

Norme per l'assistenza e la tutela delle persone con disturbi mentali

(prodotte da Associazione Psiche 2000)

Premessa

L'esser riusciti a liberare il Paese dall'esperienza manicomiale costituisce da oltre vent'anni il nodo del dibattito svoltosi nel nostro Paese e, come accade nel fervore di un dibattito ideologico, può verificarsi che l'ideologia invada lo spazio proprio della legislazione.

Questo non nega alcuni meriti della legge 180 e conseguentemente della legge 833 che ha istituito il servizio sanitario nazionale. Le leggi n°180 e n°833 del 1978 sono nate sulla spinta di soluzioni legislative avanzate in molti punti ed errate in altri, perchè non hanno previsto l'obbligatorietà di alcuni investimenti e la possibile revisione di alcune soluzioni, nell'evoluzione delle esperienze ed il verificarsi di necessità di intervento.

Purtroppo molti dei meriti teorici sono rimasti a livello di "intenzioni" o semplicemente a livello di dibattiti feroci o fumosi, anche con l'intento non dichiarato di proteggere "le sedie" occupate da anni da molti psichiatri.

Tali leggi si sono rivelate carenti perché prive di strumenti, di misure organizzative e finanziarie, di regole e responsabilità precise obbligatoriamente applicabili, capaci di garantire la cura di quanti soffrono di disturbi psichici senza scaricarne sulle famiglie tutta la responsabilità.

Sono comunque evidenti, di fatto, le inadempienze o meglio le lacune dell'attuale legislazione, che include anche il Progetto obiettivo nazionale:

1) scarsa od inesistente, è stata l'attenzione specifica ai problemi della salute mentale in età evolutiva e lo sviluppo di strategie di prevenzione, praticamente assenti nelle scuole

2) il Centro di salute mentale, che dovrebbe essere il fulcro della Psichiatria, funziona se ci sono operatori adeguati, capaci e motivati; purtroppo questo avviene in ben poche Asl. E' necessario responsabilizzare questi operatori, altrimenti rischiamo di passare altri vent'anni in chiacchiere.

3) la cronicità dei pazienti, dimenticata dal legislatore, e la non consapevolezza della malattia, ha prodotto devastanti sofferenze ai pazienti e loro familiari

4) il non aver posto l'attenzione sulle responsabilità di chi a tutti i livelli doveva applicare quanto previsto;

5) l'aver predisposto, con gravissimo ritardo dei progetti obiettivi regionali e nazionali che sono in gran parte pure utopie perché non sono cogenti e non hanno la forza di legge essendo di fatto dei regolamenti.

Infatti la loro applicazione dipende quasi esclusivamente dalla "sensibilità" di singole figure a livello politico, Dirigenziale della Regione e locale delle Asl, quali i Direttori Generali, i medici e paramedici.

6) Esiste il problema relativo al trattamento sanitario obbligatorio che non è espletato ancora con modalità di garanzia per il cittadino. Il TSO non è solo un problema psichiatrico-medico, ma riguarda anche il giurista, è necessario trovare un equilibrio tra la libertà del singolo, la responsabilità sociale e il problema della malattia nel momento della crisi acuta che non può essere affrontato con ore di ritardo solo perché ci sono passaggi, carte da fare, e palleggi di responsabilità.

7) L'ospedale civile al quale viene assegnato l'onere del ricovero psichiatrico, non è stato spesso capace di rispondere alle esigenze del ricoverato che non ha bisogno solo di "posti letto", ma anche di un ambiente vivibile, dove il trascorrere del tempo non sia più alienante della stessa malattia. Gli spazi dei reparti ospedalieri, sono spesso angusti se non dei veri mini-manicomi.

8) Troppo poche sono le Comunità di accoglienza ed è tuttora sottovalutata la questione dei pazienti cronici o quelli che non hanno più famiglia, il cosiddetto "dopo di noi".

9) scarsissimi sono stati i finanziamenti erogati per la psichiatria

10) Il Progetto obiettivo 1998/2000, ivi inclusi i progetti obiettivi regionali, si sono rivelati strumenti inadeguati ed inefficaci per garantire un'assistenza ai malati di mente. In effetti non avevano dato altro che delle ottime direttive, ma ripetiamo chi si è sentito in obbligo di tramutarle in legge e quindi farle rispettare?

I progetti obiettivi regionali e nazionali si sono dimostrati nei fatti non aventi forza di legge!

Non è possibile lasciare il tutto alla "buona volontà" di politici ed operatori sanitari regionali e locali, considerato che in questo Paese tali figure vengono comunque stipendiate anche se fanno poco o nulla; non è necessario essere dei "profeti" per immaginare quanto è accaduto in Italia essendo la psichiatria una tematica che desta poco interesse o appetiti.

Facciamo due esempi: che senso ha prevedere 1 operatore ogni 1500 abitanti quando questo parametro non è rispettato da nessuna Asl italiana ed alcune sono al di sotto del 50% a livello di personale necessario? Inoltre, che senso ha inviare una semplice circolare dal Ministero della Sanità (4 anni fa) invitando le Regioni a spendere almeno il 5% del budget regionale. Tale parametro, oltre che inadeguato, risulta non rispettato dalle Regioni stesse. Il tutto, invece, deve essere reso obbligatorio!

