

CAMERA DEI DEPUTATI N. 292

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

RENZULLI, AMATO, ARTIOLI

Norme per l'attivazione degli interventi
per la tutela della salute mentale

Presentata il 23 aprile 1992

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge 13 maggio 1978, n. 180, recepita anche nelle disposizioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha rappresentato un passaggio fondamentale per il superamento del manicomio come struttura cardine per l'assistenza ai malati mentali e per il cambiamento della concezione del paziente psichiatrico spedito in quanto pericoloso a sé o agli altri o perché di pubblico scandalo.

L'antica concezione sul disagio mentale, sostenuta dalla teoria positivista, secondo cui la malattia psichiatrica era da considerarsi congenita, inguaribile e progressiva, è stata rovesciata. Si è andato progressivamente consolidando il convincimento di potere, e quindi dovere intervenire, sia dal versante medico che dal versante sociale, allestendo un modello di intervento che tende al recupero ed al reinserimento del soggetto malato.

Ed è in questa direzione che dal 1978 ad oggi si è lavorato e si deve continuare ad operare, affrontando quelle lacune che si sono evidenziate nel corso dell'attuazione della legge.

Dai dati forniti dal Ministero della sanità e dalla indagine svolta dalla Commissione Igiene e sanità del Senato nel corso della X legislatura, emerge in modo netto una obiettiva situazione di risposta solo parziale al bisogno attuale per la tutela della salute mentale.

A distanza di quattordici anni si sono palesemente evidenziate alcune carenze dell'impianto legislativo che hanno contribuito, insieme ad altre responsabilità nazionali e degli enti locali, a determinare vuoti di intervento che rischiano, se non corretti, di minare alle radici i principi innovatori alla base della riforma.

La mancanza delle strutture residenziali e semiresidenziali in gran parte del

Paese, la sussistenza dei vecchi manicomi, la carenza strutturale e funzionale dei servizi privi di *standard* di riferimento, il personale non adeguato e per lo più privo di formazione e aggiornamento, le cliniche universitarie psichiatriche avulse dai servizi, sono alcuni tra gli aspetti negativi oggi presenti.

Di fronte a tale situazione ci chiediamo se sia giusto continuare a sostenere che la legge n. 180 del 1978 è perfetta e che le carenze riscontrate siano dovute esclusivamente alla mancata o cattiva applicazione da parte delle regioni e delle unità sanitarie locali ed alla scarsità dei finanziamenti.

Va invece preso atto, da tutte le forze politiche e sociali, che nell'impostazione che ha portato alla legge n. 180 del 1978, vi erano dei presupposti sbagliati con conseguenti carenze normative della legge.

In particolare, sulla base di quanto emerso dal 1978 ad oggi, si può affermare che la malattia psichiatrica non è solo di origine sociale ma va inquadrata in una causalità multifattoriale biologica, psicologica e sociale e che il mancato riconoscimento della cronicità, anche al di fuori del manicomio, ha favorito l'insorgere delle situazioni di abbandono e l'esplosione ricorrente di problematiche gravi all'interno delle famiglie, anch'esse abbandonate e quindi sgomentate di fronte alla drammaticità del problema da affrontare.

Partendo dalle nuove conoscenze e realtà della psichiatria dobbiamo quindi intervenire in tempi brevi e con risposte di carattere normativo chiare, precise, concretamente attuabili e finanziate, esplicitamente.

L'articolo 1 della presente proposta di legge istituisce la Commissione nazionale permanente per la psichiatria come punto centrale di coordinamento delle attività inerenti alla salute mentale in tutto il territorio nazionale.

L'articolo 2 detta le norme per il dipartimento di salute mentale, prevedendo specificatamente i servizi e le strutture delle quali deve essere dotato nonché i relativi *standard*.

L'articolo 3 integra le norme già previste per il trattamento sanitario obbligatorio autorizzando, nell'interesse dell'infermo, in attesa del provvedimento del sindaco, gli interventi di urgenza strettamente necessari.

Gli articoli 4 e 5 disciplinano il personale del dipartimento di salute mentale e ne garantiscono la formazione e l'aggiornamento.

L'articolo 6 definisce i rapporti con le cliniche universitarie, prevedendo il collegamento con il dipartimento di salute mentale.

L'articolo 7 indica il superamento e la riconversione degli ospedali psichiatrici.

