

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2289

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BEEBE TARANTELLI, BETTIN, GIUNTELLA, SESTERO  
GIANOTTI, AUGUSTO BATTAGLIA, BOATO, BORDON,  
CACCAVARI, GIANNOTTI, JANNELLI, LARIZZA, LENTO,  
PERINEI, POLLASTRINI MODIANO, RONZANI, TRUPIA  
ABATE, VENDOLA, GHEZZI, SORIERO, COLAIANNI, CAL-  
ZOLAIO, PETRUCCIOLI, SOLAROLI, MELILLA, VIGNERI**

Istituzione della Consulta permanente per la salute mentale  
e provvedimenti per la programmazione, l'attuazione ed il  
finanziamento dei servizi di salute mentale

*Presentata il 23 febbraio 1993*

ONOREVOLI DEPUTATI! — Siamo tutti consapevoli del fatto che, a quasi quindici anni dall'emanazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, sull'assistenza psichiatrica, successivamente inglobata negli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si è arrivati al punto limite oltre il quale non è consentito lasciare senza risposte le esigenze e i bisogni di malati e familiari che si trovano a risiedere in luoghi tuttora privi di presidi psichiatrici o a disporre di servizi insufficienti e qualitativamente scadenti.

Già dall'indagine del CENSIS, commissionata dal Ministero della sanità, risul-

tavano, al 31 dicembre 1984, alcuni dati significativi: il 14,8 per cento della popolazione italiana, pari a 8 milioni e mezzo di abitanti, risiedeva in località territorialmente dipendenti da unità sanitarie locali (USL) sguarnite di qualunque tipo di presidio psichiatrico; l'istituzione di una larga parte di questi presidi, pari al 36,6 per cento, risaliva agli anni precedenti l'entrata in vigore della riforma, la quale dette un iniziale impulso alla creazione di presidi territoriali fra il 1978 e il 1980 (41,8 per cento), seguito da un netto rallentamento (21,5 per cento) dal 1981 al 1984 (esattamente nel periodo in cui si

chiudevano le ammissioni negli ospedali psichiatrici). A fronte della « fine del manicomio », data per realizzata, risultavano ricoverati circa 30.000 pazienti negli ospedali psichiatrici pubblici, in uno stato di totale abbandono e di degrado istituzionale, nonostante la spesa ospedaliera continuasse ad assorbire, secondo stime attendibili, circa l'80 per cento della spesa psichiatrica complessiva (la media della spesa giornaliera per degente oscillava fra le 100.000 e le 150.000 lire); non meno di 10.000 pazienti risultavano ricoverati in istituti privati convenzionati, dei quali il 50 per cento rispetto al totale nazionale era concentrato nella regione Lazio (il livello di degrado di questi istituti equivaleva spesso a quello degli ospedali psichiatrici pubblici), il 52 per cento dei presidi psichiatrici era dislocato nelle sei regioni del nord, il che significava che un terzo del Paese disponeva della metà dei servizi esistenti, mentre solo il 13,9 per cento dei servizi istituiti disponeva di un sistema organizzativo capace di soddisfare i bisogni psichiatrici della popolazione. Non ci sono dati ufficiali aggiornati dopo quelli del 1984 e già questo testimonia lo stato di noncuranza e di marginalità in cui è mantenuta ancor oggi l'assistenza psichiatrica in Italia, nonostante disponga di una delle leggi più evolute sia sotto il profilo dei fondamenti scientifici, sia sotto l'aspetto della civiltà giuridica.

Più recentemente, la Commissione igiene e sanità del Senato, nella X legislatura, effettuando una serie di sopralluoghi in diverse regioni per verificare lo stato di attuazione dei servizi e di dismissione degli ospedali psichiatrici, ne poté considerare le organiche insufficienze.

Le gravi carenze nella realizzazione di questa riforma, i vuoti e le distorsioni nella organizzazione delle risposte necessarie, non possono essere fatte risalire soltanto ad un supposta insufficienza normativa, perché l'inclusione della riforma dell'assistenza psichiatrica nella legge n. 833 del 1978 consentiva di procedere nella realizzazione con uno strumento efficace quale il Piano sanitario nazionale che doveva contenere i relativi finanziamenti

pluriennali, sia per reinvestimenti che per la gestione.

La verità è che dal 1978 ad oggi il Governo non ha presentato al Parlamento il Piano sanitario né ha emanato norme di indirizzo e coordinamento, come era necessario e possibile in applicazione dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978, lasciando così le regioni prive di riferimenti, di supporti e delle necessarie verifiche.

Questa è la ragione sostanziale che spiega sia gli stati di abbandono che l'indagine ha registrato, sia le distorsioni applicative della legge n. 180 del 1978, troppo spesso centrata sull'esclusiva risposta ospedaliera e la conseguente riproduzione di strutture separate e chiuse o sulla frammentazione organizzativa dei servizi.

In questi anni sono sorte diverse associazioni di familiari di malati psichici composte, per la maggior parte, di donne, sulle cui spalle è essenzialmente gravato il peso della mancata realizzazione della riforma. Alcune di queste associazioni, di fronte al vuoto dei servizi che ha seguito la riforma, sono state spinte a richiedere un ritorno all'internamento; altre, invece, consapevoli dell'esistenza e della praticabilità di soluzioni alternative sia all'abbandono del malato che alla sua segregazione, reclamano l'attuazione della riforma e la creazione dei servizi. Non si può non rispondere a questi appelli, segno, in entrambi i casi, di sofferenze e di tragedie non ulteriormente sopportabili.