Infine vogliamo ricordare la permanenza in attività degli ospedali psichiatrici giudiziari che, dipendendo dal Ministero di Grazia e Giustizia, non sono stati coinvolti dalla riforma del 1978 e che costituiscono spesso il rifugio "obbligato" di pazienti psichiatrici che commettono piccoli o insignificanti reati e vengono inviati in queste strutture per tempi orrendamente lunghi.

Alla luce di quanto sopra, pur non negando il merito e i principi ispiratori della 180, noi crediamo fermamente che non sia più

rinviiabile un aggiornamento della legislazione perché una legge che ha evidenziato tali lacune e che, nel suo funzionamento, nella maggior parte dei casi, dopo brevi trattamenti restituisce il paziente alla famiglia, quando c'è, è una legge che va migliorata.

Attraverso norme aventi forza di legge, è necessario:

- 1) Indicare i servizi e le strutture e definire gli standard minimi;
- 2) Affrontare con realismo il problema dei malati gravi che rifiutano le cure;
- 3) Responsabilizzare maggiormente gli operatori.
- 4) Definire i finanziamenti per la spesa corrente e per le strutture;
- 6) Prevedere dei costanti controlli data la materia trattata;
- 7) Penalizzare coloro che non applicano quanto previsto dalla presente legge e dalle normative regionali.

L'aggiornamento legislativo deve essere affrontato con pragmatismo, tralasciando la usuale astrattezza, demagogia e gli interessi personali. Non servono leggi "perfette", è così che ci siamo sentiti ripetere in questi anni a proposito delle norme in questione, ma una legge buona. E le leggi buone sono quelle che vengono applicate con soddisfazione dei cittadini e in particolare che garantiscono un servizio sanitario nazionale efficiente, anche in psichiatria per tutte le sue patologie.

Il presente disegno di legge affronta tutti i punti principali indicati all'inizio di questa premessa e va a rispondere a tutti quei punti critici che sono stati evidenziati negli ultimi anni nel settore della salute mentale.

In assenza di indicazioni precise, finanziamenti, standard minimi e responsabilità, qualsiasi legge è destinata al fallimento ed, in questo caso, a produrre ulteriori sofferenze.

Norme per l'assistenza e la tutela delle persone con disturbi mentali

PROPOSTA DI LEGGE

(prodotta da Associazione Psiche 2000)

PRINCIPI GENERALI.

ART. 1

- 1.1 La Repubblica Italiana riconosce e garantisce a ciascun cittadino il diritto alla salute mentale intesa come condizione di benessere psico-fisico, impegnandosi a rimuovere tutti gli ostacoli che di fatto impediscono ai sofferenti psichici una vita libera e dignitosa.
- 1.2 La tutela della salute mentale deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona; la malattia mentale è di competenza del S.S.N. e S.S.R.
- 1.3 Le limitazioni alla libertà personale del sofferente psichico devono considerarsi misure eccezionali e possono essere disposte esclusivamente sulla base della presente legge.
- 1.4 E' in ogni caso fatto divieto di effettuare sperimentazioni mediche, in particolare farmacologiche, nei confronti di soggetti sottoposti a trattamenti terapeutici obbligatori. (TSO- ASO).
- 1.5 Ogni cittadino ha diritto alla tutela della salute e alla prestazione di cure adeguate, anche qualora non sia in grado di rendersi conto, temporaneamente o permanentemente, del suo stato di malattia.

ART. 2

- 2.1 La presente legge detta i principi fondamentali in materia di assistenza psichiatrica e reca norme per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle persone con dei disturbi mentali.
- 2.2 Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto ordinario e alle Regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e Bolzano, compatibilmente ai loro statuti ed alle relative norme di attuazione.

ART. 3

- 3.1 Le Regioni e le province autonome, avvalendosi delle strutture e servizi territoriali, devono favorire il reinserimento sociale dei sofferenti psichici.
- 3.2 Ai fini dell'effettivo reinserimento sociale, deve considerarsi prioritaria la possibilità che il sofferente psichico svolga attività lavorativa. A tale fine le Regioni e le province autonome devono, compatibilmente con le condizioni del soggetto, favorire inserimenti abitativi e lavorativi dei soggetti in situazione di disagio psichico ed inserire tali soggetti nelle liste del collocamento riservate ai portatori di handicap.
- 3.3 Qualora le condizioni del soggetto non consentano una attività lavorativa senza supporto assistenziale, le Regioni e le province autonome devono istituire strutture occupazionali protette.
- 3.4 Le Regioni e le province autonome, nel disciplinare le strutture per la salute mentale devono garantire la continuità dell'intervento terapeutico a favore del sofferente psichico ed istituire obbligatoriamente in ogni azienda Asl i dipartimenti di salute mentale (DSM)
- 3.5 Le Regioni e le province autonome realizzano l'integrazione tra i servizi di assistenza psichiatrica e gli altri servizi territoriali, con particolare riferimento ai servizi socio-assistenziali.
- 3.6 Tutte le strutture ed i servizi previsti dalla presente legge e dalle normative regionali devono essere garantiti con effettiva attuazione all'interno del singolo distretto socio sanitario.
- 3.7 Entro 8 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le Regioni e le province autonome emanano i provvedimenti di individuazione degli standards minimi organizzativi, strutturali e del personale dei Dipartimenti di salute mentale e delle strutture private che richiedessero l'accreditamento per l'erogazione delle attività previste dalle normative in vigore.
- 3.8 Le Regioni emanano norme per stabilire rapporti di collaborazione con gli Enti locali. Gli Enti locali sono tenuti a collaborare.

