

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1942

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**POLLICE, GORLA, CALAMIDA, CAPANNA, RONCHI,
RUSSO FRANCO, TAMINO**

Presentata il 24 luglio 1984

Norme integrative della legge 23 dicembre 1978, n. 833,
relative all'assistenza psichiatrica

ONOREVOLI COLLEGHI! — « Psichiatria democratica » ha indicato in una relazione tecnica alcune raccomandazioni relative a proposte per la tutela della salute mentale. Democrazia proletaria, avvalendosi di queste indicazioni, trasformando ed ampliandone i contenuti, inizia in Parlamento una battaglia per l'attuazione della legge n. 180.

La legge di riforma psichiatrica, la legge di riforma sanitaria dunque, trova troppe assenze, troppe inapplicazioni. L'abbandono dei malati mentali, in nome di false considerazioni, di false interpretazioni della legge e di una certa deresponsabilizzazione di alcuni tecnici ed amministratori locali e di politici, è un fatto reale. E a fronte di chi vuole ripor-

tare indietro, a fronte di chi intende eleggere a modello quelle realtà in cui prevale la voluta disinformazione, l'inettitudine ed il voluto messaggio di impotenza e di apocalisse, se si fosse dato vita al nuovo regime assistenziale auspicato ed indicato dalla legge n. 180 e dalla legge n. 833, tutto questo ha fatto sì che l'assistenza psichiatrica trovasse ancora i suoi principali fondamenti nell'istituto asilare, magari privato e convenzionato. Il rinnovamento psichiatrico e la riforma che il movimento ha conquistato sono un pezzo del « caso italiano »: è stato un successo che ha le sue origini nel grosso sommovimento sociale iniziato nel 1968, nello scossone dato alle istituzioni statali da quel ciclo di lotte e da quanto di

pari passo si andava affermando nella comunità scientifica non più arroccata esclusivamente nei propri ghetti d'avorio ma che incominciava a confrontarsi con i fenomeni della vita individuale e collettiva. Non è casuale che il movimento di rinnovamento della psichiatria si generalizzò con l'interazione con le lotte degli operai e degli studenti, così come non è casuale che i tentativi di normalizzazione della psichiatria, i tentativi di togliere democraticità alla riforma sanitaria in genere in nome di non definiti efficientismi, si accompagnino con la normalizzazione del movimento operaio in genere. Così come non si vuole dare posto agli handicappati nelle fabbriche e negli organismi lavorativi così non si vuole riconoscere il posto ai «folli» nella società. Si vuole contrabbandare in nome di un efficientismo, come appunto si diceva, una nuova logica basata sulla separatezza ed in ultima analisi sulla negazione dei problemi.

Ma ci conforta la certezza che, come per altre battaglie sui diritti civili, esiste nel paese, in Italia, una sicura maggioranza che non vuole affatto tornare indietro, non vuole tornare al medioevo dei manicomi, della contenzione fisica o semplicemente ed esclusivamente farmacologica o della tecnica dell'annientamento e della reclusione di tutti coloro che non riescono a trovare spazio nelle regole del gioco. Regole che cambiano a seconda del potere reale che si riesce ad esprimere o ad avere praticamente e che quindi mai sono chiare e definitive, ma alibi per la contenzione altrui.

La legge n. 180 nasce sotto la «minaccia» del referendum radicale, ma essa è espressione imperfetta di esigenze maturate nell'arco di 15 anni, attraverso le esperienze concrete: dove si è andata realizzando la possibilità di affrontare il problema delle malattie mentali diversamente dall'internamento in manicomio.

Queste esperienze, già a partire dagli anni '60, presentavano un carattere peculiare che si sarebbe concretato nel periodo successivo come promotore di profondi cambiamenti: la capacità e il potere dei tecnici interessati al rinnovamento

scientifico di influire — attraverso pratiche specifiche — sugli orientamenti legislativi. Il tema della salute mentale creava fra tecnici e politici collegamenti diretti di natura nuova, capaci di coinvolgere i diversi soggetti sociali, istituzionali e collettivi.

Le esperienze di critica e trasformazione degli ospedali psichiatrici avevano infatti provocato e agevolato nel 1968 lo stralcio della legge n. 431 come primo momento di superamento della legge n. 1904, con l'immissione del «ricovero volontario». Lo stralcio, della durata di cinque anni, prevedeva uno sbocco nella riforma sanitaria che, sotto la spinta delle lotte per la difesa della salute, si andava ancora elaborando.