Dopo quindici anni di inerzia governativa è indispensabile intervenire con norme efficaci, di rapida attuazione, vincolanti per il Governo, per le regioni e per le USL, con l'intento di definire e mettere a disposizione strumenti e risorse capaci di invertire la tendenza all'abbandono per un verso e alla produzione di soluzioni neomanicomiali per l'altro.

Solo la realizzazione di una rete di servizi presenti ovunque e sempre aperti all'urgenza oltre che all'attività quotidiana, di strutture intermedie aperte e personalizzate, di piccole dimensioni, integrate nella vita della comunità possono sconfinare « il bisogno di ricovero » che continua inevitabilmente a riprodursi da

parte di quanti, persone e familiari, sono nella condizione di convivere, senza aiuti e sostegni, con un malato affetto da disturbi psichici.

L'indagine già citata del CENSIS, le ricerche del CNR, le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il parere dell'Istituto superiore di sanità, la letteratura internazionale più seria ed aggiornata, i pronunciamenti parlamentari nel frattempo intercorsi confermano la validità della scelta centrale della nostra riforma che, nel superamento del manicomio e di ogni forma di segregazione, sposta cura e assistenza del disturbo psichico nella rete delle relazioni umane e in strutture flessibili e aperte nella comunità.

L'Organizzazione mondiale della sanità da lungo tempo appoggia, in tutte le sedi, la deistituzionalizzazione degli internati manicomiali e l'organizzazione territoriale dei dipartimenti di salute mentale. Del resto la realtà italiana, per quello che in molte parti del Paese è stato realizzato nonostante il vuoto di politica sanitaria governativa, sta a dimostrare la validità dei postulati scientifici e dei significati profondamente umani della riforma dell'assistenza psichiatrica.

Molte sono le realtà che si sono aperte al nuovo e che lo hanno realizzato in gran parte e comunque in modo significativo, a partire dalle esperienze di Trieste, di Arezzo, di Perugia, di Parma, di Reggio Calabria, che fin dagli anni sessanta aprono la strada al superamento dei manicomi e alle soluzioni alternative territoriali.

Molti sono i Paesi, i centri di studio e ricerca scientifica internazionali, o anche singole eminenti personalità che guardano alle potenzialità della scelta italiana per adeguare paradigmi scientifici e modelli organizzativi per un nuovo approccio alla salute mentale.

Il nostro Paese, a dimostrazione dell'interesse crescente che suscita, è entrato a far parte, con alcune sue esperienze pilota, del *World collaborating centre for research and training in mental health*, incentrato sulla valutazione e sulla promozione di politiche di salute mentale nella comu-

nità. Di fatto i dati dell'OMS dimostrano il peso che assume nell'evoluzione della malattia il modo in cui culturalmente e socialmente la si tratta: dove non esiste una griglia istituzionale rigida, ma operano servizi capaci di creare una rete di protezione per il paziente e di sostegni per la famiglia, può prodursi un maggior grado di accettazione del malato da parte della cultura della comunità, con esiti terapeutici più favorevoli e prognosi meno severe.

Il Ministero della sanità dispone, comunque, di un parere preciso ed articolato presentato, a questo proposito, dall'Istituto superiore di sanità, suo organo tecnico, di cui pare opportuno citare qui uno stralcio che fa riferimento anche alla letteratura internazionale in merito:

« Secondo un'ampia letteratura » — si legge nel documento — « la prognosi di forme gravi, come le sindromi schizofreniche, può essere sostanzialmente modificata in senso favorevole attraverso interventi che tendano, oltre che alla vera e propria terapia mirata ai particolari quadri clinici, al sostegno e al ripristino funzionale dei soggetti colpiti. Dopo i lavori classici di Manfred Bleuler e Ciompi in Svizzera, questo dato è stato confermato da più parti; da ultimo, attraverso lo studio, riportato nell'*American Journal of Psychiatry*, di gruppi confrontabili di schizofrenici in aree urbane con caratteristiche analoghe, salvo la presenza nell'una (Vancouver) ma non nell'altra (Portland) di una efficace assistenza sul territorio. A un anno dalla dimissione dopo il ricovero per crisi, i primi erano, rispetto ai secondi, in migliori condizioni cliniche, avevano avuto meno ricadute e avevano più spesso ripreso la loro attività lavorativa. A smentita delle vecchie concezioni sulla malattia mentale, si riconosce oggi che un adeguato intervento di assistenza nella comunità può essere assai efficace anche in presenza di sintomatologie a prima vista incompatibili con un livello soddisfacente di funzionalità. Questo configura, per chi deve decidere dell'assetto dei servizi, responsabilità notevoli. Infatti, molti dati tendono a smentire l'ipotesi che oltre un