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE.

ART. 4

Dipartimento di salute mentale

- 1) L'organizzazione dei servizi psichiatrici è assicurata dal Dipartimento di Salute Mentale, che costituisce articolazione dell'azienda Asl
- 2) Il Dipartimento di Salute Mentale svolge attività di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali ed ha le seguenti competenze proprie:
 - a) indirizzo e coordinamento dell'attività delle strutture territoriali ed ospedaliere;
 - b) attuazione dei progetti obiettivi regionali;
 - c) assicura l'integrazione con gli altri servizi socio-assistenziali della regione o della provincia autonoma, secondo le indicazioni del progetto obiettivo tutela della salute mentale;
 - d) riferisce periodicamente alla Commissione Regionale per la psichiatria l'andamento delle attività delle strutture territoriali;
 - e) fornisce i dati statistici all'Osservatorio e alla Consulta nazionale
 - f) disciplina l'articolazione della dotazione organica, in modo che sia assicurata la necessaria flessibilità negli interventi;
 - g) verifica l'attività ed il rispetto degli standards strutturali ed organizzativi delle strutture convenzionate per le attività loro affidate;
 - h) attua attività di promozione della salute mentale e di prevenzione dei disturbi mentali, anche nelle scuole. A tale scopo il progetto obiettivo regionale di tutela della salute mentale individua una quota parte del budget del Dsm. Il Dipartimento garantisce la consulenza e la collaborazione con i servizi dell'Asl, ove richiesto;
 - i) assicura i necessari controlli generali sullo stato di salute psico-fisico del paziente;
 - j) favorisce l'inserimento sociale e occupazionale degli utenti;
 - k) attua e vigila sul superamento degli ex ospedali psichiatrici ed ex case di salute.
- 3) Il Direttore responsabile del Dipartimento di salute mentale, viene nominato dal Direttore Generale della Asl locale, scelto tra le figure mediche apicali, previo parere non vincolante degli organismi rappresentativi dell'utenza. Il responsabile del Dipartimento deve esser rimosso anche nei casi in cui non rispetti la presente legge i progetti obiettivi e regolamenti regionali e locali, per quanto di sua competenza.
- 4) L'Azienda U.L.S. prevede un regolamento per la nomina ed il funzionamento del Consiglio di Dipartimento. Del Consiglio fanno parte con diritto di voto anche i Rappresentanti delle Associazioni degli utenti e dei familiari dei malati di mente. Il Consiglio è dotato di apposito Regolamento, stabilito dall'ULSS sulla scorta di un Regolamento tipo emanato dalla Regione entro 180 giorni dalla pubblicazione dalla presente legge.
- 5) La dotazione organica del Dipartimento di Salute Mentale (servizio ospedaliero e territoriale) deve essere obbligatoriamente di almeno 1 operatore ogni 1.500 abitanti. Il personale afferente ai degenti ex Ospedali psichiatrici, non rientra nel parametro di 1 operatore ogni 1.500 abitanti.
- 6) Il D.S.M. assicura dei protocolli di collaborazione con il servizio 118 per le urgenze ed emergenze sanitarie definendo il personale, le modalità e tempi di intervento. Tali protocolli sono stabiliti d'intesa con le altre Agenzie interessate all'urgenza psichiatrica (Comuni, Forze dell'Ordine).
- 7) Organizza corsi specifici per gli operatori, che sono tenuti a partecipare all'aggiornamento anche didattico sperimentale nel campo della salute mentale.

STRUTTURE TERRITORIALI.

ART. 5

Il Dipartimento di salute mentale, (presente in ogni Asl-Ulss) per rispondere con interventi efficaci ai molteplici problemi posti dalle diverse patologie mentali, nei vari stadi della loro evoluzione, dovrà essere obbligatoriamente dotato almeno dei seguenti servizi e strutture territoriali ogni 100.000 abitanti:

- a) Centro di Salute Mentale (CSM);
- b) Servizio psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);
- c) Strutture semiresidenziali Centro Diurno (CD) e Day Hospital (DH);
- d) Struttura residenziali;
- e) Servizio inserimento lavorativo(SIL);
- f) Assistenza domiciliare riabilitativa sanitaria e psicosociale

ART. 6

Il Centro di salute mentale (CSM)

Il CSM costituisce la sede organizzativa dell'equipe degli operatori e il punto di coordinamento dell'attività sul territorio ed è collocato preferibilmente fuori delle strutture ospedaliere.

Svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare: visite specialistiche, consulenza e filtro per i ricoveri, programmazione terapeutica; garantisce, inoltre, un servizio specifico di informazione e di assistenza alle famiglie dei pazienti, la ricerca programmata di inserimenti formativi, lavorativi ed occupazionali per fasce di utenza giovane ed adulte,

E' aperto tutti i giorni della settimana per almeno 12 ore al giorno.

In particolare, il CSM assicura la collaborazione con il Distretto Socio Sanitario e l'intervento sulla crisi psichiatrica a livello territoriale predisponendo piani di intervento per evitare il più possibile ricoveri;

Il medico psichiatra che ha "preso in carico" un malato mentale che rifiuta e interrompe le cure od altro, dovrà adoperarsi per riattivare il progetto terapeutico e comunque stendere una relazione in caso di persistente situazione negativa da presentare al Medico di base, al Direttore del Dipartimento ed al Direttore sanitario della Asl.. Il mancato intervento configura il reato di omissione di soccorso.

La continuità terapeutica deve obbligatoriamente prevedere un servizio di assistenza domiciliare sanitaria e psicosociale espletato da personale apposito in particolare per coloro che non hanno consapevolezza della patologia.

ART. 7

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

1. Il servizio di Diagnosi e Cura provvede al trattamento terapeutico dei pazienti le cui condizioni richiedano un periodo di ricovero ospedaliero.
2. IL SPDC deve essere obbligatoriamente collocato nell'ambito di strutture ospedaliere generali pubbliche, accreditate in base alle disposizioni regionali.
3. Il SPDC provvede al trattamento ospedaliero volontario e obbligatorio, nei casi previsti dalla presente legge; provvede altresì al trattamento terapeutico d'urgenza.

Il SPDC è parte integrante del DSM, anche quando l'ospedale in cui è ubicato sia amministrativamente autonomo dalla Ulss di competenza o appartenente ad altra Azienda ospedaliera.

Il fabbisogno complessivo dei letti negli SPDC deve essere almeno di 1 letto ogni 8.000 abitanti fino a un massimo di 20 posti letto.

Il carattere misto dell'assistenza psichiatrica erogata a persone di ambo i sessi, impone la presenza in organico di un pari numero di infermieri dei due sessi, considerando la peculiarità del rapporto interpersonale in psichiatria. Nel rispetto dell'intimità del malato è necessario disporre i posti letto divisi in sezione maschile e femminile

Il paziente psichiatrico, per la particolare esigenza della malattia deve poter disporre di spazi anche di soggiorno e per le attività diurne e di movimento all'aperto. Va prevista la possibilità di degenza in regime di day hospital.

La divisione del reparto è regolata secondo le disposizioni comuni delle altre divisioni dell'Ospedale e si articola in: area degenza per acuzie, area degenze postacuzia e riabilitazione precoce, area degenze specializzata per patologie omogenee, ambulatori di psichiatria.

Art. 8

Le Strutture semiresidenziali

Le Strutture semiresidenziali sono destinate ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione sulla base di programmi di breve, medio e lungo periodo. Comprendono (Day Hospital Psichiatrico e Centro Diurno)

9.1 Il Day Hospital (D.H.)

Il D.H. è una struttura semiresidenziale in cui vengono attuati programmi terapeutici e riabilitativi a breve e medio termine programmati dal CSM

E' aperto almeno 8 ore al giorno ed è utilizzato da pazienti con psicopatologia sub-acuta aventi necessità di intervento farmacoterapico e psicoterapeutico-riabilitativo. Ha la funzione di evitare ricoveri a tempo pieno nonché di limitarne la durata quando questi si rendano indispensabili.

Il Dh è anche una struttura intermedia le cui funzioni non sono solamente quelle di accompagnare i pazienti nel percorso di uscita da una situazione di scompenso e favorirne il reingresso nella Società, ma di realizzare strutturalmente e funzionalmente un'area terapeutica a cui i pazienti accedono anche direttamente. Complessivamente almeno 1 posto ogni 15.000 abitanti ed collocato nell'area ospedaliera.

9.2 Il Centro Diurno (C.D.)

Il Centro Diurno è una struttura semiresidenziale rigorosamente extraospedaliera, con funzioni terapeutico-riabilitative (compreso l'intervento farmacologico) collocata nel contesto territoriale urbano tesa ad attuare i programmi terapeutico-riabilitativi e socio riabilitativi personalizzati degli utenti e a prevenire e contenere il ricovero. E' aperto almeno 8 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. L'utenza del CD è costituita da soggetti psichiatrici i cui bisogni derivano da incapacità nella gestione autonoma del quotidiano e nello stabilire validi rapporti interpersonali e sociali

Il CD configura uno spazio in cui l'équipe operante offre programmi riabilitativi, strumenti e opportunità per attivare, sperimentare ed apprendere abilità nella cura di sé, della gestione del proprio quotidiano; modalità di contatto interpersonale nella forma di rapporti individuali e di gruppo; possibilità di sviluppare capacità espressive.

