere somministrato senza il consenso della persona che ha accettato e che si sottopone spontaneamente all'ASO.

3. L'ASO può essere richiesto da qualsiasi medico, deve essere convalidato da uno psichiatra del DSM, è sottoposto, entro 24 ore dalla relativa richiesta, alla valutazione della commissione di cui al comma 8 e ha validità massima di 72 ore. Entro tale termine la citata commissione può annullare l'ASO e rilasciare il paziente o trasformare l'ASO in trattamento sanitario obbligatorio.

4. Il medico e lo psichiatra del DSM, di cui al comma 3, nei confronti di un soggetto che presenta evidenti e importanti disturbi comportamentali, tali da far supporre l'esistenza di gravi alterazioni psichiche, sono tenuti a richiedere il consenso del soggetto stesso. In caso di assenso, il paziente rilascia apposita dichiarazione scritta ed è ricoverato per accertamenti nell'unità operativa ospedaliera di psichiatria. In caso di rifiuto del paziente a sottoporsi all'ASO ed esclusivamente in presenza di comportamenti concreti e distruttivi verso se stesso o altri ovvero verso i propri o altrui interessi, e che necessitano di un intervento urgente, il medico può richiedere un TSOU, che deve comunque essere convalidato da uno psichiatra del DSM. Il TSOU può essere eseguito, se necessario, con la collaborazione di personale delle Forze di polizia municipale. Il medico proponente, lo psichiatra del DSM e le Forze di polizia municipale, qualora presenti, firmano un apposito modulo attestante il rifiuto del paziente di sottoporsi all'ASO e le cause di urgenza e necessità che hanno condotto al TSOU. Il TSOU ha una validità di 72 ore e deve essere effettuato presso l'unità operativa ospedaliera di psichiatria, non è rinnovabile e ha finalità prevalentemente diagnostiche. I medici dell'unità possono interrompere il ricovero, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari o i soggetti che hanno la responsabilità

dell'interessato e il DSM. Il TSOU è sottoposto entro 24 ore alla valutazione della commissione di cui al comma 8.

5. Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) può essere richiesto da qualsiasi medico, deve essere convalidato da uno psichiatra del DSM ed è sottoposto, con parere obbligatorio e vincolante, alla valutazione della commissione di cui al comma 8. Qualora necessario, il TSO è eseguito in collaborazione con le Forze di polizia municipale; ha una durata massima di un mese ed è rinnovabile per non più di tre volte. Il TSO si applica quando ricorrono e si verificano tutte le seguenti circostanze e condizioni:

a) presenza di gravi alterazioni psichiche e comportamentali;

b) necessità di un trattamento terapeutico che il paziente non accetta;

c) espletamento di tutte le azioni e i tentativi finalizzati ad ottenere il consenso al trattamento volontario e inefficacia di eventuali ASO e TSOU;

d) incapacità del soggetto affetto a disturbi mentali di eseguire semplici ordini o di avere il controllo sulle proprie azioni quotidiane nonché seria compromissione delle capacità razionali che rende impossibile al soggetto la valutazione del proprio stato e dei rischi connessi al rifiuto delle terapie proposte;

e) impossibilità di alternative terapeutiche meno invasive idonee a garantire un adeguato trattamento terapeutico.

6. Il TSO deve essere effettuato in strutture ospedaliere e nelle SRA ad alta protezione.

7. Il TSO può essere interrotto dal medico responsabile della struttura interessata ai sensi del comma 6, qualora siano venuti meno i motivi del trattamento stesso. Tale interruzione deve essere motivata e può avvenire previo accertamento che esiste la possibilità di poter concretamente continuare il trattamento terapeutico. Il provvedimento di interruzione deve essere disposto in forma scritta.

8. È istituita presso ogni sede di giudice tutelare una commissione per i diritti della persona affetta da disturbi mentali, di seguito denominata « commissione », con funzioni ispettive e di controllo e, in particolare, con il compito di deliberare in merito alle materie previste dal comma 10.

9. La commissione è presieduta da un giudice tutelare ed è composta dal giudice tutelare stesso, da uno psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale svolta in strutture pubbliche o convenzionate, da un rappresentante delle associazioni dei familiari presenti sul territorio o delle organizzazioni di volontariato operanti nel settore e iscritte negli appositi registri regionali. I membri della commissione durano in carica tre anni e hanno diritto ad una remunerazione su base oraria, commisurata agli emolumenti dei dirigenti di enti pubblici. La medesima commissione, per il conseguimento dei suoi obiettivi, può avvalersi di consulenti esterni nominati dal giudice tutelare.