certo livello di gravità sia assolutamente necessario un ricovero in ambiente ospedaliero e soprattutto quella che sia indispensabile, in determinati casi, una soluzione di lungodegenza. Quindi un assetto del servizio che non consenta di evitare la lungodegenza diventa — a parte gli aspetti etici e sociali — una causa importante di cronicità con sviluppo di stadi defettuali. Affinché l'intervento possa raggiungere i suoi scopi di cura, assistenza e prevenzione della cronicità, esso deve integrare le misure terapeutiche di carattere specifico con quelle di tipo socio-assistenziale e deve essere coerente nelle misure adottate nei riguardi dei soggetti colpiti da disturbo psichico e in quelle adottate a sostegno dei circostanti, in particolare dei familiari. L'atteggiamento del servizio, a condizione che questo abbia raggiunto una adeguata dimensione qualitativa e quantitativa, costituisce sotto questo profilo una variabile di notevole peso. Ciò è dimostrato da dati assai interessanti i quali hanno sottolineato il ruolo importante di variabili non cliniche in buona parte delle decisioni di ricovero (ciò si deduce dalla frequente assenza di differenze iniziali significative, sotto il profilo clinico, tra coorti confrontabili di pazienti ricoverati e non ricoverati). Altri dati suggeriscono che il ripristino funzionale è facilitato ove concretamente si operi per prevenire l'assunzione di un ruolo di malattia da parte dei circostanti. Per questo e per altri motivi a carattere strettamente operativo, è indispensabile che le varie componenti del servizio stesso non subiscano l'egemonia della componente medica e non privilegino di fatto le soluzioni di ricovero ospedaliero (...). Il più completo degli studi basati sulle esperienze compiute in alcuni servizi negli anni sessanta e settanta — continua il documento — riguardante il bacino di utenza di Amburgo, apparso in *Social Psychiatry*, fa ricorso a metodi assai sofisticati di rilevamento e di analisi multivariata. Esso conclude che, a parità di gravità di crisi, l'unica determinante che pesa nella decisione di ricorrere o meno al ricovero

coatto è la qualità cattiva o buona del rapporto fra operatore e paziente ».

Questi sono solo alcuni passi del parere molto circostanziato dell'Istituto superiore di sanità, cui, comunque, si rinvia. La svolta italiana — per quanto in parte contraddetta dallo scarso livello di attuazione della riforma — risulta dunque il punto alto di un dibattito scientifico internazionale, orientato ormai verso le stesse linee interpretative e di intervento che si fondano essenzialmente su queste premesse. Chi soffre di disturbi psichici ha raramente bisogno di un letto d'ospedale; ciò di cui abbisogna è un luogo protetto dove poter ristabilire — al riparo da ogni repressione e violenza — l'equilibrio fra sé e il mondo: un luogo che può anche essere una « casa », con un'alta concentrazione di assistenza, di capacità professionale e umana, dove l'intervento tecnico può ridursi via via che si amplia la gamma di risposte alle variabili sociali, economiche ed assistenziali presenti nel disturbo psichico. Vorremmo inoltre sottolineare il fatto che, se è vero che questo tipo di organizzazione dell'assistenza proiettato nella comunità risulta capace di prevenire la lungodegenza ospedaliera e gli esiti di cronicizzazione del disturbo che la accompagnano (numerose esperienze in atto in Italia e altrove lo dimostrano), c'è un altro aspetto di cui tener conto: una volta superato ciò che resta del manicomio, che, con la sproorzionata concentrazione di personale e con la conservazione degli stessi vecchi « servizi generali » utilizzati ora per una popolazione ospedaliera ridotta ad un terzo rispetto al 1968, tuttora assorbe la maggior parte della spesa psichiatrica, la prevenzione della cronicità attraverso i presidi territoriali non produrrà affatto un aumento della spesa complessiva.

Come si è già accennato, durante la X legislatura la XII Commissione permanente igiene e sanità del Senato ritenne opportuno effettuare una serie di sopralluoghi in diverse regioni al fine di verificare lo stato di attuazione della legge n. 180 del 1978. In particolare si intese

accertare se, fino a che punto e in che modo, sul piano istituzionale e organizzativo, fossero state risolte le problematiche principali connesse a quella legge relative alla progressiva deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici, alla destinazione alternativa dei dimessi, alla gestione dei pazienti non dimessi ed alla organizzazione dei servizi sul territorio e delle strutture alternative, come le comunità alloggio e le case famiglia. A conclusione di questa prima fase, la Commissione stabilì che le difficoltà attuative incontrate e le situazioni inaccettabili talora riscontrate non erano dovute al contenuto normativo innovativo della legge, ma derivavano principalmente dal fatto che si era tardato, o in alcuni casi omissso, da parte di alcune regioni e di alcune unità sanitarie locali, di mettere in funzione le strutture territoriali necessarie ad assistere coloro che avrebbero dovuto essere dimessi dagli ospedali psichiatrici e, inoltre, di far fronte alle nuove emergenze. Proprio per questo la relazione approvata unitariamente dalla Commissione terminava con l'affermazione che, ferma restando la validità delle scelte di fondo compiute dagli articoli 34, 35 e 64 della legge n. 833 del 1978, fosse indispensabile procedere alla rapida approvazione di un progetto-obiettivo sull'assistenza psichiatrica, anche in applicazione della legge 23 ottobre 1985, n. 595, per orientare, sostituire e rendere cogenti gli interventi richiesti alle regioni e alle unità sanitarie locali.

Oggi il quadro normativo deve tener conto di sviluppi che si sono registrati all'inizio della presente legislatura e soprattutto della questione sempre più rilevante del ruolo centrale che devono assumere le regioni nel Servizio sanitario nazionale.

