



Senato della Repubblica  
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter  
**DDL S. 2575**

Disposizioni in materia di salute mentale

18/12/2022 - 07:22

# Indice

1. DDL S. 2575 - XVIII Leg. ....	1
1.1. Dati generali ....	2
1.2. Testi ....	3
1.2.1. Testo DDL 2575 ....	4

## **1. DDL S. 2575 - XVIII Leg.**

# 1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge  
Atto Senato n. 2575  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni in materia di salute mentale

---

Iter

**5 aprile 2022:** da assegnare

**Successione delle letture parlamentari**  
**S.2575**

**da assegnare**

---

Iniziativa Parlamentare

[Mino Taricco](#) ( [PD](#) )

**Cofirmatari**

[Andrea Ferrazzi](#) ( [PD](#) ), [Tatjana Rojc](#) ( [PD](#) ), [Salvatore Margiotta](#) ( [PD](#) ), [Roberta Pinotti](#) ( [PD](#) ),  
[Eugenio Comincini](#) ( [PD](#) ), [Stefano Collina](#) ( [PD](#) ), [Francesco Giacobbe](#) ( [PD](#) ), [Dario Stefano](#) ( [PD](#) ),  
[Bruno Astorre](#) ( [PD](#) ), [Valeria Fedeli](#) ( [PD](#) ), [Tommaso Cerno](#) ( [PD](#) )

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **5 aprile 2022**; annunciato nella seduta n. 422 del 5 aprile 2022.

Classificazione TESEO

MALATI MENTALI

**Articoli**

TUTELA DELLA SALUTE (Artt.1, 5, 16, 18), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.3, 5, 7, 18, 21-23), DECRETI MINISTERIALI (Artt.3, 7, 18, 21, 22), PROGRAMMI E PIANI (Artt.3, 4, 14), OSSERVATORI (Artt.3, 8, 18, 21, 22), PIANO SANITARIO NAZIONALE (Artt.3, 4, 14), DIPARTIMENTI (Artt.5-6, 9, 11-13, 17), CENTRI DI IGIENE MENTALE (Artt.5, 12), CONFERENZA STATO REGIONI (Artt.5, 7, 21), REGIONI (Artt.5, 6, 7, 12, 15, 21-23), PSICHIATRI (Artt.5, 6), ASSISTENZA PSICHIATRICA (Artt.5, 9, 12, 14), FORMAZIONE PROFESSIONALE (Artt.7, 12, 17), CORSI DI AGGIORNAMENTO (Artt.7, 12, 17), ACCORDI E CONVENZIONI (Art.8), GARANTE (Artt.8, 9), SERVIZI DI EMERGENZA (Art.9), TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI (Artt.9, 10), CONSENSO (Art.9), OSPEDALI PSICHIATRICI (Artt.10, 20), MISURE CONTRO LA DISOCCUPAZIONE (Art.11), QUESTIONE DELLA CASA (Artt.11, 15), CENTRI E STRUTTURE DI UTILITA' SOCIALE (Artt.11, 15), CARCERI (Art.12), MISURE DI DETENZIONE PREVENZIONE E SICUREZZA (Art.12), PROVINCE AUTONOME (Artt.12, 22), SUICIDIO (Art.14), CONTROLLI DI QUALITA' (Art.18), CLINICHE E POLICLINICI UNIVERSITARI (Art.20), ASSISTENZA SANITARIA (Art.21), RUOLI E PIANTE ORGANICHE (Art.21), ISTITUZIONE DI ENTI (Art.21), FONDI DI BILANCIO (Art.23)

## **1.2. Testi**

## 1.2.1. Testo DDL 2575

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 2575

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **TARICCO**, **FERRAZZI**, **ROJC**, **MARGIOTTA**, **PINOTTI**,  
**COMINCINI**, **COLLINA**, **GIACOBBE**, **STEFANO**, **ASTORRE**, **FEDELI** e **CERNO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 APRILE 2022

Disposizioni in materia di salute mentale

Onorevoli Senatori. - La legge 13 maggio 1978, n. 180, comunemente nota come legge Basaglia, ha introdotto in Italia una rivoluzione nel campo della salute mentale perché ha disposto la chiusura dei manicomi, ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale siano volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni, e ha disposto che « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extra ospedalieri ».

Di queste innovazioni, quella sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica non ha ancora trovato nella legislazione e, soprattutto, nelle pratiche quotidiane un'adeguata attuazione.

Di fatto, a tutt'oggi, gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali attuati di norma dai servizi e presidi extra ospedalieri difettano ancora di una cornice di principi generali chiari, forti e condivisi per orientarne l'operatività e di norme di dettaglio che stabiliscano i ruoli di utenti, familiari e operatori.

L'ultimo atto che si è occupato di attuare i principi della legge n. 180 del 1978 è stato il progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 », di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 22 novembre 1999, n. 274. Si tratta di un testo sicuramente condivisibile, ma privo per sua propria natura della forza normativa necessaria per sancire innovazioni di principio e di dettaglio uniformi a livello nazionale, ed è ormai ampiamente datato. Accanto all'atrofia normativa che si palesa a livello nazionale, la situazione regionale è altrettanto carente, nella misura in cui la maggioranza delle regioni ha emanato leggi specifiche, ma prive di respiro nazionale, per cui rimangono tra di esse significative divergenze e un sostanziale scoordinamento.

Infine, è purtroppo sempre mancata, nella pubblica amministrazione, una rete istituzionale che, a maggior ragione in assenza di un impianto legislativo forte, tenesse insieme il variegato e diversificato mondo della salute mentale italiana e condividesse dati, buone pratiche, obiettivi, linee di lavoro e indirizzi condivisi.

Dal momento della sua approvazione, ormai più di quaranta anni fa, la legge Basaglia ha aperto contraddizioni profonde tra chi la considerava « sbagliata » e quindi da modificare, e in qualche misura la causa di tutti i limiti nella gestione della salute mentale nel nostro Paese, e chi invece la considerava, e la considera, una icona immodificabile.

La legge n. 180 del 1978 (e le sue disposizioni riprese dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale) era, e rimane, una norma quadro, di indirizzo e non invece un elenco delle cose da fare nel quotidiano della salute mentale italiana. Era e rimane innanzi tutto una cornice intorno a quei tre principi citati in premessa così fortemente innovativi.

A riempire di contenuti quella innovazione rivoluzionaria toccava e tocca ad altri provvedimenti legislativi e ad atti e provvedimenti coerenti e conseguenti, affidati alla buona volontà di molti uomini

operanti nelle aziende sanitarie locali, nelle amministrazioni, nella politica locale e nella comunità tutta, nonché al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale italiani, cui troppo poco in questi quaranta anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e di protagonismo. La riduzione schematica di un confronto, a favore o contrario alla legge, appare in questo quadro limitata e per molti aspetti fuorviante.

La legge n. 180 del 1978 è un atto di grande valore etico e politico a cui dobbiamo la chiusura di luoghi dove centinaia di migliaia di cittadini italiani malati di mente avevano subito la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome.

La discussione tra i favorevoli ed i contrari ha disperso energie che sarebbero potute essere invece tutte destinate a dare attuazione a quel terzo principio contenuto nella legge n. 180 del 1978, quello del « chi fa che cosa, dove e quando », per garantire a tutti i cittadini italiani, in tutti i loro luoghi di vita, cure appropriate.

