

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 790

DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori ZUFFA, MARINUCCI MARIANI, ROCCHI,
SALVATO, BETTONI BRANDANI, TEDESCO TATÒ e BRESCIA**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 NOVEMBRE 1992

Provvedimenti per la programmazione, l'attuazione ed il finanziamento dei servizi di salute mentale ad integrazione ed attuazione di quanto disposto dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge	»	10

ONOREVOLI SENATORI. - Siamo tutti consapevoli del fatto che, a più di quattordici anni dall'emanazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, sull'assistenza psichiatrica, successivamente inglobata negli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, si è arrivati ad un 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, risultavano, 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 sguarnite di qualunque tipo di presidio psichiatrico; l'istituzione di una larga fetta 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.

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, pure voluta da uno schieramento vastissimo di forze politiche, vanno innanzi tutto fatte risalire all'insufficienza del dato normativo: l'inclusione nella legge n. 833 del 1978 delle disposizioni quadro della legge n. 180 del 1978, non seguite dal Piano sanitario nazionale, nè da atti di indirizzo e di coordinamento da parte del Ministero della sanità, ha provocato un vuoto grave di indicazioni operative alle regioni e alle unità sanitarie locali. A ciò si aggiunga il clima di inerzia e di scetticismo prodotto dai continui rinvii di ogni provvedimento concreto nel settore al momento - per anni dilazionato - della modifica della legge n. 180, che ha creato illusioni e false attese in coloro i quali, a buon diritto, richiedono una risposta ai loro problemi.

In questi anni si sono istituite 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.

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

ma. Alcune di queste associazioni, di fronte al vuoto di servizi che ha seguito la riforma, non hanno potuto augurarsi che 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. Occorre dunque colmare immediatamente questo vuoto di normative, perchè solo la realizzazione dei servizi e il cambio culturale che la deve accompagnare possono sconfinare il «bisogno di segregazione» che continua inevitabilmente a riproporsi se non vi sono risposte o se le risposte sono inadeguate alla durezza dei problemi quotidiani di chi deve convivere, senza aiuti e sostegni, con un malato psichico.

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 in strutture flessibili 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. Non è infatti privo di significato il fatto che l'OMS - Regione europea abbia seguito, dal 1973 al 1983, l'evoluzione dell'esperienza di Trieste, quale unica zona pilota italiana inserita nel suo programma decennale di ricerca *Mental health services on pilot study areas*, e che la conferenza finale del programma si sia tenuta a Trieste. Così come, a dimostrazione del suo crescente interesse nei confronti della situazione italiana, il nostro Paese, con alcune sue esperienze pilota di realizzazione della riforma, è entrato a far parte del *World collaborating centre for*

research and training in mental health, incentrato sulla valutazione e sulla promozione di politiche di salute mentale nella comunità. 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 severa.

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

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

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.

Affinchè 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 del sofferente e l'adozione di un modello di malattia da parte dei circostanti. Per questo e per altri motivi a carattere strettamente operativo, è indispensabile che le varie componenti del servizio siano adeguatamente tra loro bilanciate e in particolare che il servizio stesso non subisca l'egemonia della componente medica e non privilegi 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...

sistematici di rilevamento e di analisi multivariata. Esso conclude che, a parità di gravità della 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, solo alcuni cenni del parere molto circostanziato dell'Istituto superiore di sanità, cui, comunque, si rinvia. La scelta 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 esistenziali 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 sproporzionata 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 ed organizzativo, fossero state risolte le problematiche principali a quella legge connesse, 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, piuttosto esse derivavano principalmente dal fatto che si era tardato, o in alcuni casi omesso, da parte di alcune regioni e di alcune USL, 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 concludeva, con l'affermazione che, ferma restando la validità delle scelte di fondo compiute dalla legge n. 180 del 1978, resta prioritario un quadro di riferimento programmatico-organizzativo generale, cioè un progetto-obiettivo sull'assistenza psichiatrica, per orientare gli interventi di competenza delle regioni e delle usl.