Cosicché la proposta di legge che presentiamo, più che costruire un vero e proprio progetto-obiettivo definito in tutti i suoi aspetti a livello nazionale, fornisce linee guida cogenti e perciò vincolanti affinché in ogni regione si proceda all'approvazione di un progetto-obiettivo attraverso il quale garantire, completare e raf-

forzare la rete dei servizi, realizzare la strutture cosiddette « intermedie » e attivare, contestualmente, un programma di dimissioni fortemente sostenute da supporti sanitari e sociali per raggiungere, nell'arco di un tempo determinato, l'obiettivo della chiusura di manicomi pubblici e privati e delle case di cura private psichiatriche e/o neuropsichiatriche.

Il progetto-obiettivo delle regioni si configura con lo strumento di programmazione operativo capace di coinvolgere sul problema della salute mentale e sull'assistenza alle persone affette da disturbi psichici l'apporto degli operatori, degli amministratori, delle associazioni di volontari, con una visione unitaria e globale dei problemi e delle attività e con la sollecitazione ad immettere mezzi ed energie della comunità entro cui si esprime il disagio psicologico e la sofferenza psichica.

Questa proposta cerca infatti di contemperare esigenze diverse, che spesso si presentano come antagonistiche, ma che sono, ciò nonostante, ambedue irrinunciabili: l'esigenza del malato di essere curato nel migliore dei modi possibili e quella dei familiari di essere aiutati nel far fronte ad un problema che la riforma psichiatrica non ha minimizzato né preteso di cancellare, scaricandolo sulle loro spalle. Queste due esigenze possono trovare risposta solo all'interno di un modello di servizio caratterizzato da alti gradi di flessibilità e di integrazione con la comunità.

Alcune esperienze messe in opera dal volontariato, da enti nazionali senza finalità di lucro, da associazioni di familiari che si sono attivate per realizzare la riforma, con azioni positive, tra cui anche la predisposizione di soluzioni alternative al manicomio e di aiuto a persone sofferenti, hanno affiancato in questi anni quelle di operatori ed amministratori che, nonostante difficoltà ed ostacoli, si sono adoperati per realizzare le risposte più adeguate ai bisogni diversificati che il disturbo psichico esprime. In questi casi, la riforma ha potuto conseguire livelli di consensi che ne garantiscono il proseguimento.

Avviare in tutto il Paese la costruzione di un impianto di servizi di qualità profondamente diversa dalle precedenti istituzioni e seguire, perciò, l'evoluzione di processi radicalmente nuovi richiede — come l'esperienza di questi anni ha dimostrato — una sede autorevole di cultura scientifica, come riferimento e supporto per il Ministero della sanità e per le regioni, per affrontare in modo nuovo i problemi nuovi che si pongono nel campo della ricerca, della formazione degli operatori, nella qualità di un nuovo approccio ai problemi della salute mentale e della sofferenza psichica e di una cultura dei servizi che sappia farsi carico delle problematiche che sono espresse con il disagio psicologico e con il disturbo psichico. La proposta di legge, a questo fine, prevede all'articolo 1 la costituzione, presso il Ministero della sanità, di una Consulta permanente per la salute mentale, costituita da otto rappresentanti delle regioni, da tre esperti designati, rispettivamente dal Consiglio sanitario nazionale, dall'Istituto superiore di sanità e dal Consiglio nazionale delle ricerche, da tre rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari maggiormente rappresentative a livello nazionale. La Consulta, presieduta dal Ministro della sanità, ha il compito: di prestare consulenza al Governo per l'elaborazione degli atti di indirizzo e coordinamento previsti dall'articolo 5 della legge n. 833 del 1978, di esprimere pareri obbligatori su atti fondamentali e complessi quali il Piano sanitario nazionale (nel quale devono essere compresi, ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, i livelli uniformi di assistenza da garantire ai cittadini) o eventuali progetti mirati nel campo dell'assistenza psichiatrica; di essere riferimento per le regioni nelle loro competenze programmatiche sia nella organizzazione dei dipartimenti per la salute mentale che nel superamento delle strutture manicomiali e delle case di cura private psichiatriche o/e neuropsichiatriche.

L'articolo 2 prevede che il Ministro della sanità riferisca annualmente al Par-

lamento circa la realizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica.

L'articolo 3 prevede che la Consulta possa avvalersi di un osservatorio epidemiologico per la salute mentale, da istituire presso l'Istituto superiore di sanità.

L'articolo 4 stabilisce che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinino con proprie leggi i servizi di salute mentale su base dipartimentale che devono essere costituiti, attivati e potenziati in ogni unità sanitaria locale. L'articolo 4 dispone inoltre che ogni regione e provincia autonoma approvi un progetto-obiettivo centrato su precisi aspetti dell'assistenza psichiatrica volta, da un lato, a superare la realtà ancora massiccia degli ospedali psichiatrici pubblici e privati e delle case di cura con azioni programmate, sostenute da interventi sanitari e sociali e, dall'altro, a mettere in essere azioni positive per costruire una rete di servizi e un complesso di attività tali da far fronte alle esigenze che nascono dalla nuova fase di costruzione delle nuove risposte.

L'articolo 5 prevede l'istituzione in ogni regione e provincia autonoma di una Consulta per la tutela della salute dei cittadini, per stabilire un rapporto permanente tra istituzioni e associazionismo.