Se è vero che in alcune aree del Paese lo spirito e i principi della legge n. 180 del 1978 sono compiutamente realizzati, rimane altrettanto vero che in molte parti del Paese la qualità dell'assistenza psichiatrica lascia ancora a desiderare.

Rimane al momento ancora incompiuta la necessità di definire i principi generali che, in quanto tali, devono essere di competenza del legislatore nazionale, per animare l'operatività quotidiana dei servizi di salute mentale, tracciando la cornice di un sistema di buona salute mentale che sappia fare del pensare positivo, del « fare assieme » tra utenti, familiari, operatori e cittadini, dell'incontro tra saperi, della guarigione sempre possibile, del miglioramento continuo e della qualità prestazionale, i suoi riferimenti portanti.

Quello che appare quindi doveroso, nel riconoscere i meriti della legge n. 180 del 1978, è preoccuparsi di rendere realmente concreta e operativa quella territorializzazione dei servizi che essa, per la sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non prevedeva.

Nessuno più oggi vuole riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione debbano essere attuati nel territorio.

Rimane sospesa la questione sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO), che è ancora parte del dibattito attuale sulla legge n. 180 del 1978, ma che può verosimilmente trovare una sua composizione in un quadro complessivo di più ampio e meditato respiro.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, cinque obiettivi fondamentali:

- 1) essere in continuità con lo spirito e con i principi che hanno animato la legge n. 180 del 1978 e riprendere i contenuti di base del citato progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 »;
- 2) definire alcuni principi generali che sono oggi ineludibili per dare « gambe robuste » ad una buona salute mentale di comunità, quale quella attesa da più di quaranta anni in tutto il Paese;
- 3) garantire la declinazione di quadro ad alcuni degli aspetti più importanti del principio « cosa, dove, come, quando e perché » per garantire uniformità di prestazioni e di diritti ai cittadini italiani;
- 4) garantire il massimo coinvolgimento possibile degli utenti dei servizi di salute mentale e dei loro familiari nei percorsi di cura, valorizzandone al meglio il sapere esperienziale;
- 5) garantire nelle prestazioni un'attenzione continua ai processi di miglioramento continuo della qualità.

Nel presente disegno di legge si pensa alla salute mentale come a un mondo ricco di risorse positive che può contribuire a rilanciare una dimensione di comunità dove abbiano particolare diritto di cittadinanza alcune parole chiave, adeguate per la salute mentale, ma anche capaci di dare il loro piccolo ma importante contributo per rilanciare un'Italia che sappia guardare al futuro in modo positivo e sorridente.

Questo disegno di legge riprende il lavoro fatto nella precedente legislatura con la proposta di legge a prima firma dell'onorevole Ezio Casati, nata dal confronto con il movimento « Le Parole ritrovate », dai contenuti della sua legge di iniziativa popolare, cosiddetta la « 181 » e dal suo approccio del « fare assieme » che vede il più possibile l'impegno condiviso di utenti, familiari, operatori e cittadini.

Ciascuno con le sue difficoltà, ma ciascuno anche con le sue risorse e con il suo sapere. Impegnati non tanto a combattere contro qualcosa o qualcuno, ma a costruire una casa comune, aperta e colorata, dove ciascuno trova il suo posto e contribuisce a migliorare quello del vicino. Menti e cuori che si intrecciano, si scambiano esperienze e saperi e diventano reciprocamente compagni di strada, di scuola e di vita.

Vi è stato un tempo in cui cambiare il mondo era sentito come doveroso, sembrava semplice e possibile. In quella stagione entusiasmante si erano chiusi i manicomi, emblemi di morte civile, e si era maturata la convinzione che anche le persone con disturbi psichici importati dovessero ritrovare nelle loro comunità dignità e futuro. Non è andata sempre ed ovunque come auspicato, e sentiamo il dovere di porvi riparo.

In Italia oggi sono almeno 800.000 le persone che soffrono di malattie mentali importanti. Sommiamo a esse almeno 2 milioni di familiari e siamo a 3 milioni di persone che tutti i giorni devono confrontarsi con il dramma della malattia mentale « grave ». Una battaglia tra le più pesanti che può capitare nella vita di una famiglia.

Un « 11 settembre », come ci ricorda ogni tanto qualche genitore. L'impensabile irrompe nel quotidiano. Un figlio, un fratello, un nipote che fino al giorno prima camminava sereno al nostro fianco è diventato un altro: straziato dal convincimento di essere al centro della peggiore delle congiure, inseguito da voci che lo maltrattano, incapace di guardare alle piccole cose quotidiane se non per vedervi la fine del mondo.

La persona che ha incontrato la malattia mentale e ne ha fatto esperienza impara che, se da un lato c'è la speranza della guarigione, e molti, almeno i due terzi, guariscono, dall'altro c'è l'incubo che la malattia finisca, prima o poi, per ritornare, per stravolgerle nuovamente la vita, lasciandola troppo spesso senza fiato e senza speranza. Senza capire cosa le è successo e senza sapere cosa ancora l'aspetta. Quella persona si guarda attorno e non trova consolazione, non vede futuro. Capisce che la sua famiglia, per quanto fino al giorno prima magari forte e unita, ha « perso la bussola » e va alla deriva in un mare sconosciuto.

Paradossalmente il manicomio una sua « risposta » la dava. Cancellava i suoi reclusi e con il tempo consegnava alle loro famiglie una sorta di oblio nebbioso, come quello che accompagna il migrante in terre lontane da cui si intuisce non esserci biglietto di ritorno.

La rivoluzione della legge n. 180 del 1978 ha cancellato l'obbrobrio del manicomio e ha riportato migliaia di persone a vivere nel proprio paese, nella propria famiglia, attuando nei loro confronti una scelta di giustizia e di umanità. Ma ha lasciato un impegno, un impegno che il Paese e la comunità civile sono chiamati ad onorare nonostante ogni difficoltà: l'impegno di accompagnare le persone e le loro famiglie attraverso la malattia mettendoci scienza, coscienza e passione, per assicurare loro la migliore delle vite possibili. Perché tutte le volte che dalla malattia non si può, o non si riesce, a guarire si può sempre comunque garantire una qualità di vita almeno decorosa, presenza e calore, vicinanza concreta nei momenti della crisi più buia, sostegno tangibile per (ri)avvicinarsi al lavoro, alla gente e alla vita.

Quando si sono chiusi i manicomi si dava per scontato che questo sarebbe successo sempre e dovunque, che tutte le persone che vi erano ricoverate avrebbero avuto certezza di buone cure e così le loro famiglie, che avrebbero avuto sostegno e aiuto.

Purtroppo non sempre alla prima tappa di un lungo cammino è seguito lo snocciolarsi di un percorso coerente e la conclusione del viaggio. Chiudendo i manicomi si è avviata una sfida di cui (forse) non si era fino in fondo consapevoli. Una sfida fondamentale della cui bontà nessun dubbio ci deve cogliere. Ma è una sfida che dobbiamo, per amore della verità, riconoscere di avere finora, almeno in molte parti di Italia, non ancora vinto e neanche pareggiato. Una sfida che ritroviamo tutte le volte che una persona o un suo familiare arriva ai servizi di salute mentale a gridare la sua disperazione e non vi trova quell'accoglienza, quell'ascolto, quelle cure che sono un suo preciso diritto.