Sulla falsariga di tale autorevole indicazione, suffragata dal voto dell'assemblea del Senato del luglio 1990, per superare la situazione di immobilità non più protraibile in questo settore, per superare il manicomio e creare le strutture che devono sostituirlo, secondo i dettami della legge n. 180, presentiamo un disegno di legge che propone un progetto obiettivo per la tutela della salute mentale, attorno al quale sia possibile costruire un ampio consenso, a conferma anche delle alleanze che in questi anni si sono create in rapporto a esperienze concrete e all'atteggiamento culturale nei confronti del disturbo psichico e di ogni forma di minorità o menomazione. Questa proposta cerca infatti di contemperare

esigenze diverse, che spesso si presentano come antagonistiche, ma che sono, ciononostante, 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 mai minimizzato nè preteso di cancellare, scaricandolo sulle loro spalle. Queste due esigenze possono trovare risposta solo all'interno di un modello di servizi caratterizzato da alti gradi di flessibilità e di integrazione con la comunità.

Alcune esperienze messe in opera da volontariato, da molte strutture locali di «privato non speculativo», da associazioni di familiari che pretendono la realizzazione della riforma e che la concretizzano in azioni positive, tra cui anche la creazione di servizi, hanno in questi anni affiancato quelle di operatori e amministratori che, nonostante difficoltà e 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 consenso 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 impone - come l'esperienza di questi anni ha dimostrato - la necessità di un momento di confronto, coordinamento e verifica a livello nazionale, finalizzato, da un lato, a ridurre gli squilibri tra Nord e Sud, che sono drammatici anche in questo campo, e, dall'altro, a raccogliere dalle diverse realtà regionali proposte ed esigenze indirizzate al Governo e al Parlamento.

La sede istituzionale, che la riforma sanitaria ha predisposto per realizzare questo confronto e coordinamento tra le regioni e tra queste e il Governo, è il Consiglio sanitario nazionale, all'interno del quale abbiamo perciò previsto, con il presente disegno di legge, una sede di attenzione particolare nei confronti dell'andamento della riforma psichiatrica.

Con l'articolo 1 si istituisce, nell'ambito del Consiglio sanitario nazionale, la Consulta permanente per la salute mentale, costituita da sei membri eletti tra gli assessori regionali componenti del Consiglio sanitario nazionale, da tre rappresentanti delle associazioni di utenti e familiari maggiormente rappresentative a livello nazionale, da tre esperti designati dal Consiglio sanitario nazionale, presieduta dal presidente del Consiglio sanitario nazionale, con il compito: di indicare le dotazioni finanziarie relative al settore della salute mentale e dell'assistenza ai disabili psichici; di assistere le regioni nella realizzazione dei servizi e nella predisposizione dei piani di superamento degli ospedali psichiatrici; di consulenza nei confronti del Governo per l'elaborazione di atti di indirizzo e coordinamento alle regioni; di presentazione, nell'ambito della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, di un rapporto sullo stato di avanzamento della realizzazione dei servizi e del superamento degli ospedali psichiatrici. Il tutto per rispondere alla esigenza di disporre di un organismo responsabile di questo settore, capace di stimolare e di verificare l'andamento dell'attuazione di ciò che la legge di riforma prevede.

All'articolo 2 si precisa che, per l'assolvimento dei compiti propri, la Consulta si avvale delle strutture e delle competenze dell'Istituto superiore di sanità, al quale vengono affidati il monitoraggio delle attività programmate e l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale nel settore della salute mentale, nonché la verifica, in collaborazione con gli Osservatori epidemiologici regionali di cui all'articolo 4, delle sperimentazioni su aree pilota di azione-ricerca. Ciò per rispondere ad un'esigenza di verifica del rapporto fra bisogno e adeguatezza delle risposte approntate o da adottare successivamente su scale regionale.