L'articolo 7 richiede che il dipartimento sia costituito da un unico organico pluriprofessionale, in modo da garantire la unitarietà della direzione e dello svolgimento delle attività, sia articolato in sedi formali ed informali in modo da evitare ogni rischio di separatezza ed assicurare la globalità della presa in carico della persona e della situazione e conseguentemente la continuità del trattamento terapeutico; l'organico del dipartimento deve assicurare l'assistenza nell'arco delle 24 ore per tutti i giorni della settimana, con modalità organizzative integrate, con spazi di attività differenziati in rapporto ai bisogni dei soggetti, senza che in nessun caso si determini una scomposizione e una separazione per strutture e sedi di operatività. Questa modalità di lavoro dipartimentale richiede di mettere fine, nelle concrete realtà, a modelli organizza-

tivi incentrati esclusivamente sull'ospedale generale nel quale sono stati costituiti i servizi psichiatrici di diagnosi e cura che si configurano, per consistenza e modalità assistenziali, come veri e propri reparti psichiatrici, separati dalle attività territoriali come uniche o prevalenti risposte al disagio e alla sofferenza psichica. In sostanza, in più parti sono state riprodotte modalità assistenziali che ripetono esclusione e violenza sui malati di mente e contribuiscono alla produzione di nuova cronicità.

Quello che appare essere il punto qualificante è la costituzione in ogni USL di un « dipartimento forte » dotato delle necessarie risorse professionali e delle strutture di sostegno per l'assistenza personalizzata e perciò differenziata, collocato nel territorio, unitario, capace di farsi carico della domanda con la necessaria tempestività e flessibilità, di integrarsi con altre attività sanitarie e sociali, di valorizzare e mobilitare tutte le energie presenti nel territorio per la promozione della salute mentale.

L'articolo 8 impegna le regioni e le università alla stipula di protocolli d'intesa al fine di realizzare programmi di formazione, del personale necessario per i nuovi servizi e per le nuove modalità ope-

rativa centrate sul dipartimento e di immettere le cliniche universitarie nelle nuove modalità assistenziali, prevalentemente territoriali, sulla base dei parametri dettati dalle normative nazionali e regionali.

Gli articoli 6, 9, 10, 11 e 12 sono la specificazione delle aree di intervento in cui dovrà articolarsi ogni progetto-obiettivo regionale e si riferiscono rispettivamente ai programmi di informazione e di educazione sanitaria (articolo 6), al superamento dei manicomi pubblici e privati (articolo 9), alla collaborazione con le associazioni di volontariato (articolo 10), all'intervento coordinato per la salute mentale nell'età evolutiva e nell'adolescenza (articolo 11), all'integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali (articolo 12).

L'articolo 13 vincola una quota del Fondo sanitario nazionale, non meno del 6 per cento, alla realizzazione degli obiettivi della legge, con l'aggiunta di risorse per investimenti necessari alle nuove strutture da realizzare, al fine di rendere civilmente accettabili le strutture di degenza per il tempo che rimangono in essere.

L'articolo 14 disciplina gli interventi sostitutivi delle USL e delle regioni in casi di inerzia rispetto ai provvedimenti disposti dalla legge e dalle conseguenti leggi regionali.

## PROPOSTA DI LEGGE

---

### ART. 1.

1. È istituita presso il Ministero della sanità la Consulta permanente per la salute mentale.

2. La Consulta di cui al comma 1 è composta da:

a) otto rappresentanti delle regioni, scelti tra esperti in possesso dei requisiti di particolare esperienza ed autorevolezza nel campo della promozione della salute mentale e delle trasformazioni dei servizi di assistenza psichiatrica, designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

b) tre esperti, in possesso dei requisiti di particolare esperienza ed autorevolezza nel campo della promozione della salute mentale, designati, rispettivamente, uno dal Consiglio sanitario nazionale, uno dall'Istituto superiore di sanità ed uno dal Consiglio nazionale delle ricerche;

c) tre rappresentanti designati dalle associazioni di utenti e familiari che operano nel campo della salute mentale maggiormente rappresentative in campo nazionale.

3. La Consulta è presieduta dal Ministro della sanità. Essa elegge a maggioranza semplice un vicepresidente, scelto tra i membri rappresentanti delle regioni.

4. Alla Consulta sono attribuite funzioni di consulenza e proposta nei confronti del Governo e delle regioni per la realizzazione delle linee generali d'intervento a tutela della salute mentale.

5. Alla Consulta sono sottoposti obbligatoriamente per il parere gli atti di indirizzo e di coordinamento del Governo, di cui all'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per la promozione della sa-



lute mentale. In particolare, la consulta provvede alla:

a) formulazione del parere sui livelli uniformi di assistenza per la salute mentale, le relative risorse, e sul progetto-obiettivo, ai sensi delle lettere b) e c) del comma 4 dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

b) assistenza e consulenza alle regioni nella pianificazione triennale, nella realizzazione dei servizi e nella predisposizione dei piani di superamento e di riconversione degli ospedali psichiatrici;

c) consulenza e proposta nella predisposizione dei piani di superamento e di riconversione degli ospedali psichiatrici anche al fine di assicurare interventi omogenei in tutto il Paese, tenendo conto dell'esigenza di promuovere forme di efficace integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali.

#### ART. 2.

1. Il Ministro della sanità, sentita la Consulta permanente di cui all'articolo 1, riferisce annualmente al Parlamento, con specifica relazione, sullo stato di avanzamento nella realizzazione dei servizi, sull'andamento dei trattamenti sanitari obbligatori, sul superamento degli ospedali psichiatrici pubblici e privati e delle case di cura private psichiatriche e neuropsichiatriche, rispetto ai programmi previsti dai progetti-obiettivo e dalle norme di indirizzo.