L'Italia è un Paese capace di fare cose straordinarie e purtroppo anche capace di non meritare la sufficienza di fronte a doveri elementari. E così la persona malata e la sua famiglia quando arrivano in un servizio di salute mentale, a seconda dei momenti e delle realtà, possono trovarvi le cure tra le



migliori al mondo, ma anche incuria e ignavia delle peggiori.

La spinta di queste considerazioni e di queste motivazioni è alla base di questo nuovo disegno di legge. Perché è nostro dovere creare le premesse per una equità di cure che deve accompagnare ogni persona ed ogni famiglia da Bolzano a Trapani, da Lecce ad Aosta, in tutto il Paese. Ed oggi purtroppo non è ancora così. Eppure oggi curare la « follia » è possibile, e spesso è possibile guarirla e, se non guarirla, almeno ammorbidirne i percorsi e gli esiti. E se si può fare, dobbiamo farlo, in tutto il Paese.

Noi pensiamo, e per fortuna non siamo i soli, che occorre « aiutare » le realtà in ritardo. Aiutare con l'esempio, con la buona pubblicità, con il « passaparola » e anche con una legge, per costringere gli ignavi, e chi sino ad ora non vi è riuscito, ad onorare un impegno assunto più di quaranta anni fa.

Per capire cosa vuole produrre questo disegno di legge diamo voce e spazio anzitutto a dieci tra le azioni più importanti (e di facile presentazione) che dobbiamo garantire ad ogni persona e alla sua famiglia, e che sono ancora oggi assenti o inadeguate in troppe parti del nostro Paese.

Nello stesso spirito positivo e innovativo che ha visto nascere la legge n. 180 del 1978 di cui questa proposta si sente figlia.

### 1. La fiducia e la speranza

La Dichiarazione d'Indipendenza degli Stati Uniti d'America sancisce per tutti i cittadini il « diritto alla ricerca della felicità ». Questo disegno di legge vuole sancisce il diritto « alla fiducia e alla speranza » per tutti gli utenti e i familiari che frequentano i servizi di salute mentale, e le due cose sono strettamente legate.

Oggi quando una persona e i suoi familiari iniziano un percorso nella malattia mentale, e perciò nei servizi deputati a curarla, ancora in molte situazioni purtroppo non sono messi in condizione di poter nutrire fiducia e speranza. Non perché medici e operatori siano necessariamente indifferenti, ma perché il dramma che li ha colpiti lascia ben poco spazio e dimensioni come la fiducia e la speranza. Oggi è chiaro a tutti che senza fiducia e speranza pretendere di curare la malattia mentale è come guidare di notte a fari spenti e pensare di arrivare sani e salvi alla meta.

Nella pratica quotidiana purtroppo non tutti gli operatori (ma anche familiari, amici e cittadini) colgono fino in fondo l'importanza di mettere al primo posto un rapporto di fiducia e un investimento sulla speranza.

Eppure se chiediamo a 100 utenti dell'Italia della salute mentale siamo fortunati se ne troviamo 50 che pensano di avere con chi li cura un rapporto che cresce all'insegna della fiducia e della speranza.

Quando è presente permette a ciascuno di credere nelle proprie risorse, nell'importanza e nell'unicità dell'altro: il medico nella persona malata e la persona malata nel medico. Questo disegno di legge vuole mettere la fiducia e la speranza al primo posto, al primo articolo, e pretende che siano misurate.

### 2. Luoghi belli per salute mentale

Chi ha avuto la possibilità di visitare in Italia i luoghi della salute mentale ha potuto cogliere come ancora in troppi luoghi e spazi per i servizi di salute mentale non sorga spontaneo dire « che bel posto », poltroncine colorate, quadri alle pareti, tabelle indicative non fatte a computer. È vero che i servizi di salute mentale hanno « solo » quaranta anni di vita, ma sicuramente sarebbe stato necessario, e sarà necessario, collocarli in luoghi ben più decorosi. Negli ultimi anni qualcosa si è mosso nella giusta direzione, ma è ancora davvero troppo poco. E ovviamente questo non ha nulla a che fare con il lusso, o con la ricerca dell'estetica, ma attiene all'importanza di dare voce alla sofferenza in luoghi che non la mortifichino ulteriormente. Non sarà la poltroncina colorata o la parete color pastello a « guarire » la persona che soffre, ma non lo aiuterà nemmeno sedersi su sedie rotte o attraversare corridoi che non sono stati ridipinti da anni. E allora chiediamo che i luoghi che ospitano la sofferenza mentale abbiano un decoro che in una scala da 1 a 10 valga almeno 7. E allora lo scriviamo che chiediamo una campagna all'insegna del principio « in salute mentale il bello è di casa » e che le risorse, in questa stagione di rinascita, dovranno anche in questo campo cambiare la realtà che abbiamo alle spalle. Perché colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre e per tutti.

3. Sapere di ciascuno e di tutti. Utenti e familiari esperti, un *jolly* prezioso, ovvero il supporto tra pari  
Che un medico sia esperto di malattie è cosa risaputa e condivisa, che lo sia il cosiddetto « paziente »

lo è molto meno e, a volte, per niente. Eppure chiunque ha fatto o sta facendo un'esperienza di malattia, tanto più se duratura nel tempo, di quella malattia inevitabilmente diventa anche lui esperto. Pensiamo a chi ha il diabete o l'ipertensione, un tumore recidivante o l'ulcera allo stomaco: il medico gli dà le medicine e gli prescrive gli esami, ma a « vivere » tutti giorni con la malattia è proprio lui, il « paziente ». Che è chiamato a vagliare le informazioni che gli rimanda il suo corpo, cogliendone le sfumature, gli effetti pratici dell'ultima pillola, le differenze tra la teoria dei risultati attesi e la pratica della realtà vissuta. Il medico, più è bravo e capace, più sfrutterà l'esperienza del suo « paziente » per curarlo al meglio. Purtroppo è una pratica ancora non sufficientemente diffusa, forse perché permane un retaggio di pensiero che in questo modo il medico diventi meno medico e il paziente meno paziente. Mentre è vero il contrario: riconoscendo e valorizzando le esperienze e i saperi reciproci tutti diventano più sapienti. Questa proposta vuole trasmettere e radicare la consapevolezza dell'importanza dello « scambio di saperi » tra chiunque abbia a che fare con la malattia mentale, sia esso un medico, un paziente o un familiare.

Per attivare al meglio questo « scambio di saperi », questa proposta mette « dentro » il sistema sanitario, « dentro » i servizi di salute mentale utenti e familiari che hanno fatto un buon percorso di cura, che sono consapevoli del valore della loro esperienza e che quella esperienza, quel sapere, possono trasferirlo ad altri utenti e familiari che sono ancora nel pieno della malattia. E anche, cosa tutt'altro che secondaria, a operatori scettici o prevenuti.

Questo disegno di legge vede negli utenti e nei familiari, alla luce dell'esperienza maturata, uno dei suoi punti più qualificanti. Li riconosce formalmente come portatori professionisti del sapere esperienziale. In gergo sono diventati gli utenti e familiari esperti (UFE) e stanno portando vere rivoluzioni in tutte le realtà dove sono stati messi in condizione di operare.