L'articolo 3 stabilisce che le regioni predispongano o adeguino il progetto obiettivo per la promozione della salute mentale, tenendo conto dei piani sanitari regionali e fino all'approvazione del Piano sanitario nazionale. Tale progetto deve prevedere: il miglioramento delle cono-

scenze sul settore (disturbi mentali, problemi di vita delle persone che ne soffrono e dei loro familiari, funzionamento dei servizi); l'attivazione e il potenziamento dei servizi di salute mentale per adulti e per l'età evolutiva; la promozione dell'integrazione funzionale dei dipartimenti di salute mentale con i servizi socio-assistenziali, la collaborazione tra servizi di salute mentale, associazionismo, volontariato e privato sociale per attività di sostegno, socializzazione, inserimento.

L'articolo 4 prevede, in funzione della realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 3, l'istituzione della Consulta regionale per la tutela della salute mentale, presieduta dall'assessore regionale alla sanità e composta dai coordinatori dei dipartimenti di salute mentale presenti nella regione e da un rappresentante designato dall'ANCI, nonché, da rappresentanti dell'associazionismo e del volontariato. La Consulta si avvale di un Osservatorio epidemiologico regionale.

L'articolo 5 prevede che le regioni, sentita la Consulta regionale, organizzino i flussi informativi e predispongano piani di ricerca sui problemi del settore, programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti stessi nelle attività dei servizi, nonché programmi regionali per l'educazione sanitaria sui temi della tutela della salute mentale.

L'articolo 6 prevede che le regioni disciplinino la istituzione o la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale con funzioni di programmazione e coordinamento di tutti i servizi e le attività che ne fanno parte. Al dipartimento di salute mentale afferiscono le cliniche psichiatriche delle università per i compiti di organizzazione o partecipazione alle attività del dipartimento e funzioni di assistenza e cura sulla base di opportune convenzioni. Le stesse cliniche psichiatriche e gli istituti universitari di psicologia svolgono attività di ricerca e formazione nell'area dipartimentale e nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

Il dipartimento di salute mentale è articolato in strutture e funzioni:

1) strutture: centri di salute mentale per un massimo di 50.000 abitanti, che assicurino - attraverso forme diverse di ospitalità diurna e notturna - l'accessibilità ai servizi ventiquattro ore su ventiquattro; servizi ospedalieri per il trattamento sanitario, volontario o obbligatorio, il cui numero deve essere rapportato alla proporzione di non più di un posto letto ogni 10 mila abitanti; servizi di emergenza psichiatrica, sedi per l'assistenza extraospedaliera protetta in residenze di piccole dimensioni con forme di protezione differenziata in rapporto ai bisogni degli utenti.

2) funzioni: attività integrate tra medici di base, distretti sanitari e servizi di salute mentale; apposite convenzioni delle USL con istituti carcerari e collaborazione con ospedali psichiatrici giudiziari; consulenza e supervisione finalizzate al superamento delle strutture sanitarie ed assistenziali per disabili psichici; programmi di collaborazione tra servizi psichiatrici e strutture del «privato non speculativo», volontariato, associazioni di utenti, familiari e cittadini che operano nel campo della salute mentale e della tutela dei diritti del malato; canali di rapporto fra queste associazioni ed i servizi allo scopo di aprire un primo strumento di tutela dei diritti soggettivi del malato.

Sull'importanza cruciale di queste funzioni attribuite al dipartimento vorremmo in particolare richiamare l'attenzione.

La disponibilità e la buona qualità delle strutture identificate al comma 4 dell'articolo 6 sono condizione necessaria ma non ancora sufficiente per la cura, la riabilitazione, l'integrazione del malato di mente e la tutela della salute mentale di una popolazione. Ciò che ancora occorre è un lavoro che consenta alla medicina non psichiatrica di riapprendere il rapporto con il malato di mente, allo scopo sia di tutela piena della salute di quest'ultimo (si veda il rapporto con la medicina specialistica dell'ospedale generale) sia di un intervento psichiatrico il più tempestivo (la collaborazione con la medicina di base).

Dal canto suo il carcere deve apprendere a far a meno dell'internamento psichiatrico.