Il C.D. è presente in ogni distretto socio sanitario. Complessivamente in ogni Asl, almeno 3 posti ogni 10.000 abitanti.

Art. 9

Strutture e servizi residenziali

Si definisce struttura residenziale una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti di esclusiva competenza psichiatrica.

Le strutture residenziali debbono avere max 20 posti ed essere diversificate a seconda dei diversi tipi di patologia mentale, della gravità, dell'evoluzione della malattia; almeno 3 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Per tutte queste strutture, attivate nel contesto urbano e sociale, devono essere rese di pubblica conoscenza: tipologia, numero e qualifica del personale, modalità di relazione con la famiglia di origine, natura dei progetti riabilitativi e loro periodiche verifiche sui risultati e sulla qualità del servizio fornito. Si deve organizzare e controllare l'inserimento volontario od obbligatorio del malato nelle strutture del tipo residenziale, su proposta del malato o dai suoi familiari anche se non facenti parte del territorio di competenza del DSM.

La struttura deve avere adeguati spazi interni e di verde, attività occupazionali e ludico-espressive anche in collegamento con le realtà locali.

Tutti i predetti servizi devono essere garantiti con effettiva attuazione all'interno del singolo distretto socio sanitario. Ogni singola Regione o Provincia autonoma definisce gli standards strutturali ed organizzativi

Le strutture residenziali e semiresidenziali dovranno essere obbligatoriamente concordate per numero e qualità, annualmente con le organizzazioni scientifiche del settore riconosciute dalle Regioni e con le Associazioni che rappresentano l'utenza ed i familiari, iscritte nei registri regionali.

Vanno anche previste in ogni ambito territoriale delle Residenze Sanitarie Assistite (dopo di noi) destinate ai pazienti con lungo decorso patologico e con problemi psichiatrici in fase di stabilizzazione clinica.

Art. 10

Servizio inserimento lavorativo (SIL)

Al fine di assicurare un'attività lavorativa compatibile con le sue possibilità, il malato di mente ha il diritto di essere inserito nelle liste di collocamento obbligatorio.

Quindi si deve organizzare e controllare l'inserimento guidato del malato in attività liberamente scelte dal malato o dai suoi famigliari anche se non facenti parte del territorio di competenza del DSM.

Art.11

Assistenza domiciliare di riabilitazione sanitaria e psicosociale.

In collaborazione con il Distretto Socio Sanitario e con gli Enti locali, deve essere istituito un servizio specifico per gli ammalati gravi, in particolare per quelli che non accettano di curarsi in strutture residenziali o semiresidenziali, o non riconoscono la loro malattia. Per essi deve essere previsto un servizio che preveda l'assistenza domiciliare di riabilitazione sanitaria e psicosociale espletato da personale apposito. Tali servizi possono essere espletati anche da Cooperative sociali.

Art. 12

(Accesso e fruibilità delle strutture)

Nell'ottica dei piani di zona i servizi territoriali e residenziali dovranno essere diversificati il più possibile ed equamente distribuiti per garantire la fruibilità a tutti gli utenti, allo scopo di non creare sacche di privilegio o di emarginazione. Particolare attenzione dovrà essere prestata all'ubicazione di servizi e strutture attuati nel contesto urbano e sociale con spazi adeguati, verde, attività terapeutiche, ludico-espressive. Il Responsabile del Dipartimento che intenda ricoverare fuori Ulss (Asl) l'ammalato con motivazioni precise, deve preventivamente ottenere il consenso informato scritto da parte dell'ammalato o della famiglia.

Art.. 13

(Rapporto U.L.S.S. - privati - privato-sociale: Accredimento)

Il percorso terapeutico e riabilitativo di un paziente deve essere progettato e costantemente seguito da un'unica struttura di riferimento, cioè il C.S.M. di pertinenza, anche in piena collaborazione con il privato sociale. Le strutture ed i servizi privati accreditati e convenzionati, non possono rifiutare pazienti inviati dal Dipartimento se non per fondati motivi esaminati dal responsabile del Dipartimento e la famiglia del paziente; L'eventuale gara d'appalto per l'assegnazione di servizi ai privati avrà come criterio principale la qualità e la professionalità del servizio offerto e non solo quello del risparmio sui costi.

La quantità e la tipologia di prestazioni, eventualmente erogabili da strutture private accreditate, saranno stabilite annualmente, tramite un accordo fra l'Ulss (Asl) e le strutture private in questione, sulla base di indicatori epidemiologici che devono rilevare la domanda reale, esplicita o sommersa.

Le strutture pubbliche e private dovranno essere autorizzate e accreditate dalla Regione o Provincia Autonoma, secondo standard di qualità omogenei fra pubblico e privato, e verificate con frequenza biennale. Vanno definiti gli standards minimi di funzionamento.