10. La commissione adotta decisioni in merito a:

a) trasformazione degli ASO e dei TSOU in TSO o loro annullamento, entro 24 ore dalla relativa richiesta, nonché valutazione e convalida dei TSO entro 72 ore dalla richiesta;

b) ricorsi contro gli ASO, i TSOU e i TSO, presentati da persone affette da disturbi mentali o da chiunque ne abbia interesse;

c) reclami o segnalazioni da parte dei cittadini sul funzionamento delle strutture che effettuano ASO, TSOU e TSO al fine di promuovere gli occorrenti procedimenti di carattere amministrativo, civile o penale.

11. L'interessato ha il diritto di partecipare alle sedute della commissione che lo riguardano e deve essere assistito da un rappresentante legale di sua scelta o, in alternativa, da un legale nominato d'ufficio.

12. L'udienza dinanzi alla commissione si svolge con le seguenti modalità:

a) ricevuta la richiesta di un ASO o di un TSOU, convoca le parti entro 24 ore;

in caso di richiesta di TSO, la convocazione è fissata entro 72 ore;

b) qualora il paziente non si presenti o non invii un proprio rappresentante legale, la commissione può disporre un ASO;

c) la commissione, appurata la presenza del rappresentante legale o d'ufficio del paziente eventualmente assistito da un perito di parte, e verificata la consegna al paziente stesso di un opuscolo o analoga documentazione che illustra i diritti del medesimo soggetto relativi al dibattimento, procede all'esame del caso;

d) sia la parte proponente il TSO, il TSOU o l'ASO, sia il paziente oggetto dell'udienza o chi lo rappresenta possono produrre documenti e testimoni a convalida delle rispettive tesi, con facoltà di controinterrogatorio. Il rappresentante legale del paziente può altresì esaminare eventuali rapporti o documenti presentati dalla parte proponente il TSO, il TSOU o l'ASO;

e) il rappresentante legale del paziente può scegliere se il dibattimento deve avvenire a porte chiuse o essere aperto al pubblico;

f) il paziente per il quale è richiesto il TSO, il TSOU o l'ASO, ha il diritto di assistere personalmente all'udienza, di rimanere in silenzio e di non rispondere alle eventuali domande, nonché di disporre di un interprete qualora il dibattimento avvenga in una lingua differente dalla sua lingua nativa;

g) in caso di precedente consenso del paziente ad un ASO, la commissione ne tiene conto quale elemento contrario alla eventuale convalida di un TSO;

h) in caso di convalida del TSO, copia del provvedimento è consegnata al paziente o al suo rappresentante legale. Quest'ultimo deve avere sempre libero accesso alla visione della documentazione clinica del suo assistito e può chiedere e ottenere che specifiche dichiarazioni dello stesso

assistito, senza alterazioni o commenti, siano inserite nella cartella clinica;

i) entro la data di scadenza di ogni TSO, la commissione, su richiesta motivata del responsabile dell'unità operativa ospedaliera di psichiatria, può prolungare la durata del TSO per un eguale periodo, fermo restando il limite di cui al comma 5. Il paziente sottoposto a TSO e il suo rappresentante legale devono essere informati della richiesta di prolungare il TSO contestualmente alla commissione e possono presenziare alla nuova udienza, che avviene con le stesse modalità del procedimento di convalida del primo TSO.

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

14. Salvo che il fatto costituisca più grave reato e fermi restando gli eventuali danni in sede civile, l'uso di ASO, TSOU e TSO in difformità a quanto previsto dalla presente legge o per finalità diverse dal benessere del soggetto destinatario di tali trattamenti, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 euro a 20.000 euro.

ART. 8.

(Diritti del paziente e dei familiari).

1. Le persone affette da disturbi mentali hanno diritto di essere inserite nelle liste di collocamento obbligatorio per portatori di *handicap*, senza alcuna discriminazione dovuta al loro stato. A tale fine le SRA, in particolare, prevedono la realizzazione al loro interno di idonee attività lavorative nonché la collaborazione con cooperative e imprese sociali per l'attua-

zione di specifici percorsi di inserimento sociale.

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

3. La tutela degli interessi della persona affetta da disturbi mentali può essere affidata a soggetti allo scopo nominati ai sensi delle disposizioni vigenti in materia.

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

5. Il giudice di cui al comma 4 qualora constati al di là di ogni ragionevole dubbio che, anche in assenza di violazioni alle norme del codice penale, la persona affetta da disturbi mentali ha messo in atto con persistenza comportamenti antisociali che rendono estremamente difficile la stessa convivenza, ne ordina, con decreto, l'allontanamento dal nucleo familiare. La persona allontanata ai sensi del presente comma, qualora il giudice rilevi che essa non abbia alcuna possibilità di soggiornare in altro luogo, è ospitata presso le strutture o i servizi previsti dalla presente legge.