Ciò da un lato richiama la necessità di una riforma dell'ospedale psichiatrico giudiziario (questione drammatica che non è alla portata del presente disegno di legge) ma dall'altro significa che fin da ora il dipartimento di salute mentale può e deve assumersi compiti in questo ambito.

Ma il dipartimento può anche, anzi deve, delegare compiti e chiamare alla collaborazione. Innanzi tutto gli utenti e i loro familiari che in questi anni sono notevolmente cresciuti sul piano culturale ed organizzativo: in molti luoghi dove si sono aperte nuove esperienze di implementazione della riforma è stata di grande importanza l'azione di queste associazioni che continuano ad avere un ruolo costruttivo di critica e di collaborazione.

In alcune situazioni le associazioni hanno dato vita a veri e propri servizi per la riabilitazione e la socializzazione che operano nel quadro del dipartimento ed in stretta collaborazione con la struttura pubblica. Queste ed altre esperienze di integrazione tra strutture del dipartimento e strutture del privato non speculativo si sono rivelate per molti aspetti estremamente preziose e ci pare vadano incoraggiate e diffuse.

I progetti-obiettivo delle regioni prevedono progetti speciali per il superamento dell'ospedale psichiatrico che, nel caso abbia solo degenti collegati alla competenza del dipartimento, è compito del dipartimento predisporre, in stretta integrazione funzionale ed operativa con i servizi socio-assistenziali; nei casi in cui il bacino di provenienza dei degenti dell'ospedale psichiatrico coincida con più dipartimenti o regioni, è compito della Consulta regionale predisporre e coordinare il progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico, da attuarsi in stretto raccordo con i dipartimenti di salute mentale e con le USL di provenienza dei degenti.

La riconversione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici definita in accordo con i comuni titolari delle aree esclude il loro utilizzo ad uso psichiatrico, mentre il ricavato delle alienazioni è reso a disposizione dei servizi di salute mentale. Inoltre si

XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

prevede che le Consulte regionali, in collaborazione con i coordinatori socio-assistenziali delle USL ove esistono, predispongano piani per il superamento degli istituti di ricovero assistenziale per disabili psichici mediante programmi di ristrutturazione degli istituti in comunità di tipo familiare, residenziale o terapeutico; programmi individualizzati di riabilitazione, risocializzazione e dimissione, con la creazione di idonee strutture di assistenza territoriale, di ospitalità e di reinserimento lavorativo; piani per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa.

L'articolo 7 prevede che le USL provvedano, nell'ambito del progetto obiettivo regionale, alla istituzione o riorganizzazione del dipartimento di salute mentale (DSM).

Secondo l'articolo 8, le USL, in base a uno schema regionale, sono autorizzate a stipulare convenzioni con enti, associazioni non speculative, cooperative presenti sul territorio regionale sia per attività di sostegno e socializzazione, che per la realizzazione di strutture residenziali e riabilitative quali case-famiglie o sedi per l'assistenza extra-ospedaliera di piccole dimensioni.

L'articolo 9 prevede che le regioni attivino analoghi servizi territoriali per la tutela della salute mentale nell'età evolutiva secondo moduli organizzativi dipartimentali che lavorino in stretta integrazione con i servizi materno-infantili, con gli eventuali presidi ospedalieri o universitari di neuropsichiatria infantile ove esistono, con le strutture scolastiche, con le associazioni di volontariato e i servizi socio-assistenziali ed educativi. Analogamente a quanto si prevede per l'adulto, si predispongono, nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale, ricerche sull'efficacia educativa di differenti modalità di inserimento in ambito scolastico e sugli interventi preventivi e di riqualificazione dei servizi per prevenire e ridurre la frequenza di *handicaps* e disturbi mentali infantili; si prevede che le

regioni istituiscano programmi di coinvolgimento dei familiari degli utenti dei servizi di salute mentale.