Un'esperienza confortata dalla scienza ufficiale che vede in loro una straordinaria occasione per aumentare la centralità e il protagonismo di tutti gli utenti, e anche la fiducia e la speranza e l'adesione ai trattamenti. Una risorsa di grandissimo peso che oggi va ufficialmente sotto il nome di « supporto tra pari » e che la 2ª Conferenza nazionale sulla salute mentale del giugno 2021, voluta e organizzata dal Ministero della salute, ha messo al 1º posto tra le buone pratiche da introdurre nei servizi di salute mentali italiani.

#### 4. Per superare stigma e pregiudizi

Lo stigma e i pregiudizi legati alla malattia mentale continuano purtroppo ad essere fortemente radicati, e sono pochi coloro che potendo scegliere, vedono in una persona con malattia mentale una persona con cui parlare, andare a cena o fare un viaggio al mare. Troppo spesso, ancor prima di averci seriamente riflettuto, la vediamo incomprensibile, pericolosa, immodificabile nella sua malattia. Queste persone e le loro famiglie rischiano quasi sempre di essere cancellate dai « file » delle nostre vite e delle nostre comunità, in nome di un quieto vivere che tanto convince in astratto quanto poco poi rende felici nel quotidiano.

Sono i pregiudizi, le idee negative su cose e persone di cui nella maggior parte dei casi non abbiamo esperienza concreta o giudizio autonomo. È un sentire negativo che accompagna le persone con malattia mentale nel profondo, le fa sentire ancora più bersagliate dalla sorte. Ne complica i percorsi di cura.

Come tutti i pregiudizi anche quello sulla follia non ha basi che lo giustifichino. Basta leggere i giornali per vedere come la « follia » compare a segnare « raptus » di ogni tipo, che tanto più appaiono brutali, tanto più si portano dietro, quasi in automatico, quell'etichetta. I « matti » non commettono più reati dei cosiddetti « normali », non sono, se li avviciniamo con occhio libero, così incomprensibili e guariscono spesso. Si è detto che « le comunità hanno bisogno dei diversi per pensarsi normali », e i « matti » in questo svolgono un « ruolo utilissimo », pagando un prezzo altissimo.

Questa proposta vuole creare le condizioni affinché sullo stigma e sul pregiudizio si lavori in modo determinato più di quanto non si sia fatto sinora, nella convinzione che per combattere stigma e pregiudizio sia anzitutto necessario curare al meglio le persone che, tornando a star bene, sono il primo *sponsor* di se stesse. E poi è necessario « raccontare la verità » sulla « follia », nelle scuole innanzitutto, e con la voce dei veri protagonisti, poi per combattere stigma e pregiudizio è necessario,

in materia di salute mentale, realizzare cose belle e importanti affinché si racconti la follia non solo in materia di cronaca nera. Un modo giusto per disegnare e raccontare un'Italia migliore.

5. Il « patto di cura »: « fare squadra » è bello e avere un « garante » che ci aiuta ancora di più « Fare squadra » è sempre più una formula chiave e sinonimo di successo, di armonia e di risultato positivo nello sport, nel lavoro e nella vita in generale. Per questo è necessario « fare squadra » anche dentro il quotidiano dei servizi di salute mentale, creando le condizioni affinché nel « patto di cura » siano chiamati a collaborare anzitutto la persona malata, la sua famiglia, il medico, l'infermiere o l'educatore che lo accompagna nei luoghi di cura, un amico importante se esiste, il medico di base e le persone importanti per la persona malata.

Una squadra magari piccola ma con un obiettivo chiarissimo: vincere la battaglia con la malattia, con il sintomo, con l'isolamento, con i cattivi pensieri, con la depressione, con le voci, per ritrovare senso di vita, lavoro, socialità e sorriso. Nella realtà odierna dei servizi di salute mentale non sempre si ravvisa il profilo di « squadre » con queste caratteristiche. Magari perché la persona malata si chiama fuori, o perché la famiglia sta troppo male, o perché gli operatori invocano la *privacy* o ancora perché non sembra esserci mai sufficiente tempo per cose del genere.

Questo disegno di legge crede nella squadra del « patto di cura » sempre, perché lo dice la scienza e, ancora prima, lo dicono le esperienze di chi ci ha provato, senza alibi e senza pigrizie. Naturalmente, a funzionare, le squadre dei nostri « patti di cura » qualche problema lo incontrano. Ciascun partecipante può avere le sue ragioni per non lasciarsi coinvolgere, per prendere tempo, per scegliere di non giocare. Questa proposta scommette sulla superabilità dei problemi.

Per rafforzarsi nella nostra convinzione e soprattutto per ottenere i risultati sperati sono molto utili tre cose: avere strumenti chiari che tengano conto di ciò che la squadra sta facendo e farà, e avere un diario di bordo, come quello delle navi, tenuto da tutti i membri della squadra e non solo dal comandante. Ed infine pensiamo sia fondamentale avere nella squadra un « garante », una persona esterna al gruppo, ad esempio un UFE, che partecipa per aiutare il gruppo a fare bene tre cose: dare voce a tutti in un clima di rispetto e di condivisione, ricordarsi di prendere accordi chiari e di sottoscriverli, ritrovarsi periodicamente per verificare cosa è andato bene e cosa no.

6. Il dramma della prima, della seconda e della terza crisi

Succede sovente a chi si mette in disposizione di accoglienza di ascoltare il racconto di drammi, trasmesso con il pudore di chi fatica a raccontare le proprie disgrazie, da genitori che appena capiscono che qualcuno sta dalla loro parte cercano sollievo al loro dolore raccontandolo. Quando questi drammi escono alla luce viene sempre da chiedersi come sia possibile, per questi genitori, tollerare ferite così devastanti, ed essere ancora lì in prima linea, spesso in una drammatica solitudine, ad affrontarne di nuove. E come sia possibile che, ancora troppo spesso, a questi drammi non ci sia risposta adeguata. Quando la persona, presa nei vortici della malattia, dà sfogo estremo al suo disagio, se i servizi di salute mentale sono al suo fianco e al fianco della famiglia, e ne hanno saputo cogliere i primi segnali, quasi sempre li hanno saputi incanalare, limitare, prevenire. Se ciò invece non accade, se la persona malata e la sua famiglia vengono lasciate al loro destino, è forte il rischio che si apra il primo o l'ennesimo dramma. Purtroppo ancora troppo spesso quelle famiglie raccontano di telefonate, tanto disperate quanto a volte inutili, fatte a tanti servizi di salute mentale, per chiedere aiuto, in momenti e situazioni letteralmente drammatici, senza ricevere le risposte sperate, e quindi lasciate nel loro dramma.