6. Fermo restando quanto previsto dai commi 4 e 5, il CSM deve adoperarsi per incentivare la convivenza con le persone affette da disturbi mentali e garantire ai familiari i necessari supporti psicologici attraverso programmi psicoeducativi.

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

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

9. Le associazioni costituite ai sensi del comma 8, e le organizzazioni operanti nel settore e di volontariato iscritte negli appositi registri regionali, devono essere consultate, in via preliminare, dalle strutture del DSM, in tutte le decisioni relative alla politica della salute mentale svolta sul territorio, nonché dall'assessorato regionale competente in materia di sanità ai fini della predisposizione del piano sanitario regionale.

ART. 9.

(Trattamenti vietati).

1. In caso di disturbi mentali, sono vietati i seguenti trattamenti invasivi, in quanto inumani, degradanti e lesivi dell'integrità e della dignità della persona:

a) interventi di psicoturgia e qualsiasi intervento di mutilazione o distruzione cerebrale;

b) terapia elettroconvulsiva o *elettroshock* su soggetti ultrasessantacinquenni, minorenni o donne in stato di gravidanza;

c) *shock* insulinico e altri tipi di *shock* determinati dall'uso di sostanze organiche, chimiche o di agenti stimolatori;

d) interventi di sterilizzazione, castrazione chirurgica, castrazione chimica definitiva, o altri interventi comunque finalizzati a incidere sulle caratteristiche sessuali della persona;

e) terapie finalizzate all'induzione forzata di uno stato protratto di narcosi farmacologica;

2. Chiunque pratica i trattamenti di cui al comma 1, anche con il consenso del paziente, qualora il fatto non costituisca più grave reato e fatto salvo il maggior danno in sede civile, è punito, ai sensi

dell'articolo 583 del codice penale, per lesioni aggravate.

ART. 10.

(Gestione delle strutture).

1. I servizi del DSM possono essere a gestione pubblica o privata, fatta eccezione per i servizi relativi agli ASO, ai TSOU e ai TSO che devono essere a gestione esclusivamente pubblica.

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

3. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere forme di sussidio per i familiari disponibili a mantenere in famiglia la persona affetta da disturbi mentali.

4. Per lo svolgimento delle attività del DSM, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano si avvalgono, nel rispetto di quanto previsto in tale materia dalla legislazione vigente, delle case di cura con indirizzo specifico neuropsichiatrico previste dall'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, stipulando appositi contratti per il ricovero ospedaliero e per ogni altra prestazione appropriata. In tali circostanze devono essere tenuti in considerazione i pareri dei responsabili del DSM e dell'utenza nonché il risultato delle ispezioni di cui al comma 2.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuti presenti i pareri dei responsabili del DSM e dell'utenza nonché il risultato delle ispezioni di cui al comma 2, possono altresì stipulare apposite convenzioni con le strutture socio-sanitarie private presenti sul proprio territorio, abilitandole al trattamento delle persone affette da disturbi mentali. Tali convenzioni danno la possibilità alle strutture stesse di poter essere utilizzate dalle ASL, come parte integrante dell'organiz-

zazione del DSM. Nell'ambito dell'utilizzazione di tali strutture private, è data la precedenza a quelle già convenzionate ed a quelle a carattere cooperativo o di impresa sociale ovvero che utilizzano il lavoro, anche parziale, delle persone affette da disturbi mentali.

6. Il personale che ha prestato servizio presso gli ex ospedali psichiatrici, o che attualmente presta servizio presso le unità operative ospedaliere di psichiatria, i presidi ospedalieri, le comunità psichiatriche o comunque impiegato nel settore della salute mentale, deve ricevere una apposita formazione professionale in conformità alle finalità e ai principi stabiliti dalla presente legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabiliscono le modalità e i tempi della formazione professionale prevista dal presente comma.

ART. 11.

(Agenzie per la tutela della salute mentale).

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

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

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

c) verificare il livello di aggiornamento professionale degli operatori;

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

e) individuare le SRA più funzionali e i DSM che sono stati in grado di attivare servizi diversificati, efficienti ed efficaci, al fine di attribuire agli stessi il ruolo di

centri di formazione permanente di psichiatria per le attività di cui all'articolo 14, comma 6;

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

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

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

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

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

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

d) un membro delle organizzazioni di volontariato specialistico iscritte nell'apposito registro regionale o della provincia autonoma o un membro delle associazioni di familiari operanti sul territorio, segnalato dall'assessorato regionale o della provincia autonoma competente per i servizi sociali.

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

ART. 12.

(Prolungamento del ricovero psichiatrico).

1. Qualora i sanitari di una struttura pubblica o privata ritengano opportuno prolungare un ricovero psichiatrico, anche in accordo con il paziente, per periodi di tempo che superano tre mesi, o anche

cumulativamente per ricoveri successivi a sei mesi nell'arco di un anno, devono segnalare il caso, con modulo scritto, alla agenzia regionale o della provincia autonoma per la tutela della salute mentale, nonché alla amministrazione della ASL competente, fornendo tutti gli elementi di valutazione dello specifico caso.