Proprio negli anni '70 lo sviluppo coerente dell'azione condotta permetteva di realizzare, con il sostegno politico-amministrativo di alcune province italiane, la esperienza di apertura e poi il graduale svuotamento di alcuni ospedali psichiatrici, fino al raggiungimento di una possibilità pratica di cessazione delle funzioni di questo istituto.

L'Unione delle province italiane (UPI) diede in quegli anni un grande contributo allo sviluppo ed alla realizzazione di un difficile processo sviluppatosi in un numero consistente di province italiane (Trieste, Arezzo, Perugia, Parma, Ferrara, Pordenone ecc.) e parzialmente avviato in molte altre realtà (Napoli, Torino, Milano, Genova, Taranto, Matera, ecc.).

Il superamento dell'ospedale psichiatrico divenne così esigenza sempre più generalizzata a livello politico, amministrativo, scientifico, culturale e sociale.

L'urgenza della stesura della legge n. 180 è stata quindi compensata dall'essere preceduta da un coinvolgimento operativo, tecnico e politico sul problema delle malattie mentali e da quel primo passo legislativo che configurava la possibilità di cambiare l'ottica della vecchia legge n. 1904 incentrata sulla «pericolosità del malato».

Ovviamente un complessivo spostamento di ottica comportava l'esigenza di strutture extraospedaliere, in grado di affron-

tare di pari passo i problemi delle nuove urgenze e quelli della deospedalizzazione dei degenti via via riabilitati e dimissibili.

La scelta di questa contemporaneità d'intervento (strutture esterne e graduale eliminazione dei manicomi) partiva dalla verifica che nei paesi in cui ci si era premurati di istituire strutture extraospedaliere, prima di intaccare il nucleo manicomiale, si era arrivati ad un'amplificazione dell'utenza, senza toccare né ridurre il ricovero manicomiale e la natura stessa dell'internamento.

Nella situazione italiana, l'emanazione di una legge quale la n. 180 non poteva, comunque, che essere il risultato di un compromesso politico che ha comportato la presenza o l'assenza di elementi che ne avrebbero consentito o meno la realizzazione.

Tuttavia essa teneva conto nel complesso delle indicazioni che provenivano da quelle esperienze che avevano dimostrato possibile la soppressione dei manicomi e l'istituzione di servizi alternativi a questi, capaci di rispondere alla totalità delle domande espresse attraverso la malattia mentale.

Pur riconoscendo nella formulazione della legge n. 180 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 protettive abitative adeguate, la legge n. 180 rappresentava un tentativo di creare una struttura giuridica che partisse — per la prima volta — da indicazioni provenienti da pratiche verificate e non da teorie interpretative sulla malattia mentale (che hanno sempre lasciato inalterata l'istituzione deputata a contenerla).

Il messaggio proveniente dalle lotte contro l'internamento manicomiale è stato tuttavia da più parti frainteso; appiattito o volutamente travisato, dando luogo ad omissioni, forme diffuse di rinvio e di abbandono dei problemi impliciti nella

sofferenza psichica, scarico di responsabilità istituzionali nonché a forme di dimissionamento selvaggio.

Ciò comunque aveva già trovato le sue prime radici tendenziali, come ci ricorda addirittura una ricerca del CNR svolta nell'ambito dei progetti finalizzati, ancor prima dell'entrata in vigore della legge n. 180.

D'altra parte, la legge n. 180 è stata il frutto di una mediazione politica, che, una volta estrinsecatasi, ha permesso la continuazione di quella cultura di sacralità che avvolge le leggi dello Stato che di fatto ne impedisce il controllo, l'esercizio, la corretta applicazione. Paghi di aver evitato il *referendum* abrogativo, paghi della frettevolezza della avvenuta mediazione si è permesso che il blocco conservatore agisse con il boicottaggio ed il sabotaggio.