L'articolo 10 prevede che le regioni, sentite le Consulte regionali, promuovano, e per quanto di loro competenza attuino, una articolazione integrata dei servizi di salute mentale con le strutture assistenziali. Inoltre promuovano, e per quanto di competenza attuino, il coordinamento tra USL ed enti locali con competenze socio-assistenziali al fine di assicurare: interventi economici a favore delle persone portatrici di disturbi psichici; mantenimento in case-famiglia; sostegno e reinserimento lavorativo; forme di agevolazione e di supporto economico e normativo a favore di cooperative finalizzate; corsi di formazione professionale; quote vincolate di alloggi economici popolari.

L'articolo 11 stabilisce che per l'attuazione di quanto previsto sia vincolata una quota di spesa corrispondente, per il triennio 1993-1995, a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario interregionale e di un'altra quota, pari al 6 per cento sullo stanziamento previsto dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 per la costruzione e la ristrutturazione delle strutture previste in questa legge.

L'articolo 12 definisce le modalità con cui le regioni o, in ultima istanza la Presidenza del Consiglio dei ministri, possono provvedere ad atti sostitutivi in caso di inadempienza collegata all'istituzione dei DSM.

Onorevoli senatori, ripresentiamo con gli opportuni aggiustamenti, il disegno di legge presentato nella scorsa legislatura dalla senatrice Ongaro Basaglia; confidiamo di ritrovare intorno ad esso quella convergenza unitaria che già allora si era manifestata tra i membri della XII Commissione igiene e sanità, anche grazie al costante impegno profuso su questi temi dalla sua prima promotrice.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 8, settimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è istituita nell'ambito del Consiglio sanitario nazionale la Consulta permanente per la salute mentale, di seguito denominata «la Consulta». Essa è costituita da sei membri designati tra gli assessori regionali componenti del Consiglio sanitario nazionale, rappresentanti delle regioni del Nord, Centro, Sud e Isole (classificazione Istat), e da tre rappresentanti designati dalle associazioni di utenti e familiari che operano nel campo della salute mentale maggiormente rappresentative sul piano nazionale, nonché da tre esperti designati dal Consiglio sanitario nazionale. È presieduta dal presidente del Consiglio sanitario nazionale.

2. Alla Consulta sono attribuite funzioni di consulenza e proposta nei confronti del Governo e delle regioni per la realizzazione delle linee generali di intervento a tutela della salute mentale, nel quadro delle disposizioni di cui agli articoli 3, 4, 5, 6 e 7.

3. Per gli scopi di cui al presente articolo la Consulta svolge i seguenti compiti:

a) indicazione delle dotazioni finanziarie di parte corrente e in conto capitale assegnate dal Fondo sanitario interregionale a destinazione vincolata, relative al settore della promozione della salute mentale;

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 per l'elaborazione di atti di indirizzo e coordinamento alle regioni nel settore della promozione della salute mentale e nella predisposizione

di 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;

d) predisposizione, nell'ambito della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, di cui al terzo comma dell'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di un rapporto sullo stato di avanzamento della realizzazione dei servizi e del superamento degli ospedali psichiatrici, rispetto ai programmi previsti dai progetti-obiettivo per la salute mentale.

Art. 2.

1. Per l'assolvimento dei compiti di cui all'articolo 1, la Consulta si avvale delle strutture e delle competenze dell'Istituto superiore di sanità, al quale vengono affidati il compito di monitoraggio delle attività programmate e l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale nel settore della salute mentale.

2. Di concerto con le regioni, la Consulta permanente per la salute mentale si fa promotrice della individuazione, presso ogni regione, all'interno dei progetti-obiettivo per la salute mentale, di una o più aree pilota di azione-ricerca. Le relative sperimentazioni saranno seguite dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con gli Osservatori epidemiologici regionali di cui all'articolo 4, allo scopo di fornire ad ogni scadenza triennale indicazioni alla programmazione regionale e nazionale.

Art. 3.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono ovvero adeguano agli obiettivi di cui al comma 2, il progetto-obiettivo per la promozione della salute mentale, tenendo conto, se approvati, dei piani sanitari regionali, fino all'approvazione del Piano sanitario nazionale.