Art.14

Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatori

Ogni accertamento e trattamento sanitario obbligatorio (ASO, TSO, TSO), deve essere effettuato dopo che sia stato attuato ogni valido e pertinente tentativo necessario per ottenere il consenso volontario alle cure della persona affetta da disturbi mentali o, in caso di soggetto in età evolutiva, anche dei genitori o di chi esercita la potestà parentale. Il trattamento deve essere adottato nel rispetto dei criteri di protezione del paziente e degli operatori e con le modalità meno invasive possibili ed in modo confacente al contesto generale di ogni singola situazione contingente.

2. Gli accertamenti Sanitari Obbligatoriosi (ASO), si configurano come uno strumento capace di perseguire l'obiettivo di entrare in contatto con la persona quando si ha il fondato sospetto della presenza di gravi alterazioni psichiche.

Devono essere presenti le seguenti condizioni; 1) la persona evidenzia gravi alterazioni psichiche; 2) la persona rifiuta di essere sottoposta ad accertamento.3) la situazione riveste carattere di urgenza.

Gli accertamenti sanitari obbligatori consistono, in particolare, in accertamenti, visite effettuati a cura del DSM competente e, se richiesto dal DSM, con la collaborazione delle Forze dell'Ordine. L'ASO viene espletato presso la sede ambulatoriale o presso il CSM.

3.Ciascun ASO è disposto dal Sindaco del luogo su proposta del medico curante convalidata da un medico specialista in psichiatria del CSM competente.

4. Il trattamento Sanitario Obbligatorio d'Urgenza (TSOU), può essere richiesto da un medico, nei confronti di soggetti che presentino evidenti disturbi mentali e comportamentali tali da far supporre l'esistenza di alterazioni psichiche gravi. Deve essere convalidato da uno psichiatra del servizio pubblico, in relazione alla presenza di alterazioni psichiche che richiedano urgenti interventi terapeutici e qualora gli stessi non siano accettati dalla persona affetta da disturbi mentali; è eseguito da personale del Pronto soccorso, assistito da personale del DSM, e, se richiesto dal DSM, con la collaborazione e l'intervento delle Forze dell'Ordine. Ha una validità di 72 ore e deve essere effettuato nei Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura, SPDC. Il Primario del reparto deve darne comunicazione al Sindaco entro 24 ore dal ricovero. Il TSOU deve essere eseguito nel più breve tempo possibile.

5. Il trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è disposto dal Sindaco su proposta di un medico convalida da un medico specialista in psichiatria del DSM. È eseguito da personale del Pronto soccorso, assistito da personale del DSM, e, se richiesto dal DSM, con la collaborazione delle Forze dell'Ordine. Il Primario del reparto deve darne comunicazione al Sindaco entro 24 ore dal ricovero. Il Sindaco dà comunicazione al Giudice tutelare entro 48 ore dall'avvenuto ricovero

6. Il TSO si applica quando ricorrono e si verificano le seguenti circostanze e condizioni:

- a) presenza di gravi alterazioni psichiche e comportamentali, con carattere di urgenza clinica;
- b) necessità di trattamento terapeutico che il paziente non accetta;
- c) siano state espletate tutte le azioni e tutti i tentativi per il consenso al trattamento.

8. Il TSO deve essere effettuato in unità di degenza ospedaliera; la regione o le provincie autonome, possono individuare idonee strutture extraospedaliere pubbliche. Ha una durata di massima di 20 giorni. La persona sottoposta a TSO, compatibilmente con il suo stato, può comunicare con chiunque.

9. Alla scadenza dei 20 giorni di ricovero del TSO, il Medico Psichiatra dell'unità di degenza ospedaliera propone al Sindaco la cessazione dello stesso o la proroga motivata; il Sindaco dà comunicazione al Giudice tutelare entro 48 ore dell'avvenuta proroga o cessazione.

10. I TSO possono essere interrotti, prima della scadenza prefissata, dal medico responsabile della struttura interessata, qualora siano venuti meno i motivi del trattamento. Tale interruzione deve essere motivata e seguirà la prassi della cessazione ordinaria.

11. Il TSO per i primi 20 giorni deve essere effettuato prioritariamente in strutture ospedaliere (SPDC), e solo successivamente in strutture extraospedaliere indicate dalla Regione o dalla provincia autonoma interessata. Il TSO è rinnovabile per 1 sola volta, ma solo in particolari e motivati (per iscritto) casi di gravità può essere prorogato al massimo per 4 mesi e sempre sotto il controllo del Servizio pubblico.

12. La persona affetta da disturbi mentali, o chiunque ne abbia interesse, può appellarsi in qualunque momento al Giudice tutelare per chiedere l'annullamento o una modifica dei termini dell'ASO, del TSO e TSOU. Il ricorso è gratuito.

Art. 15

(Superamento ex ospedali psichiatrici)

Laddove non dovesse essere ancora avvenuto, gli ex ospedali psichiatrici e le ex case di salute devono essere chiuse e superate con strutture alternative.