Gli industriali della salute, le catene di manicomi, agitando fra l'altro lo spauracchio della disoccupazione incombente sugli operatori qualora si fosse « distrutta la logica del manicomio » (niente di più falso, ma nulla di più vero per sabotare i processi di riforma), le caste mediche e le case di cura private nonché l'impreparazione di molte componenti del Ministero, hanno permesso l'inattuazione della legge. La mancanza di corrette e chiare indicazioni operative, il mancato stimolo finanziario per quei casi di comprovata attuazione hanno fatto il resto. Hanno cioè permesso che molte amministrazioni continuassero, insieme ai loro « tecnici », a crogiolarsi nell'applicazione, nel non predisporre i piani operativi. I disagi reali che parte della popolazione ha dovuto sopportare non sono interpretabili a senso unico, cioè come il prodotto di una legge utopica ed astratta, ma sono al contrario i segni delle omissioni ragionate e volute e permesse da una legge che è stata svuotata, come già si è detto, di ogni forza applicativa ed è stata drenata di ogni sostegno possibile.

Non è solo « Psichiatria democratica », non è solo la coscienza illuminata di operatori democratici, di famiglie, di utenti ma la voce della maggioranza dei cittadi-

ni italiani che reclama ed indica chiaramente « come » occorre operare per il concreto e pratico superamento del manicomio, per battere la logica dell'abbandono.

La raccomandazione n. 818 dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa, già nel 1977, si collocava appunto in quest'ottica per non ricorrere a quanto asseriva l'Assemblea legislativa dello Stato di California (USA). La raccomandazione n. 818 dell'Assemblea parlamentare per il Consiglio d'Europa recitava tra l'altro:

« 5) l'Assemblea, convinta che la situazione dei malati di mente ed in particolare le condizioni che ineriscono al loro internamento in un ospedale psichiatrico e alle loro dimissioni preoccupano gran parte dell'opinione pubblica dei paesi membri e che gli errori e gli abusi commessi a questo riguardo sono talvolta all'origine di tragedie umane;

6) rilevato che la Commissione europea dei diritti dell'uomo è stata più volte sottoposta a quesiti che riguardavano errori ed abusi di questo tipo, che dimostrano che la situazione attuale è ad un tempo poco chiara e poco soddisfacente, e che probabilmente conviene elaborare delle nuove linee di condotta ad uso dei giuristi e dei medici;

...8) notando che i progressi della tecnologia medica e psicoterapeutica rischiano a volte di costituire una minaccia per il diritto all'integrità fisica e psichica dei pazienti;

9) raccomanda al Comitato dei ministri di invitare i governi degli Stati membri:

a) a rivedere le loro legislazioni e i loro regolamenti amministrativi sull'intervento per i malati mentali, ridefinendo certi concetti fondamentali, come l'aggettivo "pericoloso" riducendo al minimo la pratica consistente nell'internare un paziente a forza, per un periodo indeterminato, eccetera...;

d) a modificare le regole concernenti la capacità civile applicata ai ma-

lati mentali, affinché l'ospedalizzazione non tolga automaticamente agli interessati la capacità giuridica creando fra l'altro delle difficoltà in materia di diritto di proprietà e di altri diritti in materia economica... ».

Rispetto al quadro di riferimento che abbiamo illustrato, Democrazia proletaria presenta oggi questa proposta di legge che, come detto, riprende ed amplia i contenuti espressi dal coordinamento nazionale di « Psichiatria democratica » nelle sue raccomandazioni ai parlamentari per una corretta applicazione della legge numero 180.

È questa una scelta di campo ben precisa, in riferimento cioè alle posizioni espresse da un movimento di tecnici senza il cui contributo oggi non potremmo, forse, parlare del superamento dei manicomi.

Entrando brevemente nel merito degli articoli che possono individuare come caratterizzanti e prioritari politicamente:

a) le norme sull'adeguamento perentorio entro 60 giorni del numero dei posti letto dei servizi di diagnosi e cura a fronte di una situazione che vede a livello nazionale un proliferare dei posti letto che di fatto fanno assumere al servizio di diagnosi e cura le caratteristiche dei veri e propri reparti di degenza psichiatrica (articoli 1, 2, 3 e 4);

b) la struttura del dipartimento di salute mentale e dei centri territoriali con particolare riferimento oltre che alle proposte già avanzate da « Psichiatria democratica », di un reperimento del personale anche a partire dalle case di cura private e dagli ex ospedali psichiatrici con precisi e puntuali programmi di formazione (articoli 5, 6, 7, 8 e 9). Riteniamo qualificante inoltre lo spostamento e la eventuale creazione, di norma, dei Servizi di diagnosi e cura al di fuori dell'ambito fisico degli ospedali civili, come segnale di tendenza per una completa deospedalizzazione dell'assistenza psichiatrica (articolo 1);