2. Il progetto-obiettivo. di cui al comma 1, deve prevedere 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) attivazione e potenziamento dei servizi di salute mentale di cui agli articoli 33 e 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) attivazione e potenziamento dei servizi 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 servizi di salute mentale, l'associazionismo, il volontariato e gli enti a carattere privato non speculativo per attività di sostegno, socializzazione e reinserimento delle persone con disturbi psichici.

Art. 4.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscono la Consulta regionale per la tutela della salute mentale, presieduta dall'assessore regionale alla sanità e composta dai coordinatori dei dipartimenti di salute mentale presenti nella regione e da un rappresentante designato dall'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) e, ove vi siano competenze separate, anche da un rappresentante dell'assessorato regionale ai servizi sociali, nonché da rappresentanti delle associazioni e del volontariato, presenti sul territorio, che operino nel campo della salute mentale.

2. La Consulta regionale di cui al comma 1 ha compiti di consulenza e proposta nei confronti della regione e delle USL, per la predisposizione, l'attuazione e la verifica del progetto-obiettivo regionale. A tal fine, la Consulta si avvale dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

Art. 5.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *a)* del comma 2 dell'articolo 3, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita la Consulta regionale:

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 e sul loro destino a distanza di tempo; 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) propongono 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 gestione di tali programmi si intendono coinvolte anche le associazioni locali di utenti, familiari, cittadini che operino nel campo della salute mentale e della tutela dei diritti del malato.

Art. 6.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *b)* del comma 2 dell'articolo 3, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Consulte regionali, disciplinano la istituzione o la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale di cui agli articoli 17 e 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il dipartimento di salute mentale ha funzioni di programmazione e coordinamento di tutti i servizi e le attività che ne fanno parte.

2. Le cliniche psichiatriche delle università afferiscono al dipartimento di salute mentale, con compiti di organizzazione o di partecipazione all'attività di un singolo dipartimento stesso, con funzioni di assi-

stenza e cura, sulla base di apposite convenzioni stipulate tra le università e la regione, ai sensi dell'articolo 39 della citata legge n. 833 del 1978. Le cliniche psichiatriche e gli istituti universitari di psicologia per le loro competenze specifiche svolgono attività di ricerca e formazione in tutte le strutture dell'area dipartimentale e nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale.

3. La direzione del dipartimento è definita dalla regione, tenendo conto delle indicazioni della Consulta regionale, nella salvaguardia della rappresentanza delle diverse figure professionali presenti nel dipartimento.

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

a) centri o servizi di salute mentale per un massimo di cinquantamila abitanti, che assicurino, per almeno dodici ore al giorno compresi i giorni festivi, attività di diagnosi e cura ambulatoriali, domiciliari ed in regime di ospitalità diurna, nonché un servizio anche festivo di pronta reperibilità, ventiquattro ore su ventiquattro, collegato funzionalmente al servizio di emergenza di cui alla lettera c). Il centro o servizio dovrà comunque predisporre, o al proprio interno o in strutture residenziali con al massimo cinque posti letto, ad esso collegate, possibilità di ospitalità notturna, al fine di consentire forme integrate di ospitalità diurno-notturna per i trattamenti sanitari volontari e, ove ricorrano i requisiti di legge, per quelli obbligatori;

b) servizi ospedalieri per diagnosi e trattamento sanitario, volontario ed obbligatorio, in condizioni di degenza ospedaliera a norma dell'articolo 34 della citata legge n. 833 del 1978, il cui numero deve essere rapportato alla proporzione di non più di un posto letto ogni diecimila abitanti;

c) servizio di emergenza psichiatrica con compiti di raccolta e smistamento delle richieste di intervento in fase di acuzie, di regola svolto da centri o servizi di salute mentale. Ove tale servizio non sia svolto direttamente dai centri o servizi, esso è ad essi funzionalmente collegato, nonché al