#### ART. 3.

1. La Consulta, per l'assolvimento dei compiti di cui all'articolo 1, commi 4 e 5, si avvale del supporto tecnico-scientifico di un osservatorio epidemiologico nazionale per la salute mentale da istituire entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge presso l'Istituto superiore di sanità, con compiti di monitoraggio delle problematiche relative alla

salute mentale, nonché delle attività programmate e degli obiettivi conseguiti su tutto il territorio nazionale.

ART. 4.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del piano sanitario nazionale e del progetto-obiettivo, predispongono, nell'ambito dei piani sanitari regionali, le indicazioni, gli obiettivi e la riorganizzazione delle strutture e dei servizi inerenti alla salute mentale.

2. Il piano sanitario regionale ed il progetto-obiettivo prevedono disposizioni finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

*a)* attivazione della ricerca e miglioramento delle conoscenze sui disturbi mentali, sui problemi di vita delle persone che ne soffrono e dei loro familiari e sul funzionamento dei servizi di salute mentale;

*b)* superamento degli ospedali psichiatrici pubblici e privati e delle case di cura private psichiatriche e neuropsichiatriche ai sensi dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 21 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638;

*c)* attivazione e potenziamento delle attività di salute mentale per l'età evolutiva;

*d)* promozione dell'integrazione funzionale dei dipartimenti di salute mentale con i servizi socio-assistenziali presenti sul territorio;

*e)* collaborazione tra i servizi di salute mentale, le associazioni operanti nel settore, le organizzazioni di volontariato e gli enti a carattere privato non speculativo, per attività di sostegno, socializzazione e reinserimento delle persone con disturbi psichici.

## ART. 5.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono la Consulta per la tutela della salute mentale, con compiti di consulenza e proposta nei confronti della regione e delle unità sanitarie locali relativamente alla predisposizione, all'attuazione e alla verifica del progetto-obiettivo regionale.

2. Le Consulte di cui al comma 1 possono avvalersi dell'osservatorio epidemiologico nazionale e, ove istituiti, di quelli regionali.

## ART. 6.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *a)* del comma 2 dell'articolo 4, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Consulta di cui all'articolo 5:

*a)* organizzano i flussi informativi per il monitoraggio qualitativo e quantitativo degli interventi effettuati e dei relativi costi;

*b)* predispongono piani di ricerca sui problemi di vita degli utenti dei servizi di salute mentale, sul funzionamento dei servizi che fanno capo al dipartimento di salute mentale, sul funzionamento degli istituti pubblici, privati e convenzionati per disabili psichici adulti e minori e sui loro problemi sanitari e sociali;

*c)* elaborano programmi per l'educazione sanitaria sui temi della promozione della salute mentale, sulla prevenzione delle forme di emarginazione e sul superamento delle istituzioni totali, attivando le quote vincolate allo scopo. Nella formulazione e nella gestione di tali programmi sono coinvolte anche le associazioni locali di utenti, familiari e cittadini che operino nel campo della salute mentale e della tutela dei diritti del malato.

## ART. 7.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale su base dipartimentale, secondo i principi e gli *standard* di cui al presente articolo. Le regioni definiscono, inoltre, per ogni unità sanitaria locale, il numero dei dipartimenti per la salute mentale, l'area di popolazione servita e la programmazione di attività. Per le unità sanitarie locali dotate di più dipartimenti per la salute mentale, le regioni dettano norme per assicurare un livello unitario di coordinamento e di direzione.

2. I dipartimenti per la salute mentale assicurano la globalità e la unitarietà degli interventi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei soggetti con disturbi psichici.

3. Ciascun dipartimento per la salute mentale è organizzato in modo tale da realizzare l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture e i servizi afferenti, al fine di garantire gli interventi terapeutici, nell'arco dell'intera giornata. In ogni caso, la legge regionale assicura che ciascun dipartimento sia costituito da un organico unico pluriprofessionale, comprendente il personale che funzionalmente opera nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, anche quando l'ospedale è costituito in azienda.

4. Le regioni e le province autonome garantiscono il raggiungimento dei seguenti *standard* operativi di servizio:

a) istituzione di centri di salute mentale, con attività garantite almeno per dodici ore al giorno, con obbligo di risposta all'urgenza, anche a domicilio e nei giorni festivi, e con funzioni preventive, terapeutiche, di assistenza domiciliare, ambulatoriale e di riabilitazione secondo programmi personalizzati. I centri assicurano l'intervento a livello territoriale quale punto di raccolta e presa in carico delle domande di assistenza e di organizzazione della risposta;

b) predisposizione di spazi ambulatoriali adeguati presso i dipartimenti per la salute mentale e presso le sedi ambulatoriali e poliambulatoriali distrettuali;

c) predisposizione di spazi di ospitalità per la gestione degli stati di crisi che non necessitano di ricovero in strutture ospedaliere;

d) riserva di posti letto nell'ospedale generale, integrati con altre attività specialistiche, in un rapporto di uno per diecimila abitanti e nel limite di non più di quindici posti letto per ospedale, per la diagnosi ed il trattamento sanitario, volontario e obbligatorio, in condizione di degenza ospedaliera;

e) costituzione di centri diurni destinati a soggetti che necessitano, durante il giorno, di interventi terapeutici e di riabilitazione;

g) creazione di strutture residenziali diversificate e personalizzate quali case-famiglia con non più di sei posti e comunità terapeutiche con non più di quindici posti letto ciascuna, con forme di protezione differenziata e flessibile in rapporto alle condizioni di salute e di autonomia degli utenti e all'andamento dei programmi terapeutico-riabilitativi, in numero sufficiente a coprire le domande derivanti dai programmi terapeutici.