L'articolo 8 si occupa dei rapporti con le case di cura private e della possibilità di convenzioni con associazioni ed enti che operano nel settore.

L'articolo 9 istituisce a livello regionale la commissione di vigilanza sulle attività e sui risultati del dipartimento di salute mentale.

L'articolo 10 disciplina il rapporto con gli enti locali.

L'articolo 11 definisce le attività di prevenzione della salute mentale.

L'articolo 12 concerne la tutela dei diritti degli utenti del dipartimento.

L'articolo 13 prevede la possibilità di dare in concessione strutture pubbliche per le attività del dipartimento di salute mentale.

L'articolo 14 stabilisce i poteri sostitutivi in caso di inadempienza da parte della unità sanitaria locale e della regione.

L'articolo 15, sul finanziamento, prevede precisi stanziamenti per l'attuazione di tutti gli obiettivi indicati dalla legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Istituzione della Commissione nazionale permanente per la psichiatria).

1. È istituita, presso il Ministero della sanità, la Commissione nazionale permanente per la psichiatria, di seguito denominata « Commissione », organo di consulenza scientifica che svolge le seguenti attività:

a) acquisisce di elementi specifici di conoscenza sullo stato dei servizi di salute mentale, sui programmi regionali, sull'esecuzione del progetto obiettivo del piano sanitario nazionale e sui risultati conseguiti;

b) avanza proposte al Ministero della sanità in merito all'adozione di atti di indirizzo alle regioni e svolge attività di consulenza;

c) attiva meccanismi di concertazione con le regioni per la raccolta e archiviazione standardizzata delle informazioni per la diffusione delle conoscenze acquisite, delle esperienze compiute e per la omogeneizzazione delle prassi;

d) incentiva, verifica e coordina i programmi di aggiornamento e formazione professionale degli operatori dei servizi e delle attività di prevenzione.

2. La Commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) il vicepresidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche (CNR);

d) sei esperti designati dalle regioni;

e) due rappresentanti dei familiari dei malati di mente indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative;

f) tre esperti designati dal Ministro della sanità;

g) due esperti designati dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto designato dal Ministro per gli affari sociali;

i) un esperto designato dal Ministro dell'interno;

l) un esperto designato dal Ministro di grazia e giustizia.

3. Il Ministro della sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, con proprio decreto, alla nomina dei componenti e all'attivazione della Commissione. La Commissione propone al Ministro della sanità le modalità organizzative di coordinamento di gruppi di lavoro con cui garantire il permanente funzionamento ed il conseguimento dei fini previsti. La Commissione opera presso la Direzione generale degli ospedali, nel cui ambito è istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche e avvalendosi di consulenti, l'ufficio speciale per la tutela della salute mentale. La Commissione si riunisce in forma plenaria almeno due volte l'anno.

4. L'ufficio speciale per la tutela della salute mentale di cui al comma 3 svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto all'attività della Commissione, di cui è organo tecnico. In particolare, l'ufficio speciale coadiuva la Commissione a:

a) verificare in termini di efficienza e di efficacia le attività dei dipartimenti di salute mentale nelle unità sanitarie locali di cui all'articolo 2;

b) raccogliere ed elaborare dati statistici e di gestione dei dati epidemiologici sull'andamento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche, avvalendosi del sistema informativo sanitario e di osservatori esterni permanenti;

c) proporre *standard* per il funzionamento ottimale dei servizi;

d) promuovere studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico ed organizzativo, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

e) proporre criteri per l'aggiornamento del personale;

f) curare i rapporti con gli organismi internazionali, promuovere scambi di informazione ed esperienze con altri Paesi.

5. Il Ministro della sanità redige un rapporto annuale sullo stato di attuazione della presente legge e ne dà comunicazione al Parlamento.

ART. 2.

(Dipartimento di salute mentale).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale su base dipartimentale, entro quattro mesi dalla data di approvazione del relativo progetto obiettivo del piano sanitario nazionale, secondo i principi e gli *standard* di cui al presente articolo e secondo moduli stabiliti dal progetto medesimo. Le regioni definiscono inoltre per ogni unità sanitaria locale il numero dei dipartimenti, l'area di popolazione servita e l'eventuale programmazione di attività, anche di livello regionale o nazionale.

2. Il dipartimento di salute mentale è organizzato in modo da realizzare l'integrazione funzionale tra gli operatori, le strutture ed i servizi afferenti, al fine di garantire la continuità terapeutica e l'unitarietà degli interventi integrati pluridisciplinari.