dipartimento di emergenza e accettazione dell'ospedale generale. Il trasferimento del malato in corso di trattamento sanitario obbligatorio alla sede ospedaliera o al servizio o centro di salute mentale deve prevedere la presenza di personale sanitario del dipartimento di salute mentale;

d) case-famiglia con non più di sei posti letto e sedi per l'assistenza extraospedaliera in residenze per un massimo di dieci 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. I dipartimenti di salute mentale devono inoltre assicurare lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) integrazione tra medici di base, distretti sanitari e servizi di salute mentale;

b) interventi dei servizi di salute mentale all'interno dei penitenziari, tramite convenzionamento delle USL con gli istituti carcerari, al fine di garantire il diritto alla salute dei cittadini detenuti; collaborazione tra servizi di salute mentale ed ospedalieri psichiatrici giudiziari, allo scopo di consentire la dimissione, la riabilitazione e la risocializzazione di coloro che abbiano concluso il periodo in internamento o le cui condizioni siano tali da consentire la revoca anticipata della misura di sicurezza;

c) attivazione di funzioni di consulenza e supervisione da parte dei servizi di salute mentale, finalizzate al superamento delle strutture sanitarie ed assistenziali per disabili psichici, di cui al comma 8;

d) collaborazione tra servizi di salute mentale e strutture locali di associazioni o enti a carattere privato non speculativo, cooperative di servizi, associazioni di volontariato ed associazioni di utenti, familiari, e cittadini che operino nel campo della salute mentale e della tutela dei diritti del malato, allo scopo di assicurare la partecipazione della comunità alle attività di sostegno, socializzazione e reinserimento delle persone con disturbi psichici;

e) predisporre strumenti adeguati a consentire al singolo utente, alla famiglia, alle associazioni di utenti, familiari, cittadini, che operino nel campo della salute mentale e della tutela dei diritti del malato, l'accesso alle informazioni sull'attività dei servizi, sullo stato di avanzamento dei programmi in corso, sui piani in discussione, nonché predisporre modalità adeguate di raccolta sia di suggerimenti e proposte che di informazioni sulle violazioni dei diritti soggettivi e dei principi configurati dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della citata legge n. 833 del 1978 e successive modificazioni.

6. I progetti-obiettivo per la promozione della salute mentale, di cui all'articolo 3, comma 1, prevedono progetti speciali per il superamento dell'ospedale psichiatrico, per il quale è riconfermata la cessazione di ogni forma di ricovero. Nei casi in cui l'ospedale psichiatrico abbia degenti provenienti esclusivamente dal territorio di competenza del dipartimento di salute mentale, è compito del dipartimento stesso predisporre ed attuare il progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico. Tale progetto deve essere articolato secondo:

a) programmi individualizzati di riabilitazione e dimissione dei ricoverati;

b) piani di riqualificazione e trasferimento del personale ai servizi territoriali del dipartimento di salute mentale; e deve essere attuato in stretta integrazione funzionale ed operativa con i servizi socio-assistenziali, nel quadro di quanto disposto all'articolo 8, attivando anche quelle forme di collaborazione con la comunità di cui alla lettera d) del comma 5.

7. Nei casi in cui il bacino di provenienza dei degenti dell'ospedale psichiatrico coincida con più dipartimenti o regioni, è compito della Consulta regionale predisporre e coordinare il progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico, da attuarsi in stretto raccordo con i dipartimenti di salute mentale e con le USL di provenienza dei degenti, secondo le indicazioni di cui al comma 6. In questi casi l'assessore alla sanità della regione nomina, su parere della

Consulta regionale, un responsabile per il progetto speciale di superamento dell'ospedale psichiatrico, o degli ospedali psichiatrici, qualora nella regione vi siano diversi ospedali con bacino di utenza pluridipartimentale o interregionale, con il compito di proporre e attuare i programmi di superamento degli ospedali psichiatrici stabiliti dalla Consulta regionale.