c) un fondo aggiuntivo speciale per la deistituzionalizzazione e lo svuotamento degli ospedali psichiatrici esistenti (articolo 14). Si indica inoltre per il reperimento dei fondi la possibilità di attingere agli aumenti di spesa militari come momento caratterizzante di battaglia che Democrazia proletaria conduce contro il proliferare delle spese per gli armamenti e la riduzione delle spese sanitarie e sociali (articolo 14). E inoltre previsto un finanziamento triennale per la costruzione delle unità territoriali (articolo 15);

d) fondamentale è anche il capitolo per il sostegno alle forme cooperative che come momento fondamentale di cura, prevenzione e riabilitazione in un rapporto nuovo e diverso con il lavoro (articolo 17);

e) infine si è inteso mettere le prime basi per un intervento di tutela della salute mentale del cittadino detenuto in attesa di un cambiamento di normative che cancellino la vergogna dei manicomi criminali (articolo 18).

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I

SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA

ART. 1.

In attuazione di quanto disposto dagli articoli 5, 17, 34 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono attenersi alle norme integrative previste dalla presente legge nella stesura dei piani sanitari regionali.

ART. 2.

Per i trattamenti sanitari volontari e per i trattamenti sanitari obbligatori, gli appositi servizi psichiatrici di diagnosi e cura, previsti all'ultimo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in ottemperanza di quanto disposto al quarto comma dell'articolo 64 della stessa legge, possono raggiungere il numero di 15 posti letto.

Di norma tali posti letto sono allestiti tenendo presente uno *standard* di non più di un posto letto ogni 10 mila abitanti.

Il servizio di diagnosi e cura è di norma posto al di fuori del presidio ospedaliero.

Ogni Unità sanitaria locale non può disporre di più di un Servizio di diagnosi e cura.

Di norma ogni Unità sanitaria locale deve istituire il Servizio di diagnosi e cura all'interno del proprio territorio di competenza.

Presso ogni Servizio di diagnosi e cura opera il personale dell'articolazione territoriale delle unità operative del dipartimento di salute mentale di cui ai successivi articoli 4, 5, 6 e 7.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano devono dare assoluta

priorità alla costituzione dei centri di salute mentale rispetto ai Servizi di diagnosi e cura. I Servizi di diagnosi e cura devono comunque intendersi come spazi funzionali del servizio territoriale.

ART. 3.

In caso di esuberanza di posti letto nei Servizi di diagnosi e cura rispetto a quanto previsto al primo comma dell'articolo 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, provvedono ad operare le necessarie riduzioni di posti letto.

TITOLO II

IL DIPARTIMENTO
DI SALUTE MENTALE

ART. 4.

L'integrazione e l'organicità degli interventi nel campo della tutela della salute mentale è assicurata da ogni Unità sanitaria locale mediante l'istituzione del Dipartimento di salute mentale.

Il Dipartimento di salute mentale coordina l'attività dei presidi e dei servizi i quali svolgono le funzioni preventive, curative e riabilitative a tutela della salute mentale in un complesso organizzativo unico rispetto ai bisogni della popolazione del territorio di competenza della rispettiva Unità sanitaria locale.

ART. 5.

Il Dipartimento di salute mentale dà attuazione ad un servizio informativo atto a dare riscontri sia a livello di epidemiologia descrittiva che analitica e valutativa. Il servizio informativo del Dipartimento di salute mentale è collegato con l'osservatorio epidemiologico regionale.

ART. 6.

Il Dipartimento di salute mentale è composto da tutte le unità operative dei servizi delle Unità sanitarie locali le cui attività abbiano particolare rilevanza per le finalità di tutela della salute mentale e deve avvalersi anche dei servizi o presidi che si occupino degli anziani, della tutela della salute materno-infantile nonché quelli preposti agli interventi socio-assistenziali.

Nelle competenze del Dipartimento di salute mentale sono incluse le forme di controllo sui ricoveri e sulle degenze in istituti privati convenzionati, nell'attesa del superamento dei regimi convenzionali.

Il Dipartimento di salute mentale deve, a questo riguardo, articolare un piano programmatico che consenta il superamento dei regimi convenzionali e la pubblicizzazione dei servizi volti alla tutela della salute mentale, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

ART. 7.