5. Il dipartimento per la salute mentale assicura almeno lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) prevenzione ed intervento precoce in ambiente familiare e di lavoro, nonché in ambienti frequentati prevalentemente da adolescenti;

b) integrazione tra le attività del medico di base, del distretto sanitario e quelle del centro di salute mentale;

c) attivazione di funzioni di consulenza e di collaborazione, finalizzate al superamento delle strutture sanitarie ed assistenziali per disabili psichici;

d) elaborazione ed attuazione di programmi di formazione permanente degli

operatori del dipartimento per la salute mentale nell'ambito dei programmi propri e regionali;

e) attivazione, in ogni unità sanitaria locale, di programmi d'informazione ai cittadini in materia di educazione sanitaria sulla salute mentale;

f) interventi, all'interno dei penitenziari, sulla base di apposite intese e convenzioni tra unità sanitaria locale ed istituti carcerari, al fine di garantire il diritto alla salute dei cittadini detenuti; collaborazione, sulla base di intese tra le regioni e il Ministero di grazia e giustizia, tra il dipartimento per la salute mentale ed il servizio psichiatrico dell'ospedale psichiatrico giudiziario, allo scopo di consentire la riabilitazione e la dimissione di coloro che abbiano concluso il periodo di internamento o le cui condizioni siano tali da consentire la revoca anticipata della misura di sicurezza.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano dettano norme perché le aziende ospedaliere mettano a disposizione del dipartimento per la salute mentale i posti letto e gli spazi necessari per l'assistenza ai malati di mente in sede ospedaliera in regime di trattamento sanitario volontario e obbligatorio e garantiscano i servizi generali e di specialità a sostegno e ad integrazione delle attività di assistenza programmate dal dipartimento per la salute mentale. Nelle quote del fondo sanitario nazionale erogate dalle regioni e dalle province autonome alle aziende ospedaliere, in applicazione della lettera a) del comma 7 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono compresi gli oneri per l'assistenza resa dall'ospedale al dipartimento per la salute mentale della unità sanitaria locale di riferimento.

7. Per l'applicazione delle disposizioni di cui al comma 6 le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano apposite convenzioni obbligatorie.

## ART. 8.

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le università stipulano protocolli d'intesa nei quali è previsto che:

a) le cliniche psichiatriche universitarie e gli istituti di psicologia svolgono attività di ricerca e di formazione in funzione delle necessità emergenti dal modello di servizio concentrato sul dipartimento per la salute mentale, nonché i corsi relativi ai diplomi di infermiere professionale, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta occupazionale e della riabilitazione, secondo quanto previsto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. All'attività di ricerca e studio svolta nell'ambito delle intese partecipano, secondo le qualifiche e le competenze, gli operatori del dipartimento per la salute mentale. Le attività di formazione del personale che opera nel dipartimento per la salute mentale si svolgono nell'ambito dei servizi e dei presidi delle unità sanitarie locali di riferimento;

b) le cliniche psichiatriche universitarie possono avere la responsabilità di un dipartimento per la salute mentale qualora nella unità sanitaria locale siano attivati più dipartimenti, e partecipano all'attività del dipartimento qualora esso sia unico nell'ambito dell'unità sanitaria locale medesima. Nell'organizzazione dipartimentale le cliniche psichiatriche universitarie si attengono ai principi organizzativi e funzionali stabiliti dalla normativa regionale. Sono fatte salve le attività terapeutiche, didattiche e di ricerca rivolte ad aspetti psico-patologici specifici di peculiare interesse delle cliniche e degli istituti universitari.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere interessate stipulano congiuntamente accordi con le università per l'attuazione dei protocolli d'intesa di cui al comma 1.

## ART. 9.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *b)* del comma 2 dell'articolo 4, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano stabiliscono:

*a)* la riconferma del divieto di ogni forma di nuovo ricovero negli ospedali psichiatrici pubblici e privati e del trattamento sanitario obbligatorio nelle case di cura private psichiatriche e neuropsichiatriche;

*b)* misure e progetti mirati per il superamento definitivo, entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, degli ospedali psichiatrici pubblici e privati con programmi di dimissioni personalizzate, sostenute da adeguati supporti sanitari e sociali alla famiglia e con la realizzazione delle strutture di cui all'articolo 7, comma 4;

*c)* l'affidamento al dipartimento o ai dipartimenti delle unità sanitarie locali competenti per territorio, delle responsabilità nella gestione dell'ospedale psichiatrico, da considerare struttura ad esaurimento, per il quale sono disposti interventi in conto capitale per il miglioramento della condizione alberghiera ed al quale sono assicurate adeguate dotazioni di personale per realizzare una dignitosa qualità della vita ed un efficace percorso riabilitativo dei degenti;

*d)* la riconversione delle aree e delle strutture degli ospedali psichiatrici sulla base di piani che devono, comunque, escludere il loro utilizzo ad uso psichiatrico e sanitario in qualunque forma. Il ricavato da eventuali alienazioni deve essere messo a disposizione del progetto di attivazione e potenziamento delle strutture e delle attività del dipartimento per la salute mentale di cui all'articolo 7. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assumono tutte le decisioni necessarie a coinvolgere nel programma di superamento degli ospedali, pubblici e privati, e delle case di cura psichiatriche e neuropsichiatriche, gli enti territoriali, le



unità sanitarie locali interessate con i relativi servizi sanitari sociali e, quando necessario, le regioni di provenienza dei ricoverati che sono, comunque, tenute al pagamento della degenza.