I beni mobili e immobili degli ospedali psichiatrici dismessi possono essere utilizzati per attività di carattere socio-sanitario; non possono essere utilizzati per i servizi per la salute mentale o per la degenza e ospitalità di pazienti dimessi o di nuovi casi. Tali beni possono essere anche destinati dall'azienda unita sanitaria locale competente alla produzione di reddito, attraverso la vendita, anche parziale, degli stessi con diritto di prelazione per gli enti pubblici, o la locazione; La vendita o la locazione dei beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici è sempre attuata ai sensi del comma 5, dell'articolo 3 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, come modificato dall'articolo 98, comma 3 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 (legge Finanziaria per il 2001).

Art. 16

(Impegni della Regione e delle Asl)

L'assegnazione del budget viene fatta dal Direttore Generale al Responsabile del DSM nella misura del Bilancio Economico Consuntivo.

Il rispetto di tale assegnazione deve essere indicata come obiettivo del Direttore Generale.

Il vecchio patrimonio della psichiatria ed eventuali suoi ricavati dovranno essere devoluti esclusivamente per l'assistenza psichiatrica.

I costi derivanti dall'attuazione della presente legge sono posti a carico del Fondo sanitario nazionale.

Considerato il continuo aumento delle patologie mentali, le Regioni riservano quota adeguate d'investimento divise per spesa corrente e per gli investimenti relativi alle strutture necessarie. Tali quote dovranno uniformarsi progressivamente, entro 3 anni dall'entrata in vigore della presente legge, con i livelli più alti degli altri Stati della Comunità Europea. Le quote dovranno essere obbligatoriamente concordate annualmente con le organizzazioni scientifiche del settore riconosciute dalle Regioni e con le Associazioni che rappresentano l'utenza ed i familiari, iscritte nei registri regionali. Le quote non potranno essere inferiori al 5% del fondo sanitario regionale.

ART. 17

(Proposta per superare gli ospedali psichiatrici giudiziari)

Lo Stato, le Regioni e le province autonome si impegnano a promuovere una legge (entro 12 mesi) per superare gli attuali ospedali psichiatrici giudiziari, sostituendoli con strutture alternative di piccole dimensioni collocate nel territorio.

Art. 18

(Commissione Regionale di controllo)

Le regioni e le province autonome promuovono una Commissione di controllo con il compito di verificare, almeno una volta all'anno, eventuali inadempienze, lo stato di servizi per la salute mentale ed il reale superamento degli ospedali psichiatrici, l'inserimento delle persone dimesse ed il loro trattamento e percorso terapeutico. La Commissione su segnalazione o su propria iniziativa potrà effettuare visite nei servizi territoriali ed ospedalieri pubblici e privati verificandone il funzionamento, la professionalità e l'applicazione concreta dei dettami progettuali e legislativi. La Commissione viene nominata dall'Assessore alla Sanità e deve prevedere rappresentanti dell'utenza e dei familiari; le Associazioni con sigle diverse accreditate nel settore psichiatrico devono avere almeno 3 sedi a livello regionale ognuna con regolare statuto.

Art. 19

(Concessione di strutture in comodato d'uso)

Le regioni, le province autonome e gli Enti Locali, con apposita convenzione, riconosciuta e valutata l'utilità pubblica del progetto, senza fine di lucro, presentato da soggetti pubblici e privati ed esercitando il controllo necessario, hanno la facoltà di dare in comodato d'uso alle U.L.S.S., alle Cooperative di solidarietà sociale ed alle Associazioni iscritte nei registri regionali, edifici ed aree in loro possesso.

Le ASL possono ricevere in uso, con convenzione di durata almeno ventennale, gli edifici, le strutture e le aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, al fine di destinarli alle attività dei DSM. La convenzione è adottata tramite decreto emesso dal Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con il Ministro della salute.

Art. 20

(Ruolo delle famiglie)

I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con persone malate di mente maggiorenni. Devono essere proposte, e se accettate dovranno essere concesse, forme di sussidio ai familiari disponibili a mantenere in famiglia la persona affetta da disturbi mentali. Il CSM deve adoperarsi al fine di incentivare la convivenza e

garantire ai familiari i necessari supporti psicologici, aiuti e le convenienti pause nella convivenza stessa. Eventuali sussidi devono essere considerati come aiuti volti ad evitare forme di istituzionalizzazione

I famigliari devono essere sentiti nella fase di predisposizione dei programmi individualizzati di cura e/o riabilitazione degli utenti. I programmi stessi saranno concertati con le famiglie.

CONVENZIONI UNIVERSITARIE

Art. 21

Le regioni e le province autonome concludono con le Università protocolli di intesa per la regolamentazione del servizio prestato a favore del Servizio Sanitario Nazionale in materia psichiatrica.

La gestione di un Dipartimento di Salute Mentale può essere affidata ad un policlinico universitario, ai sensi dell'art. 4 del d. lgs. n° 502 del 1992. in tal caso il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale, scelto nell'ambito dell'organico della facoltà di medicina, è nominato dal direttore generale della USL di competenza d'intesa con il rettore dell'Università.