Il Dipartimento di salute mentale è coordinato da un medico specializzato in psichiatria. Il coordinatore è eletto dalla assemblea del Dipartimento di salute mentale, è nominato dal presidente dell'Unità sanitaria locale e dura in carica tre anni.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emanano il regolamento del Dipartimento di salute mentale, assicurando una adeguata rappresentanza nel comitato tecnico che affianca il coordinatore delle professionalità operanti nei servizi componenti il Dipartimento stesso nonché degli utenti o comunque di cittadini non operatori dei servizi.

Il coordinatore del Dipartimento di salute mentale partecipa di diritto all'Ufficio di direzione dell'Unità sanitaria locale o comunque del Comitato tecnico funzionale qualora l'Unità sanitaria locale non avesse attivato l'Ufficio di direzione.

TITOLO III

I CENTRI DI SALUTE MENTALE

ART. 8.

L'assistenza psichiatrica viene prestata di norma dai Centri di salute mentale operanti sul territorio ed aperti ogni giorno 24 ore su 24.

Ogni centro di salute mentale deve servire di norma una popolazione massima di 40-50.000 abitanti. Detto Centro di salute mentale deve prevedere una dotazione di non oltre 6 posti letto.

Detti posti letto possono essere reperiti anche esternamente alla sede del Centro medesimo presso locali posti a disposizione dall'ente pubblico.

Il Centro di salute mentale provvede alla prevenzione, cura e riabilitazione dei cittadini.

I centri di salute mentale si avvalgono per la loro azione di strutture quali case famiglia, centri di socializzazione, centri di assistenza diurna, gruppi di appartamenti protetti, *day hospital* e centri notturni.

Le Unità sanitarie locali sono autorizzate ad erogare tutte le prestazioni economiche sia di carattere finanziario sia in termini di servizi o di beni repute indispensabili e necessarie al recupero funzionale ed all'autonomizzazione degli utenti dei Centri di salute mentale.

La Unità sanitaria locale fornisce tutte le risorse necessarie all'attività del Centro di salute mentale sul territorio.

Il Centro di salute mentale inoltre si collega con le altre componenti socio-sanitarie presenti sul territorio anche a livello distrettuale.

Ogni Unità sanitaria locale nel cui ambito sono presenti i Centri di salute mentale predispone appositi fondi per le attività di cui ai commi precedenti ed in particolare, attraverso rendicontazione separata, predispone un ammontare di fondo sussidio per quei casi di comprovata

necessità, su proposta delle strutture territoriali ai fini della prevenzione, cura e tutela della salute mentale. Detto sussidio deve essere parametrato al tetto minimo pensionistico. I fondi devono poter essere erogati anche a carico del Fondo sanitario nazionale.

I Centri di salute mentale sono unità operative del Dipartimento di salute mentale e coincidono territorialmente con l'ambito dei distretti sanitari di base.

TITOLO IV PERSONALE

ART. 9.

Il Centro di salute mentale viene dotato di personale medico psichiatrico, di assistenza sociale ed infermieristica in numero adeguato alla complessità del lavoro ed alla durata dello stesso.

ART. 10.

Al fine di non aumentare i costi per la copertura delle piante organiche specie per quelle Unità sanitarie locali non aventi ancora servizi propri, è fatto obbligo alle Unità sanitarie locali, di intesa con le rispettive regioni, di predisporre un piano operativo con apposita delibera, che ha per oggetto:

a) risoluzione delle convenzioni, di cui all'articolo 44 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con le strutture private di accoglimento e degenza di cittadini affetti da turbe psichiatriche;

b) predisposizione della pianta organico-dipartimentale;

c) piano formativo del personale con particolare riguardo per quello proveniente dalle case di cura private.

ART. 11.

Il personale già operante nei presidi manicomiali sia pubblici sia privati, trova collocazione operativa nell'ambito del Dipartimento di salute mentale ed effettua appositi periodi di formazione e di aggiornamento secondo quanto indicato dal coordinatore e dal comitato tecnico del Dipartimento di salute mentale. Tali periodi di aggiornamento e di formazione possono anche essere effettuati con l'invio in trasferta presso servizi già consolidati e già operanti sul territorio mediante apposite convenzioni fra rispettive Unità sanitarie locali interessate.

ART. 12.

Il personale operante nell'ambito del Dipartimento di salute mentale è a tempo pieno. È fatto inoltre divieto a tale personale di mantenere rapporti convenzionati e comunque doppi contratti con il Servizio sanitario nazionale.