3. Il dipartimento di salute mentale ha come compiti istituzionali:

a) la prevenzione, la diagnosi, la terapia e la riabilitazione delle patologie di pertinenza psichiatrica per i soggetti di età superiore a 14 anni;

b) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di competenza specialistica;

c) il collegamento funzionale con le attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi psichici dell'infanzia ed età evolutiva;

d) la consulenza intra ed extraospedaliera sui temi inerenti al disagio ed alla sofferenza psichica di pazienti affetti da altre patologie ed abuso di sostanze;

e) il collegamento funzionale con la medicina di base e le attività distrettuali, con gli altri servizi specialistici e con le attività socio-sanitarie per la popolazione anziana;

f) il controllo del funzionamento delle strutture private relativamente ai servizi psichiatrici;

g) la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei flussi informativi emergenti dalle ricerche e dalle attività terapeutiche per codificare parametri sulla qualità delle prestazioni, sugli *standard* terapeutici, sui loro costi e benefici e sulla validità delle metodologie di lavoro. Tale attività fa riferimento all'osservatorio epidemiologico regionale e alla Commissione;

h) l'aggiornamento e la formazione professionale del personale afferente al dipartimento stesso, di concerto con gli organi regionali e con la Commissione.

4. Le funzioni generali quali la prevenzione, la diagnosi, la cura, l'assistenza, la riabilitazione e la integrazione sociale e le funzioni di risposta urgente, a tempo breve o lungo, sono attività complesse e integrate non identificabili in assoluto nelle singole strutture, ma nel loro insieme dipartimentale. A tal fine, il dipartimento di salute mentale svolge tutte le funzioni necessarie all'adempimento dei compiti di cui al comma 3.

5. Il dipartimento di salute mentale comprende le seguenti strutture:

a) il centro di salute mentale con compiti di prevenzione ed educazione sanitaria, diagnosi, terapia e riabilitazione. Esso assicura, almeno per i giorni feriali e per dodici ore al giorno, le attività in sede ambulatoriale, domiciliare e di accoglimento, ivi comprese quelle territoriali a carattere d'urgenza. Può inoltre predisporre strutture di ospitalità di cui alla lettera b), o al proprio interno, o nelle strutture residenziali ad esso collegate;

b) le strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali con compiti di terapia, riabilitazione e reinserimento sociale per l'attuazione di programmi di medio e lungo periodo. Esse sono:

1) la struttura sanitaria semiresidenziale di terapia e riabilitazione (centro diurno o *day-hospital*), dotata di almeno dieci posti ogni 100.000 abitanti; è destinata ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di riabilitazione;

2) la struttura residenziale con assistenza sanitaria continuativa, dotata di almeno quindici posti letto ogni 100.000 abitanti, con opportunità di gruppo alloggi; è destinata ad ospitare soggetti che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi non erogabili a domicilio o nella struttura semiresidenziale con conseguente necessità di gradienti di assistenza protratta o continua; per ogni malato ospitato è formulato un progetto terapeutico-riabilitativo integrato e personalizzato che evidenzia gli obiettivi sanitari dell'ospitalità;

3) la comunità protetta a carattere riabilitativo destinata ai malati degli ex-ospedali psichiatrici che sono carenti di supporto familiare e che necessitano di assistenza psichiatrica di tipo intermedio tra le strutture di cui ai numeri 1) e 2); di norma è realizzata mediante l'utilizzo di nuove strutture nelle unità sanitarie locali che non sono sede di ex ospedale psichia-

trico, o, eccezionalmente, mediante la riconversione limitata a questo fine e ad esaurimento di alcune strutture degli ex ospedali psichiatrici, all'interno del progetto informatore del loro superamento; è dotata di almeno dieci posti letto ogni 100.000 abitanti, insieme o in gruppo alloggi, secondo moduli indicati nel progetto obiettivo del piano sanitario nazionale;

c) la struttura ospedaliera con servizio psichiatrico di diagnosi e cura, con compiti di terapia dei malati in fase acuta. Il servizio è ubicato presso gli ospedali pubblici o cliniche universitarie, accoglie trattamenti volontari e obbligatori ed è dotato al massimo di sedici posti letto ogni 100.000 abitanti;

d) le strutture per l'emergenza psichiatrica supporto del dipartimento di salute mentale che, nel suo insieme, assolve alla funzione di provvedere, avvalendosi anche dell'istituto della reperibilità, all'assistenza dei pazienti in condizioni di emergenza, ventiquattro ore su ventiquattro nell'ambito territoriale di competenza. Esse si articolano in:

1) unità mobile d'urgenza: garantisce gli interventi territoriali urgenti nelle ore in cui il centro di salute mentale non è in funzione; in ogni caso deve essere in collegamento funzionale con il dipartimento di emergenza o il pronto soccorso, nonché con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura di cui alla lettera c);

2) pronto soccorso: è collocato in strutture ospedaliere pubbliche presso le quali coesistono un dipartimento di emergenza od un pronto soccorso generale ed un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, al quale è funzionalmente aggregato.

6. Il dipartimento di salute mentale ha un direttore medico psichiatra nominato secondo le vigenti norme legislative e contrattuali, che deve garantire l'integrazione funzionale di cui al comma 2 e, nel rapporto del dipartimento con i malati, la continuità terapeutica e l'approccio integrato pluriprofessionale. Presiede un uffì-

cio di coordinamento del quale fanno parte ciascun medico in posizione apicale dei servizi del dipartimento di salute mentale.

ART. 3.

(Accertamento e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per la malattia mentale).

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

« ART. 34. — *(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale).* — 1. Per gli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori nei confronti di persone affette da malattia mentale valgono le norme di cui all'articolo 33. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati dai servizi del dipartimento di salute mentale di norma a richiesta della persona interessata, con il suo consenso e nel rispetto delle sue relazioni nel naturale ambiente di vita.

2. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengono accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il trattamento sanitario obbligatorio è attuato solo dopo che sia stato espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del malato.

3. Il trattamento sanitario obbligatorio è richiesto da un medico con proposta motivata, che deve essere convalidata dal medico psichiatra responsabile o dal medico in servizio del dipartimento di salute mentale o, in loro carenza nel territorio, dal medico di guardia medica. I due medici non debbono avere rapporti di parentela con il malato, né tra loro.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio in ambiente ospedaliero, disposto dal sindaco, è attuato nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura, all'interno delle strutture dipartimentali comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. L'esecuzione del provvedimento con cui si dispone il trattamento obbligatorio compete all'autorità sanitaria ed ai suoi organi esecutivi, che si avvalgono dell'assistenza sanitaria del personale del dipartimento di salute mentale. Qualora vi sia uno stato di necessità tale da non potersi diversamente operare per preservare il malato dal pericolo imminente e attuale di danno grave alla propria persona, il medico che, con proposta motivata, avvia la procedura del trattamento sanitario obbligatorio, provvede, in attesa dell'ordinanza del sindaco, a tutti gli interventi di urgenza necessari nell'interesse del malato, richiedendo anche, ove indispensabile, l'intervento della forza pubblica. Di tale stato di necessità e dei relativi interventi, il medico deve dare resoconto scritto nella proposta o nella convalida che sono inviate all'autorità sanitaria locale ai sensi degli articoli 33 e 35. In ambiente ospedaliero, gli stessi poteri sono attribuiti anche al medico del dipartimento di salute mentale che è responsabile dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio. Eccezionalmente, il medico psichiatra responsabile del dipartimento di salute mentale dispone che il trattamento sanitario obbligatorio si svolga, sentita la famiglia, in ambiente extraospedaliero, purché siano assicurate idonee forme di assistenza e terapia.

5. Di tutti gli atti, temporaneamente limitativi della libertà dell'individuo per stato di necessità, il medico deve dare l'avallo e le disposizioni esplicite nella cartella clinica.

6. Tutti i provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio disposti dal sindaco sono comunicati all'autorità giudiziaria secondo le modalità e per i fini previsti dall'articolo 35 ».

ART. 4.

(Personale).

1. L'organico del dipartimento di salute mentale è unico e pluriprofessionale ed è definito entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Il decreto di cui al comma 1 deve prevedere in particolare la presenza di personale amministrativo ed ausiliario e le seguenti figure professionali: psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, infermiere specializzato in assistenza psichiatrica, terapeuta occupazionale, educatore professionale.

ART. 5.

(Formazione ed aggiornamento professionale).