Nell'ambito delle convenzioni stipulate, le università partecipano ai programmi di formazione ed aggiornamento professionale degli operatori del settore psichiatrico; nell'ambito delle strutture gestite direttamente dalle facoltà universitarie, il responsabile del Dipartimento di Salute Mentale deve garantire la partecipazione attiva alle attività terapeutiche degli specializzandi in materie psichiatriche.

Art. 22

(Ricerca scientifica)

Il Ministro della Salute, ove non vi avesse già provveduto, individua con proprio decreto le strutture ospedaliere che, ai sensi dell'art. 1 del d. Lgs. n° 269 del 1993, possono svolgere attività di ricerca nel settore psichiatrico.

Del comitato etico di cui all'art. 2, comma 3, del d. lgs. n° 269 del 1993, sono chiamati a far parte anche rappresentanti delle associazioni di utenti e di familiari di sofferenti psichici maggiormente rappresentative a livello nazionale.

La ricerca scientifica svolta dagli istituti di ricerca è finanziata con quota specifica degli stanziamenti previsti dall'art. 12, comma 2, del d. Lgs. n° 502 del 1992.

L'attività di assistenza sanitaria svolta dagli istituti di ricerca è finanziata dalla regione competente sulla base delle disposizioni previste per gli ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazioni previsti dal d. lgs. n° 502 del 1992.

Art. 23

(volontariato)

Le Regioni e le province autonome possono concludere apposite convenzioni con associazioni di volontariato e di promozione sociale, purché iscritte al registro regionale.

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

Art. 24

Prevenzione

L'educazione alla salute mentale è una attività fondamentale dei servizi sanitari competenti. Serve a produrre una solida cultura della salute mentale:

- conoscenza dei fattori di rischio e protezione;
- capacità di individuazione in sé e negli altri di stati mentali a rischio;
- sapere come ed a chi rivolgersi in caso di bisogno;
- superare i pregiudizi dello stigma.

Le Regioni predispongono dei protocolli d'intesa per l'educazione alla salute mentale nelle scuole superiori in collaborazione con i servizi di salute mentale e gli Enti locali.

I M.M.G. ed i Pediatri di base del territorio di competenza del DSM sono tenuti alla collaborazione per consulenze sui casi non gravi ed invio dei casi gravi. Sono tenuti a partecipare ad un corso di formazione ed aggiornamento obbligatorio.

ART. 25

(attuazione e sanzioni)

1. Entro 1 anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni ASL sono istituiti i relativi DSM con i servizi e le strutture a gestione pubblica previsti dalla legge medesima. Il relativo personale può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti in materia di assunzioni, di trasferimenti e di inquadramenti. I Prefetti devono cooperare al reperimento delle strutture di cui al comma 1, su richiesta dei responsabili delle ASL o delle autorità comunali o regionali, anche mediante requisizione provvisoria di edifici pubblici o privati.

I Comuni devono cooperare all'attuazione della presente legge e delle normative regionali. Anche attraverso la messa a disposizione di idonee strutture.

Qualora una ASL non provveda all'istituzione e al completamento dei servizi e delle strutture terapeutiche riabilitative dei DSM entro il termine di 1 anno, il Presidente della Giunta regionale esonera dal servizio il responsabile della ASL e nomina un commissario ad acta, con lo specifico compito di organizzare il DSM e di reperire personale e strutture.

Il mancato completamento delle strutture e dei servizi entra obbligatoriamente nella valutazione finale del Direttore Generale della ASL. Il responsabile del DSM verrà valutato anche in base all'attuazione della presente legge e delle normative regionali.

Qualora entro trenta giorni dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il Presidente della Giunta non abbia ancora nominato il Commissario ad acta, quest'ultimo è nominato con decreto del Ministro della salute.

Art. 26

Consulta nazionale

1. Presso il Ministero della salute, è istituita, la Consulta nazionale. I membri della commissione durano in carica 4 anni. La Commissione ha il compito di:

- a) effettuare ispezioni presso le strutture regionali al fine di controllare la corretta e conforme attuazione delle disposizioni della presente legge;
- b) raccogliere ed elaborare dati statistici relativi alla diffusione e alle caratteristiche delle malattie mentali, allo stato delle strutture e al grado di attuazione della presente legge;
- c) raccogliere informazioni sulle esperienze in altri paesi, in particolare negli Stati membri dell'Unione Europea;
- d) proporre studi e ricerche in campo epidemiologico, clinico e organizzativo, d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

La commissione è formata da:

- a) un rappresentante di ciascuna commissione di psichiatria di cui al comma 5, dell'articolo 10;
- b) il direttore dell'Agenzia;
- c) due professori di università specializzati in psichiatria e uno in neuropsichiatria infantile;
- d) due responsabili di unità operative di psichiatria e uno di neuropsichiatria infantile;
- e) tre rappresentanti delle associazioni o federazioni delle persone affette da disturbi mentali, rappresentative almeno in 10 Regioni;
- f) 3 rappresentanti indicati dalle Regioni.

Art. 29

Disposizione finali

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

2. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.