È fatto obbligo alle Unità sanitarie locali di dare attuazione alle proposte formative e di aggiornamento enucleate dal Dipartimento di salute mentale ed approvate dal Comitato di gestione della rispettiva Unità sanitaria locale.

Detti programmi di formazione e di aggiornamento sono presentati nel primo trimestre di ogni anno e si riferiscono all'esercizio successivo.

ART. 13.

Le cliniche universitarie convenzionate, ai sensi dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, utilizzano per l'attività di ricerca e di formazione le altre strutture del Dipartimento di salute mentale presso il quale operano, e possono, su indicazione del piano sanitario regionale, svolgere il complesso di attività del servizio territoriale denominato: Centro di salute mentale, nell'ambito del Dipartimento stesso.

TITOLO V
NORME FINANZIARIE

ART. 14.

Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica, promuove la costituzione di un fondo per le spese in conto capitale, aggiuntivo al Fondo sanitario nazionale, per quelle Unità sanitarie locali che danno avvio ai processi di smantellamento delle strutture manicomiali.

Detta quota è computata sulla base di lire 10.000.000 per ogni paziente delle strutture manicomiali da trasferire.

Ogni Unità sanitaria locale presenta, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un piano preventivo di deistituzionalizzazione per attingere al fondo aggiuntivo.

La quota del fondo aggiuntivo è stornata dai capitoli del bilancio dello Stato riguardanti le spese per gli armamenti.

Le Unità sanitarie locali che destinano ad altri fini i fondi aggiuntivi assegnati, in sede di presentazione del rendiconto, sono tenute a rimborsare i fondi stessi, con detrazione, dietro presentazione di idonea documentazione della parte di spesa corrisposta.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nei loro piani sanitari regionali, d'intesa con i comuni, devono disciplinare le risorse patrimoniali già appartenenti ai soppressi ospedali psichiatrici.

ART. 15.

Nella classificazione delle spese devono risultare separatamente evidenziate le spese sostenute dalle Unità sanitarie locali, per l'assistenza psichiatrica.

Le spese di incentivazione per la costituzione delle unità operative del Dipartimento di salute mentale a favore delle regioni e delle province autonome di Tren-

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

to e di Bolzano sono fissate in lire 100 miliardi per il 1983; lire 150 miliardi per il 1984; lire 200 miliardi per il 1985; lire 250 miliardi per il 1986 per la quota di spesa corrente del Fondo sanitario nazionale.

ART. 16.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano fissano le quote per i servizi di salute mentale a favore delle Unità sanitarie locali sulla base della spesa sostenuta, della quota aggiuntiva prevista dall'articolo 14 e degli incentivi di cui all'articolo 15.

Le Unità sanitarie locali formulano alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano proposte per i programmi individualizzati e per eventuali nuove situazioni di lunga degenza psichiatrica verificatesi, attingendo, a tale scopo, alle incentivazioni di cui all'articolo 14.

TITOLO VI

SOSTEGNO ALLE ATTIVITÀ
LAVORATIVE

ART. 17.

Al fine di favorire la riabilitazione e la prevenzione in materia di salute mentale, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono apposite norme per favorire la costituzione ed il funzionamento di cooperative fra gli ex degenti degli ospedali psichiatrici, nonché fra gli utenti a qualsiasi titolo delle unità operative del Dipartimento di salute mentale che siano disoccupati.

Tali norme devono comunque prevedere il sostegno finanziario alle forme di lavoro che gli associati forniranno in tali società cooperative. I finanziamenti per le finalità di cui al presente articolo, da ripartirsi annualmente tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, vengono reperiti dal Ministero del lavoro

e della previdenza sociale, anche attraverso la destinazione di quote del Fondo sanitario nazionale.

È fatto obbligo alle Unità sanitarie locali ed agli enti locali di privilegiare la attribuzione di lavoro alle cooperative sorte per i fini di cui ai commi precedenti.

TITOLO VII

NORME TRANSITORIE PER I MANICOMI GIUDIZIARI E TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DEI CITTADINI DETENUTI

ART. 18.

Le Unità sanitarie locali nel cui ambito territoriale sorgono istituti di pena, promuovono la costituzione di strutture polifunzionali dipendenti dal dipartimento di salute mentale cui affidare la tutela della salute mentale dei cittadini reclusi.

Gli enti pubblici sono tenuti a disporre il comando del personale necessario.

Il Ministero di grazia e giustizia è tenuto a segnalare alla regione i cittadini attualmente presenti nei manicomi giudiziari.