Il presente disegno di legge indica i servizi di salute mentale come centrali anche in questi momenti, che devono esserci e come devono esserci, con tempi di risposta utili anche alle gestioni di emergenza, con strumenti per accompagnare la risposta ai problemi, con responsabilità chiare e definite, con il coinvolgimento di tutte le figure utili a contribuire a ridurre il peso della crisi, dal medico di famiglia all'amico del cuore. E se la crisi non si risolve nei servizi territoriali, ci sono i reparti ospedalieri, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), dove il mero contenimento ed i farmaci devono rimanere l'estrema *ratio* e non la sola norma. Questa proposta aspira a reparti come luoghi vitali, dove la persona è accolta con calore e dove da subito si lavora perché la crisi sia occasione di crescita e di

ritorno, il primo possibile, al proprio quotidiano. Questa proposta vuole vedere superata la contenzione dei muri, e con essa quella ben peggiore dei corpi. Partendo dal dato inquietante che i reparti psichiatrici italiani, dove contenere è « normale », sono più del 90 per cento! In questo senso è un fatto importante che nella 2<sup>a</sup> Conferenza nazionale sulla salute mentale del giugno 2021, il Ministro si sia formalmente impegnato a portare al tavolo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano un protocollo che abolisce le contenzioni fisiche nei reparti psichiatrici entro il 2023.

#### 7. Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse

La famiglia, sia quella di origine che quella acquisita, gioca un ruolo centrale in tutte le storie di malattia mentale. È sempre in prima fila, col suo congiunto malato, a soffrire con lui, a combattere con lui e per lui.

Una persona adulta, con il mal di cuore o con il diabete, raramente si fa rappresentare dai genitori o dal coniuge per avere cure e rispetto. Una persona adulta, che sente le voci e si sente straniero nel nostro mondo, difficilmente chiede aiuto e spesso, addirittura, lo rifiuta ostinatamente. Così è la malattia mentale. A farsene carico, a cercare aiuto sono i genitori, i coniugi, i figli e gli amici, disorientati e devastati se è la loro prima volta, più esperti, ma sicuramente non sereni, se è già successo.

A questi genitori e a questi parenti variamente disperati, terrorizzati e arrabbiati è dovuto sempre il massimo dell'ascolto, dell'attenzione e della presenza, anche quando può sembrare che sia già stato fatto tutto quello che si poteva, anche quando si pensa che con la persona malata essi dovrebbero essere più severi o più concilianti, anche quando magari arriva la centesima telefonata. Ogni famiglia ha necessità dei propri tempi per prendere dimestichezza con queste drammatiche situazioni, e non sempre questi tempi sono quelli ritenuti adeguati dai servizi di salute mentale e da chi li accompagna in questo viaggio. La realtà drammatica di queste situazioni ci racconta che questi tempi saranno tanto più brevi quanto più a queste famiglie sarà dato aiuto incondizionato mettendosi dalla loro parte.

La formula è una tripla AAA: Ascolto, Aiuto e Accompagnamento, e poi cicli di informazione, di psico-educazione, per far sì che le famiglie sappiano il più possibile della malattia, dei farmaci, delle cose che il servizio di salute mentale può e deve offrire ai loro cari. È necessario creare occasioni e incontri in cui, oltre all'informazione, si comincino a scambiare i saperi tra operatori e familiari e, cosa importantissima, le famiglie si trovino tra loro a scambiare esperienze e « scoprire » che non sono « uniche » in quel dramma.

Così come i gruppi di auto-aiuto possono essere una palestra eccezionale per imparare dall'esperienza altrui e per trovare modi per stare meglio con se stessi, pre-requisito per stare meglio con i propri familiari. E ancora, sportelli autogestiti da familiari per dare informazioni ad altri familiari e su questa lunghezza d'onda tanto altro ancora.

Tutto questo all'insegna di una consapevolezza tanto straordinaria quanto semplice: le famiglie, che all'inizio del percorso nella malattia, erano sole e disperate, possono diventare una straordinaria risorsa, non solo per il loro congiunto, ma anche, e a volte soprattutto, per tante altre persone malate e per tante altre famiglie che dalla loro esperienza possono trarre stimoli importantissimi nei loro percorsi di cura e di vita.

#### 8. Accoglienza calda, come nella pubblicità

Negli spot televisivi si sente sempre più spesso la voce della signorina di turno dire « Sono Mariella, cosa posso fare per lei? », e anche in molta parte della realtà commerciale funziona sempre più frequentemente in questo modo. Il presente disegno di legge nasce dalla convinzione che anche un servizio di salute mentale debba proprio partire da un'accoglienza « speciale », per arrivare alle azioni più complicate per « curare » la malattia.

Per chi telefona o viene a cercare aiuto, essere ricevuto da una voce accogliente o da un sorriso vuol dire poter tirare subito un sospiro di sollievo e poter affrontare la situazione con una serenità diversa. È una considerazione che vale per il telefono, strumento che nei servizi di salute mentale è sempre « bollente », ma altrettanto, o forse di più ancora, vale quando la persona malata o la sua famiglia si presenta di persona a chiedere qualcosa, dal ritirare una ricetta o un certificato, al segnalare che il

mondo intorno a quella persona ancora una volta è crollato. Pur nella consapevolezza di tutte le possibili difficoltà ciò che ci si aspetta di trovare in un momento difficile è proprio una persona gentile e sorridente, che accoglie tutti in tempo reale, e che in un tempo ragionevole capisce di cosa l'interlocutore ha bisogno. La speranza delle persone e delle famiglie che si rivolgono al servizio è di incontrare un operatore che sappia consegnare una ricetta in tempo reale, che di fronte alla comunicazione che il mondo è di nuovo crollato sappia trasmettere comprensione e calore e indirizzare la persona a chi se ne potrà occupare. E che colei o colui a cui si è indirizzati (medico, infermiere, educatore) sia disponibile in un tempo minimo garantito, e che sappia fare in quel momento della buona accoglienza, dell'ascolto e della gentilezza la sua ragione di vita. Tutto questo, se possibile, in sale di attesa colorate, con sedie dignitose e piante fiorite, nella consapevolezza che la buona accoglienza passa anche da queste piccole cose.

#### 9. Sapere a chi rivolgersi, sempre

Chi è entrato nel sistema della salute mentale è chiamato ad incrociare una molteplicità di figure, un medico psichiatra in ambulatorio, a volte un infermiere o un educatore che ne segue la vicenda a casa, altri operatori che lo accompagnano nei diversi luoghi dove la malattia lo porta: dal reparto ospedaliero a un centro diurno, da una casa protetta a un laboratorio per l'inserimento lavorativo. Può succedere che questa persona si trovi a confrontarsi anche con dieci operatori che, in momenti e luoghi diversi, si occupano di lui, una cosa spesso buona, perché dimostra che il sistema è ricco, e offre cose diverse, in luoghi diversi, per bisogni momentaneamente diversi. Ma per la persona malata è vitale anche avere nel tempo operatori di riferimento il più possibile stabili. Se costruire un rapporto di fiducia è la pietra angolare di ogni buona cura, è chiaro che a ogni cambiamento di operatore bisogna ricominciare da capo a costruire reciproca fiducia. Quindi è necessario che i cambiamenti degli operatori di riferimento siano ridotti al minimo, e se possibile solo in casi inevitabili, perché l'obiettivo è consolidare nel tempo i rapporti tra operatori e utenti. Tutto questo ovviamente salvaguardando il diritto della persona malata a chiedere un cambiamento cosa peraltro abbastanza frequente. Ascoltare la persona malata vuol dire confrontarsi con lui e capirne le ragioni, anche quando chiede di cambiare personale di riferimento o avanza altre richieste particolari, ed è importante che avvenga senza pregiudizi e senza preclusioni. Su questi temi occorre dare alla persona malata e ai suoi familiari il massimo delle informazioni possibili perché abbiano chiaro chi sono gli « operatori di riferimento », con cui creare una relazione che vada oltre la formalità e che li faccia sentire a casa, anche nel mondo dei servizi di salute mentale.