2. Le convenzioni in vigore con le case di cura private psichiatriche e neuropsichiatriche decadono dal 1° gennaio 1994, ai sensi del comma 5 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, fatto salvo quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 8 del medesimo decreto legislativo. Le regioni possono definire con le case di cura psichiatriche e neuropsichiatriche appositi rapporti fondati sulla corresponsione di un corrispettivo preordinato a fronte delle prestazioni rese. Le case di cura private, al fine di stabilire i rapporti di cui al comma 1 del presente articolo, riconvertono le proprie attività in funzione delle esigenze assistenziali e dei percorsi terapeutici dei dipartimenti per la salute mentale e sulla base degli *standard* operativi di servizio di cui all'articolo 7, comma 4, della presente legge.

3. Il dipartimento per la salute mentale presenta annualmente una relazione all'unità sanitaria locale sul funzionamento delle case di cura private di riferimento e sui processi della loro conversione.

#### ART. 10.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera e) del comma 2 dell'articolo 4, le regioni predispongono schemi tipo di convenzione per disciplinare e sostenere i rapporti di collaborazione da istituire fra le unità sanitarie locali e le associazioni del volontariato, le cooperative di tipo sociale e gli enti privati senza finalità di lucro, per la loro partecipazione alla programmazione delle attività di promozione della salute mentale, per la gestione delle strutture diurne e residenziali e per l'inserimento al lavoro di persone istituzionalizzate negli ospedali psichiatrici o affette da disturbi psichici.

## ART. 11.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *c)* del comma 2 dell'articolo 4, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le consulte di cui all'articolo 5:

*a)* disciplinano le attività territoriali per la promozione della salute mentale nell'età evolutiva in stretta integrazione tra il dipartimento per la salute mentale, i servizi materno-infantili, gli eventuali presidi ospedalieri o universitari di neuropsichiatria infantile ove esistono, le strutture scolastiche, le specifiche organizzazioni di volontariato ed i servizi socio-assistenziali ed educativi;

*b)* disciplinano le attività territoriali per la tutela della salute psichica della seconda adolescenza;

*c)* predispongono, nell'ambito dell'osservatorio epidemiologico regionale, ove esistente, ricerche sull'efficacia di differenti modalità di inserimento in ambito scolastico e sugli interventi preventivi di riqualificazione dei servizi atti a ridurre la frequenza di *handicap* e disturbi mentali infantili;

*d)* promuovono il coinvolgimento dei familiari degli utenti dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva.

## ART. 12.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *d)* del comma 2 dell'articolo 4, le regioni definiscono le modalità di integrazione funzionale dei dipartimenti per la salute mentale con i servizi socio-assistenziali al fine di consentire un uso integrato delle risorse e delle strutture residenziali e semiresidenziali a carattere socio-assistenziale. Le regioni promuovono e, per quanto di competenza, attuano il coordinamento tra unità sanitarie locali ed enti locali con competenze socio-assistenziali, al fine di assicurare i seguenti

interventi a favore delle persone portatrici di disturbi psichici:

a) assistenza economica individuale e familiare;

b) mantenimento in case-famiglia e strutture residenziali;

c) sostegno e reinserimento lavorativo;

d) forme di agevolazione e di sostegno economico e normativo a favore di cooperative finalizzate e corsi di preformazione e formazione professionale;

e) quote vincolate di alloggi economici popolari.

2. Fino all'approvazione della riforma dell'assistenza, ai sensi ed agli effetti dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, devono intendersi come attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali e, pertanto, a carico del Fondo sanitario nazionale, l'assistenza in denaro a scanzo ricovero, quella domiciliare, le comunità alloggio e le case-famiglia per disabili psichici, le strutture diurne socio-riabilitative, i soggiorni estivi, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i ricoveri in strutture o residenze sanitarie assistite, sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza domiciliare.

#### ART. 13.

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge e per la gestione complessiva degli interventi a promozione della salute mentale, sia di carattere sanitario che sociale, è vincolata una quota di spesa corrispondente, per il triennio 1993-1995, a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale; è altresì vincolata una quota pari all'8 per cento dello stanziamento previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, per interventi di costruzione e ristrutturazione delle strutture previste dalla presente

legge. I finanziamenti vincolati sono attribuiti in ogni unità sanitaria locale sotto forma di *budget* al dipartimento per la salute mentale.

ART. 14.

1. Qualora le unità sanitarie locali non provvedano entro i termini previsti dalla normativa regionale all'istituzione del dipartimento per la salute mentale, il presidente della giunta regionale, previa diffida, nomina un commissario *ad acta* il quale istituisce uno o più dipartimenti per la salute mentale, reperendo il personale necessario anche in deroga alle normative vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti.

2. In caso di omissione da parte degli organi regionali degli adempimenti previsti dalla presente legge, si applicano le disposizioni di cui al comma 2 dell'articolo 6 della legge 23 ottobre 1985, n. 595.