1. La formazione e l'aggiornamento professionale si svolgono permanentemente e sono promossi dal dipartimento di salute mentale di concerto con la regione e l'unità sanitaria locale competente per territorio in sintonia e collegamento con le iniziative della Commissione. Tutto il personale è tenuto a partecipare attivamente in orario di servizio.

2. Possono altresì essere previste ulteriori attività di formazione ed aggiornamento al di fuori dell'orario di servizio. Le modalità di attuazione ed organizzazione delle attività di formazione ed aggiornamento sono definite dalle amministrazioni interessate previa contrattazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del personale, sulla base di quanto previsto dagli accordi di lavoro.

ART. 6.

(Rapporti con le università).

1. Le università ove siano ricomprese facoltà mediche partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, hanno la responsabilità o di un dipartimento di salute mentale qualora sussistano più dipartimenti nella stessa unità sanitaria locale, o di almeno tre delle strutture elencate al comma 5 dell'articolo 2. Per le sedi universitarie dislocate in più poli di insegnamento, è garantito che ad ogni polo venga affidata la responsabilità di un dipartimento o di almeno tre delle strutture di cui al comma 5 dell'articolo 2. Le università sono abilitate a svolgere, anche a livello regionale e nazionale, attività diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e di assistenza di secondo livello per patologie particolari.

2. Le università, nello svolgimento dell'attività di cui al comma 1, si attengono ai principi organizzativi e funzionali stabiliti per i dipartimenti di salute mentale.

3. È assicurata in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

4. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano ad organizzare la ricerca e la didattica in funzione alle necessità emergenti dal modello di servizio centrato sul dipartimento di salute mentale. All'attività di ricerca e di studio svolta nell'ambito delle convenzioni partecipano secondo le qualifiche e le competenze gli operatori del dipartimento di salute mentale indipendentemente dall'ente di appartenenza.

ART. 7.

(Ospedali psichiatrici).

1. Nell'ambito del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, le aree e gli edifici di pertinenza degli ex-ospedali psichiatrici, in cui è vietato il ricovero per malattia mentale ai sensi dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, purché non diversamente utilizzati alla data di entrata in vigore della presente legge e passati in proprietà agli enti locali, sono utilizzati prioritariamente per strutture sanitarie non psichiatriche, per residenze sanitarie assistenziali, per strutture non sanitarie, nonché per l'attivazione delle strutture ad esaurimento di cui al numero 3) della lettera *b*) del comma 5 dell'articolo 2.

2. I necessari progetti di superamento e di riconversione degli ospedali psichiatrici sono deliberati dalle unità sanitarie locali competenti per territorio, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. I proventi ricavati dalla alienazione dei beni degli ospedali psichiatrici sono da utilizzare per il funzionamento delle strutture e dei servizi dei dipartimenti di salute mentale.

4. Fino ad estinzione degli ospedali psichiatrici, i presidi ospedalieri garantiscono gli *standard* previsti per legge e sono parte integrante del dipartimento di salute mentale in cui sono ubicati territorialmente.

ART. 8.

(Strutture e servizi convenzionati).

1. Le convenzioni con le strutture private possono essere adottate dalle regioni previa richiesta della unità sanitaria locale di riferimento territoriale con inserimento della loro attività in affiancamento

e non in sostituzione dei servizi erogati dal dipartimento di salute mentale.

2. L'accesso alla struttura convenzionata avviene su richiesta del medico del dipartimento di salute mentale, sulla base del progetto terapeutico-riabilitativo. Il periodo di degenza nelle strutture convenzionate e il progetto della dimissione sono attuati in collegamento con il dipartimento di salute mentale. Il dipartimento di salute mentale annualmente redige una relazione alla unità sanitaria locale sullo stato di attuazione delle convenzioni; in caso di inadempienza delle strutture, la convenzione decade.

3. Per il conseguimento, anche parziale, degli obiettivi fissati dalla presente legge le unità sanitarie locali e le regioni possono stipulare apposite convenzioni con associazioni e con enti iscritti ad uno specifico albo regionale, previa verifica del possesso dei seguenti requisiti:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato o natura di associazione riconosciuta o riconoscibile ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile;

b) disponibilità di locali e attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta;

c) personale sufficiente ed esperto in materia di psichiatria, in possesso dei requisiti fissati dal decreto ministeriale di cui all'articolo 4.