#### 10. Abitare, lavoro, socialità. L'impegno dei servizi di salute mentale

Nella salute mentale italiana ci sono almeno due grandi gruppi di opinione sul tema: coloro che pensano che quando la persona malata ha problemi di casa, di lavoro e di socializzazione sono altri a doversene occupare e coloro che pensano che i servizi di salute mentale debbano fare una parte importante e che siano chiamati a lasciarsi coinvolgere. E questo nonostante tutti siano convinti che per offrire un buon percorso di cura alla persona malata, per riportarla ad una qualità di vita almeno dignitosa, quei tre campi, cioè casa, lavoro e socialità, siano essenziali.

I servizi di salute mentale sono servizi sanitari e devono occuparsi di cure mediche, e la casa o il lavoro non sono cose mediche, ma è altrettanto vero che « curare » la persona comporta un approccio integrato, medico-psico-sociale, e che delegare, ad agenzie altre, quei tre campi essenziali rischia di mettere irrimediabilmente a repentaglio l'efficacia della cura.

Tutti i genitori sanno per esperienza diretta che insieme alle cure più « mediche », la « cura » di gran lunga più importante è il lavoro e subito dopo, laddove ci sono difficoltà di convivenza, una casa. Questo disegno di legge nasce dall'assoluta convinzione che i servizi di salute mentale siano chiamati ad essere in primissima linea anche su questi tre fronti. E per farlo occorre anzitutto che nei servizi di salute mentale ci siano operatori « dedicati », che se ne occupano specificatamente, cosa non sempre presente e scontata.

Sul fronte della casa, l'impegno è quello di valorizzare le risorse della persona malata e di puntare su soluzioni abitative che la vedano il più possibile protagonista. Un esempio su tutti. Si sono sperimentate e funzionano molto bene le convivenze tra due o tre utenti, perché scatta la messa in

comune delle risorse, il profumo della libertà, la cintura di sicurezza di non essere soli e altro ancora. E oltre alle convivenze, vi sono gli appartamenti a cosiddetta « bassissima protezione », gli affidi a famiglie disponibili, le convivenze in alloggi da condividere con studenti universitari o rifugiati politici e altro ancora. Tutte soluzioni che offrono risultati di alta qualità relazionale e garantiscono risparmi importanti da reinvestire in attività territoriali che peraltro oggi scontano gravi mancanze di risorse, una scelta anche per ridare fiato e qualità ai servizi di salute mentale italiani. Una necessità che passa attraverso il superamento di troppe strutture a cosiddetta alta protezione, costosissime, spesso poco efficaci e gestite con logiche neomanicomiali.

Sul fronte del lavoro l'impegno si gioca in collaborazione « con » le agenzie esterne per cercare, anche in questi tempi di crisi, ogni possibile spazio per inserimenti in realtà dove il lavoro sia vero e presente. Usando le leggi nazionali che esistono, quelle regionali, le clausole sociali dei grandi appalti, le cooperative e altro ancora. E poi usando la fantasia per trovare, anche dentro i servizi di salute mentale, e con *partner* disponibili, nicchie di lavoro, e perciò di mercato, a partire da chi sta peggio e quelle altre piste non può percorrerle. Per realizzare prodotti belli e vendibili, che servano a fare reddito e a far ritrovare abilità e competenze a chi credeva di averle perdute per sempre.

Naturalmente questi dieci punti non esauriscono quanto necessario per migliorare la qualità delle cure dei servizi di salute mentale nel nostro Paese.

Sono in ogni caso un contributo importante per definirne una base e una cornice solida e, al tempo stesso, ricca di spunti positivi e innovativi, su cui costruire pratiche di buona quotidianità prestazionale, fortemente condivise e radicate nelle nostre comunità.

Lo spirito e i contenuti di questo disegno di legge mettono al centro quel « fare assieme » più volte richiamato, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori, utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e nel credere nella dimensione del cambiamento sempre possibile, che è diventato il nostro riferimento ideale, anche nei meandri più bui della malattia mentale. Siamo consapevoli che dire tutto questo, che affermare di voler fare le cose assieme pur essendo importante e bello non sia sufficiente. Oltre a crederci fermamente è necessario comportarsi di conseguenza. Solo in questo modo il disagio psichico e la malattia mentale ritrovano posto e dignità nel quotidiano di tutti noi, in una comunità in cui ciascuno è un po' più responsabile per tutti.

## DISEGNO DI LEGGE

### Capo I

### PRINCÌPI GENERALI

#### Art. 1.

##### *(Finalità)*

1. La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, degli articoli 34, 35 e 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, del progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, del Libro verde « Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea », di cui alla comunicazione della Commissione europea COM(2005) 484 definitivo, del 14 ottobre 2005, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, del Piano di azioni nazionale per la salute mentale approvato dalla Conferenza unificata il 24 gennaio 2013, del Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'anno 2016, nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali persegue le seguenti finalità:

a) rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone affette da disagio o disturbo mentali, tutelare i diritti umani e promuovere l'esercizio dei diritti di cittadinanza;

b) valorizzare le attività e le iniziative volte a promuovere la prevenzione del disagio e del disturbo mentali, con particolare riferimento allo stile di vita, alla famiglia, al lavoro, alla scuola, alla comunità

e alla società nel suo complesso;

c) garantire equità di accesso ai servizi deputati alla salute mentale a tutte le persone affette da disagio o disturbo mentali, indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza e orientamento sessuale, secondo il principio di uguaglianza, al fine di avviare al meglio percorsi di cura e di recupero per raggiungere la migliore condizione possibile di salute psichica e fisica e di qualità della vita;

d) garantire interventi e supporti assistenziali nel normale ambiente di vita della persona affetta da disagio o disturbo mentali, con particolare riguardo alle fasi critiche della malattia e alle situazioni di urgenza, secondo il principio della massima prossimità e accessibilità degli stessi;

e) promuovere la collaborazione e l'integrazione dei settori pubblici della sanità, dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitazione e dell'assistenza sociale con le organizzazioni e associazioni che perseguono le medesime finalità;

f) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di percorsi di cura integrati e personalizzati volti al miglioramento della qualità dell'assistenza alla malattia mentale, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, basate su prove di evidenza scientifica, sicure e centrate sull'utente dei servizi di salute mentale e sul suo ambito relazionale e realizzate prioritariamente nel suo contesto di vita sociale;

g) definire linee guida volte ad assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni che mettano al centro l'utente e i familiari;

h) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura, nel contesto di vita, fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori;

i) riconoscere valore fondamentale al reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente e dei familiari;

l) ridefinire gli indirizzi in materia di personale, di qualità e di formazione nel settore della salute mentale, attraverso la riqualificazione delle strutture, la garanzia di adeguati *standard* di personale qualificato e di appropriate risorse finanziarie;

m) emancipare e responsabilizzare le persone affette da disagio o disturbo mentale, al fine di rafforzarne il coinvolgimento nel patrocinare i propri diritti nelle politiche di salute mentale;

n) predisporre percorsi di cura con livelli di complessità crescente, omogenei nel territorio nazionale e definiti all'interno dei LEA, da attuare nel piano generale di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

Art. 2.