2. La mancata segnalazione ai fini di cui al comma 1 costituisce reato di omissione di atti di ufficio.

3. L'agenzia regionale o della provincia autonoma di cui al comma 1 e la ASL, ricevuta la segnalazione di cui al medesimo comma, procedono alle opportune verifiche finalizzate ad accertare che:

a) il paziente è effettivamente in grado di esprimere il proprio libero consenso ad un tale prolungato ricovero e non è sotto effetto di farmaci che ne possono ridurre la capacità di intendere e di volere o ha subito precedentemente trattamenti che possono avere ridotto tale capacità;

b) il paziente non ha subito minacce o ricatti da parte di terzi, finalizzati ad estorcere il suo consenso al ricovero prolungato.

4. In assenza di verifica delle condizioni previste dal comma 3, il paziente deve essere immediatamente dimesso e il caso deve essere segnalato alla magistratura.

ART. 13.

(Destinazione dei beni mobili e immobili).

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

2. La vendita o la locazione di beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici è attuata ai sensi del comma 5 dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, come da ultimo modificato dall'articolo 98, comma 3, della legge 23 dicembre 2000, n. 388.

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

ART. 14.

(Rapporti con le università).

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

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

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

4. Nello svolgimento dei compiti ad esse affidate ai sensi del presente articolo, le università si attengono ai principi stabiliti dalla presente legge e dalle norme regionali.

5. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano ad organizzare la ricerca e la didattica nel settore della salute mentale in conformità ai criteri stabiliti dalla legislazione regionale vigente. Alle attività di ricerca e di studio, svolte nell'ambito delle convenzioni di cui al comma 1, partecipano, nel rispetto dei propri poteri e competenze e secondo le proprie qualifiche, anche gli operatori del DSM, indipendentemente dall'ente di appartenenza.

6. Presso i DSM e le SRA individuati ai sensi dell'articolo 11, comma 1, lettera e), sono organizzati appositi corsi di forma-

zione per il personale psichiatrico e per gli studenti specializzandi in psichiatria. Tali corsi sono realizzati con specifici accordi tra le università, i DSM e le SRA.

ART. 15.

(Istituzione dei DSM).

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

2. I prefetti devono cooperare al reperimento delle strutture di cui al comma 1, su richiesta dei responsabili delle ASL o delle autorità comunali o regionali o delle province autonome, anche mediante requisizione provvisoria degli edifici pubblici o privati previsti dall'articolo 13.

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

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

ART. 16.

(Prevenzione del disagio nelle scuole).

1. Per l'individuazione precoce delle situazioni di rischio psico-patologico e dei disturbi mentali, il Ministro della salute,

con proprio decreto, e in conformità a quanto stabilito all'articolo 2, comma 7, stabilisce le modalità di realizzazione di specifici programmi atti alla diffusione di idonei interventi presso le scuole di ogni ordine e grado, esclusivamente su segnalazione degli insegnanti e con il consenso dei genitori.

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

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

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

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

3. Gli interventi di cui al comma 1 devono comunque essere attuati nel rispetto delle caratteristiche psicologiche dei singoli alunni, privilegiando il metodo del dialogo e dell'ascolto. È altresì fatto divieto di procedere ad analisi psicologiche finalizzate ad inquadrare i soggetti in categorie stereotipate o ad esercitare sugli stessi un controllo o una pressione psicologica.

4. Il Ministro della salute, con proprio decreto, prevede la realizzazione di appositi programmi informativi per la popolazione al fine di ridurre e superare i pregiudizi legati ai disturbi mentali; promuove, altresì, la realizzazione di programmi di formazione per medici di medicina generale nel settore della salute mentale nell'età evolutiva con particolare attenzione all'incremento della capacità diagnostica nell'individuazione delle patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche, nonché di programmi di ricerca, da attuare nel rispetto dei diritti dei minori e delle loro famiglie.

ART. 17.

(Norme finanziarie).

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

2. Per il finanziamento delle attività di tutela della salute mentale in età evolutiva, in aggiunta alle risorse derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1, è destinata una quota non inferiore al 5 per cento delle risorse del Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza, di cui all'articolo 1 della legge 28 agosto 1997, n. 285.

3. Una somma non inferiore al 50 per cento delle risorse di cui al comma 2 deve essere impiegata per la realizzazione dei programmi e degli interventi di cui all'articolo 16.

ART. 18.

(Abrogazione di norme).

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

ART. 19.

(Entrata in vigore).

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

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,60

Stampato su carta riciclata ecologica



14PDL0056080