4. Il diniego di iscrizione negli albi deve essere motivato con espresso riferimento al possesso dei requisiti minimi di cui al comma 3, e al possesso degli eventuali requisiti specifici richiesti dalla legislazione regionale ai sensi del comma 5.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno degli enti, stabiliscono gli eventuali requisiti specifici, le modalità di accertamento e certificazione dei requisiti indicati alle lettere b) e c) del comma 3 e le cause che danno luogo alla cancellazione dagli albi.

6. Gli enti ed associazioni iscritti in un albo, che hanno più sedi operative, in Italia o all'estero, devono iscriverle separatamente ciascuna nell'albo territorialmente competente; dette sedi debbono possedere i requisiti indicati alle lettere *b)* e *c)* del comma 3. Per le sedi operative situate all'estero, è territorialmente competente l'albo presso il quale è stata iscritta la sede centrale o, in subordine, l'albo presso il quale è stata effettuata la prima iscrizione.

ART. 9.

(Commissione regionale).

1. È costituita a livello regionale una Commissione per la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati del dipartimento di salute mentale, con funzioni consultive e di proposta.

2. La Commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità, competente per i dipartimenti di salute mentale e composta dall'assessore regionale ai servizi sociali e, secondo la legge regionale di cui al comma 1 dell'articolo 2, da esperti designati dalla regione, da docenti universitari, dai direttori dei dipartimenti di salute mentale, da rappresentanti delle associazioni dei familiari dei malati di mente.

ART. 10.

(Rapporti tra gli enti locali).

1. Le regioni definiscono le modalità di integrazione funzionale dei dipartimenti di 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-assisten-

ziali, 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.

ART. 11.

(Attività di prevenzione della salute mentale).

1. La regione promuove, in stretta connessione con quanto elaborato e programmato dalla Commissione:

a) studi specifici con l'obiettivo di individuare i vari fattori di rischi biologici, psicologici e sociali che sottendono i disturbi psichiatrici, di valutarne il peso specifico e interattivo e di verificare l'efficacia dei programmi indirizzati al loro controllo;

b) attività stabili ed organiche di prevenzione secondaria mediante l'organizzazione di servizi pluriprofessionali per la salute mentale dell'infanzia e dell'età evolutiva, strettamente interconnessi con il dipartimento di salute mentale;

c) attività di educazione ed informazione, in particolare volta al settore scolastico;

d) attività di solidarietà sociale al fine di ridurre i fattori di rischio e iniziative di aiuto e di volontariato per le situazioni di disagio.

ART. 12.

(Tutela dei diritti).

1. Deve essere sempre garantito l'esercizio dei diritti dell'utente del dipartimento di salute mentale, compreso il diritto alla miglior cura possibile, all'accogliimento e al rapporto terapeutico riabilitativo personalizzato, alla migliore qualità di vita possibile, al rispetto della dignità, della riservatezza e della integrità personale, nonché quello relativo ai beni.

ART. 13.

(Concessione di strutture).

1. Alle unità sanitarie locali possono essere date in uso con convenzione per una durata almeno decennale, con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per gli affari sociali, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, al fine di destinarle alle attività del dipartimento di salute mentale.

2. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso gratuito agli enti e alle associazioni riconosciute di cui alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 8, beni mobili di loro proprietà con vincolo di destinazione alle attività di prevenzione, recupero e reinserimento, anche lavorativo, del paziente psichiatrico.

ART. 14.

(Poteri sostitutivi).

1. Entro un anno dall'emanazione del decreto di cui all'articolo 4, in ogni unità sanitaria locale è istituito il dipartimento di salute mentale con tutti i servizi e le strutture previste all'articolo 2 in rapporto agli abitanti rientranti nell'ambito dell'unità sanitaria locale. Qualora le unità sanitarie locali non provvedano entro il predetto termine, il presidente della giunta

regionale nomina un commissario *ad acta*, il quale istituisce il dipartimento di salute mentale reperendo il personale necessario anche in deroga alle normative vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti. Il commissario assegna altresì alla unità sanitaria locale, utilizzando i fondi stanziati dalla regione per la psichiatria, le risorse finanziarie necessarie per l'approntamento delle strutture previste dalla presente legge.

2. Qualora, entro i trenta giorni dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale non abbia ancora nominato il commissario *ad acta*, quest'ultimo è nominato con decreto del Ministro della sanità.

ART. 15.

(Finanziamento).

1. Le attività per la tutela della salute mentale, sono finanziate con i fondi assegnati dal Fondo sanitario nazionale a destinazione vincolata.