*(Obiettivi)*

1. Fermi restando gli obiettivi di cui all'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1 della presente legge, in accordo tra loro, perseguono i seguenti obiettivi:

a) garantire l'integrazione delle attività di promozione della salute mentale, della prevenzione del disagio e del disturbo mentali e della loro cura a tutti i livelli, attraverso tutte le realtà pubbliche e private coinvolte e tutti i portatori di interesse;

b) promuovere e sviluppare nell'utente e nei familiari la fiducia e la speranza nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni erogate ai fini del buon esito dei percorsi di cura;

c) coinvolgere gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuoverne la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in materia di salute mentale.

Art. 3.

*(Nuovo Piano nazionale per la salute mentale)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28

agosto 1997, n. 281, e avvalendosi dell'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 21, è definito un nuovo Piano nazionale per la salute mentale, di seguito denominato « Piano ».

2. Il Piano contiene le linee guida di cui all'articolo 4, le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale, in coerenza con il Piano sanitario nazionale e i relativi livelli essenziali di assistenza.

3. Le linee guida e le linee di indirizzo di cui al comma 2 sono sottoposte a revisione triennale con le modalità stabilite dal decreto di cui al comma 1.

Art. 4.

*(Definizione delle linee guida)*

1. Le linee guida contenute nel Piano definiscono a livello nazionale:

a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi nei quali si erogano le prestazioni di salute mentale tenendo conto della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso a essi, nonché della sicurezza dei medesimi luoghi e degli operatori che ivi prestano la loro attività;

b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle prestazioni erogate e dei relativi indicatori, con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta alle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi, alla continuità dell'assistenza, all'integrazione sociale, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate;

c) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali severi o complessi, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva o di esclusione sociale e nelle aree di confine e di transizione per età o per patologia;

d) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, ma che comportano livelli significativi di sofferenza e di compromissione della qualità della vita;

e) i percorsi volti a garantire a tutte le persone affette da disturbo mentale le cure appropriate, a fronte di patologie fisiche, per contrastarne la minore aspettativa di vita;

f) le modalità di monitoraggio degli indicatori di salute e dei relativi fattori di rischio, con particolare riguardo ai trattamenti farmacologici nonché ai loro effetti indesiderati e ai programmi di educazione al fine di promuovere un positivo cambiamento nello stile di vita delle persone affette da disagio o disturbo psichico;

g) le modalità di recupero degli utenti che hanno abbandonato il servizio di salute mentale senza averlo concordato con gli operatori, con particolare riferimento agli utenti con patologie severe;

h) le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari in tutti gli ambiti che li vedono direttamente coinvolti e in tutte le scelte di progettazione e di realizzazione degli interventi in materia di salute mentale;

i) le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione dei disturbi mentali, dei tentativi di suicidio e dei suicidi.

Capo II

DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

Art. 5.

*(Dipartimenti di salute mentale)*

1. È istituito, presso ciascuna azienda sanitaria locale, in conformità al progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, il dipartimento di salute mentale, unità organizzativa che coordina e assicura direttamente o indirettamente tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale e promozione della salute alle persone di età superiore a 18 anni affette da disturbi mentali, con competenza anche riguardo alle dipendenze patologiche, all'alcolologia, alla neuropsichiatria infantile, alla psicologia clinica e ai disturbi del comportamento alimentare. I dipartimenti di salute mentale sono



dotati di centri di salute mentale, che rappresentano le loro articolazioni operative principali.

2. Al fine di garantire su tutto il territorio nazionale omogeneità di assetti organizzativi, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvede a uniformare la composizione dei dipartimenti di cui al comma 1.

3. Al fine di cui al comma 2, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definisce la popolazione di riferimento dei dipartimenti di salute mentale e dei centri di salute mentale che non può essere superiore, rispettivamente, a 600.000 abitanti e a 150.000 abitanti, fatte salve le zone a bassa densità abitativa.

4. Le regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, assicurano che il personale di ciascun dipartimento di salute mentale sia composto da almeno un'unità afferente a ciascuno dei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo, nonché ogni altro profilo afferente a nuove aree disciplinari eventualmente introdotte dal dipartimento o a seguito della sperimentazione di modelli operativi concernenti la partecipazione attiva di utenti e familiari esperti (UFE) come richiamata all'articolo 7, comma 1.

5. I dipartimenti di salute mentale attivano, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni possibile forma di collaborazione con i soggetti e con gli organismi che si occupano o che sono coinvolti nelle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole di ogni ordine e grado, le organizzazioni e associazioni che perseguono le medesime finalità, con particolare riguardo a quelle costituite da utenti e familiari.

6. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, nell'ambito del Piano, le linee di indirizzo per l'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

Art. 6.

*(Compiti dei dipartimenti di salute mentale in materia di prima accoglienza, continuità nella referenza di cura, ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari)*

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale, anche avvalendosi di operatori dedicati e degli UFE, che ivi prestano la loro attività, forniscono una prima accoglienza, pronta e attenta, centrata sull'ascolto, sulla fiducia, sulla cortesia e sul rispetto, a utenti e a familiari che si presentano nelle diverse aree operative, quale parte fondamentale dei percorsi di cura, nell'ambito di tutte le aree di intervento del dipartimento di salute mentale, a partire da quelle a maggiore valenza territoriale, nel rispetto dell'obiettivo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b).

2. Nelle diverse fasi del percorso di cura, il dipartimento di salute mentale assicura a ogni persona in carico la presenza di un medico psichiatra e, nelle situazioni di particolare complessità, di un operatore di riferimento che gestisca i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti a vario titolo nel percorso medesimo, con funzioni di *case manager*. Il dipartimento di salute mentale informa l'utente e i familiari dell'individuazione dello psichiatra e dell'operatore di cui al presente comma, della facoltà di rivolgersi a loro e fornisce la garanzia per acquisire ogni informazione utile ad accompagnare il percorso di cura.

3. I dipartimenti di salute mentale si impegnano all'ascolto e al sostegno dei familiari, al loro coinvolgimento nei percorsi di cura e alla valorizzazione della loro esperienza personale sul caso. A tale fine prevedono le seguenti iniziative:

a) incontri con i familiari con finalità informativa e psico-educativa;

b) costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto di utenti e di familiari, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze;

c) apertura di sportelli dedicati per l'ascolto di proposte e di reclami;

d) possibilità di partecipare ai corsi di cui all'articolo 7, comma 2, rivolti a familiari e utenti finalizzati alla formazione degli UFE.

Art. 7.