8. La riconversione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici deve essere definita secondo piani predisposti in accordo con i comuni titolari delle aree e deve comunque escludere il loro utilizzo ad uso psichiatrico in qualunque forma. Il ricavato di eventuali alienazioni del patrimonio immobiliare e delle aree deve essere messo a disposizione del progetto di attivazione e potenziamento dei servizi di salute mentale.

9. Le Consulte regionali, in collaborazione con i coordinatori socio-assistenziali delle USL ove esistono, predispongono piani per il superamento degli istituti di ricovero assistenziale per disabili psichici. Tali piani prevedono:

a) programmi di ristrutturazione degli istituti di ricovero in comunità di tipo familiare, residenziale o terapeutico;

b) programmi individualizzati di riabilitazione, risocializzazione e dimissione, con la previsione di idonee strutture di assistenza territoriale, di ospitalità e di reinserimento lavorativo;

c) piani per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa, da attuarsi in stretta integrazione con gli ospedali generali, secondo quanto disposto dall'articolo 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, con i servizi di salute mentale e con i servizi socio-assistenziali.

Art. 7.

1. Nell'ambito del progetto-obiettivo regionale per la promozione della salute mentale, le USL provvedono, entro sei mesi dalla data della sua approvazione, alla istituzione o alla riorganizzazione del dipartimento di salute mentale.

Art. 8.

1. Per la realizzazione degli obiettivi di cui alla lettera *e*) dell'articolo 3, nonché per la realizzazione e gestione di strutture residenziali e riabilitative secondo la tipologia di cui alla lettera *d*), comma 4, articolo 6, le USL, sulla base di uno schema unico predisposto dalla regione entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stipulano convenzioni con cooperative di servizi, enti ed associazioni a carattere privato non speculativo, associazioni di volontariato, associazioni di familiari ed utenti, presenti nel territorio regionale.

Art. 9.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *c*) del comma 2 dell'articolo 3, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Consulte regionali:

a) disciplinano l'attivazione dei servizi territoriali per la promozione della salute mentale nell'età evolutiva nell'ambito del dipartimento di salute mentale, in stretta integrazione con i servizi materno-infantili, con gli eventuali presidi ospedalieri o universitari di neuropsichiatria infantile ove esistono, con le strutture scolastiche, con le specifiche associazioni di volontariato e con i servizi socio-assistenziali ed educativi;

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

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

Art. 10.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui alla lettera *d*) del comma 2 dell'articolo 3,

le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentite le Consulte regionali, disciplinano la promozione, e per quanto di competenza attuano, l'articolazione integrata dei servizi di salute mentale con i servizi socio-assistenziali; comunità di tipo familiare, residenziale; centri diurni di riabilitazione intensiva; centri di riabilitazione e socializzazione a carico dei servizi socio-assistenziali, prevedendo anche attività programmate di operatori sanitari all'interno dei servizi socio-assistenziali e viceversa.

2. Le regioni, sentite le Consulte regionali, promuovono, e per quanto di competenza attuano, il coordinamento tra USL ed enti locali con competenze socio-assistenziali, al fine di assicurare i seguenti interventi a favore delle persone portatrici di disturbi psichici: assistenza economica individuale e familiare; mantenimento in case-famiglia; sostegno e reinserimento lavorativo nelle normali aziende pubbliche, private e negli enti; forme di agevolazione e di sostegno economico e normativo a favore di cooperative finalizzate e corsi di formazione professionale; quote vincolate di alloggi economici popolari.

Art. 11.

1. Per l'attuazione di quanto previsto 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 interregionale; è altresì vincolata una quota pari al 6 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.

Art. 12.

1. Qualora le USL non provvedano entro il termine indicato di cui all'articolo 7 all'istituzione del dipartimento di salute mentale, il presidente della Giunta regionale nomina un commissario *ad acta* il quale

istituisce un dipartimento di salute mentale, reperendo il personale necessario anche in deroga alle normative vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti.

2. Qualora entro i successivi trenta giorni, dal 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 Presidente del Consiglio dei ministri.