*(Disposizioni in materia di partecipazione attiva degli utenti e dei familiari sulla base delle pratiche del supporto tra pari)*

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, in via sperimentale, modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari, basate sul riconoscimento delle esperienze personali sul caso di utenti e familiari e sulla promozione del loro impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale.
2. Per gli utenti e per i familiari che partecipano alla sperimentazione di cui al comma 1, le regioni organizzano corsi di formazione finalizzati alla valorizzazione del loro sapere derivato dall'esperienza e a fornire le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.
3. Gli utenti e i familiari che partecipano con esito positivo alla sperimentazione sono denominati « utenti e familiari esperti » (UFE). Gli UFE, sulla base degli indirizzi definiti dai dipartimenti di salute mentale, condividono il loro sapere derivato dall'esperienza con gli altri utenti e familiari assistiti dai medesimi dipartimenti, collaborando, altresì, con gli operatori, nel rispetto delle finalità e degli obiettivi della presente legge. Gli UFE sono formati per offrire prestazioni rivolte a utenti e a familiari in situazioni di disagio, al fine di promuovere il ruolo centrale degli utenti nei rispettivi percorsi di cura, nonché di promuovere un atteggiamento di fiducia e speranza verso i trattamenti e le prestazioni erogate dai dipartimenti.
4. Le regioni, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, prevedono che l'attività prestata dagli UFE ai sensi del comma 3 sia remunerata da parte dei dipartimenti di salute mentale interessati, ai sensi della normativa vigente e sentito l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 21.

Art. 8.

*(Patto di cura)*

1. Il dipartimento di salute mentale, tenendo conto degli indirizzi forniti dall'Osservatorio nazionale e dagli Osservatori regionali e delle province autonome di cui agli articoli 21 e 22, definisce il patto di cura, fondato sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1.
2. Il patto di cura, che costituisce parte integrante della cartella clinica dell'utente, è concordato tra l'utente, i familiari, gli operatori e altri eventuali soggetti indicati dagli stessi durante incontri periodici, a cadenza almeno trimestrale.
3. Il patto di cura si articola in sezioni per ciascuno dei seguenti elementi:
  - a) la qualità della relazione tra i partecipanti;
  - b) i desideri o gli obiettivi dell'utente;
  - c) le aspettative reciproche dei partecipanti;
  - d) gli obiettivi progettuali dell'utente;
  - e) l'assunzione dei farmaci;
  - f) i sintomi iniziali delle crisi;
  - g) i desideri in caso di crisi;
  - h) gli interventi finalizzati a garantire la consapevolezza e la condivisione del percorso di cura.
4. Per ciascuna sezione di cui al comma 3, ogni partecipante sottoscrive i propri impegni, che possono essere individuali o condivisi con gli altri partecipanti.
5. Il patto di cura è volto a stimolare la massima assunzione di responsabilità, la parità, la libertà di espressione in tutti i partecipanti e la centralità dell'utente nel percorso di cura. Il patto di cura è

finalizzato a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori. L'attivazione del patto di cura può essere richiesta da ciascuno dei soggetti di cui al comma 2. L'adesione al patto di cura è su base volontaria.

6. I partecipanti al patto di cura nominano un garante esterno individuato tra soggetti esterni nell'ambito della sperimentazione di cui all'articolo 7, tra gli UFE, o tra quanti abbiano svolto attività di volontariato nel settore delle malattie mentali. Il garante è chiamato a tutelare gli aspetti qualificanti il patto di cura. Il garante non può esprimersi sul percorso di cura né su eventuali altri interventi connessi alla cura.

Art. 9.

*(Gestione delle situazioni di crisi  
a livello territoriale)*

1. I dipartimenti di salute mentale assicurano con la massima tempestività, e comunque entro 24 ore dalla segnalazione, il proprio intervento, anche a domicilio, per la gestione delle situazioni di urgenza, emergenza o crisi dell'utente, avvalendosi di operatori dedicati del medesimo dipartimento e coinvolgendo attivamente lo stesso utente, i familiari, il medico di medicina generale e gli altri soggetti eventualmente interessati, compresi i servizi socio-sanitari già coinvolti nella situazione o di cui si ravvisa la necessità di un coinvolgimento, nonché le unità mediche di pronto intervento. In caso di mancata collaborazione dell'utente, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno, da impiegare prioritariamente nei luoghi di vita abituali dell'utente, incluso il domicilio, e favorendo il più possibile l'adesione volontaria al trattamento proposto.

2. Qualora sia possibile adottare efficaci misure extraospedaliere, il trattamento sanitario obbligatorio di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180, può essere effettuato presso il domicilio dell'utente, presso il centro di salute mentale o presso un altro luogo ritenuto idoneo. Nei casi di cui al primo periodo, qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi in condizione di visitare il paziente e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, effettuano la proposta di un accertamento sanitario obbligatorio all'autorità competente ai sensi dell'articolo 1 della legge 13 maggio 1978, n. 180. Qualora, nell'effettuazione dell'accertamento, gli operatori medici accertino la presenza dei requisiti per un trattamento sanitario obbligatorio, dopo aver esperito senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente al ricovero, effettuano la proposta di un trattamento sanitario obbligatorio all'autorità sanitaria locale competente ai sensi dell'articolo 1 della legge 13 maggio 1978, n. 180.

3. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, quinto comma, dopo il secondo periodo sono aggiunti i seguenti: « Contestualmente alla convalida del trattamento sanitario obbligatorio da parte dell'autorità sanitaria locale competente, il giudice tutelare può nominare un garante. Il garante è scelto tra le persone iscritte a un apposito albo istituito presso l'ufficio del giudice tutelare, d'intesa tra lo stesso giudice e l'osservatorio regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale competente, verifica il rispetto dei diritti della persona sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio e la sostiene nella stesura del patto di cura, favorendo il più possibile il consenso al trattamento. Il garante deve possedere comprovate competenze giuridiche e relazionali ed essere accettato dall'utente interessato ».

Art. 10.

*(Gestione delle situazioni di crisi  
a livello ospedaliero)*

1. Qualora la situazione di crisi non sia gestibile ai sensi dell'articolo 9, l'utente è ricoverato, in regime di trattamento sanitario volontario od obbligatorio, se ne ricorrono i requisiti di legge, presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) dell'ospedale competente per territorio.

2. Gli SPDC operano per la prevenzione della contenzione fisica in conformità a quanto disposto dalla presente legge e nel rispetto del documento 10/081/CR07/C7 della Conferenza delle regioni e delle province autonome del 29 luglio 2010, recante raccomandazioni sulla « Contenzione fisica in

psichiatria: una strategia possibile di prevenzione », qualora recepite dalla regione o provincia autonoma di riferimento.

3. A decorrere da tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il ricorso a misure di contenzione fisica presso gli SPDC è vietato. Gli SPDC riducono in misura proporzionale su base annua il numero di utenti sottoposti a misure di contenzione fisica, al fine di azzerare il numero di casi presso le proprie strutture entro il termine di cui al primo periodo.

Art. 11.

*(Azioni finalizzate all'individuazione di soluzioni abitative e per l'inserimento lavorativo e sociale)*

1. Nell'ambito delle misure già previste dalla legislazione nazionale e regionale, il dipartimento di salute mentale, nel rispetto del patto di cura di cui all'articolo 8 e d'intesa con i soggetti pubblici o privati competenti, avvia, ove necessario, percorsi di residenzialità protetta e di inserimento dell'utente nel mondo del lavoro e della socialità.

2. Il dipartimento di salute mentale dispone di specifiche aree di attività e di operatori dedicati per le azioni di cui al presente articolo.

3. I percorsi di residenzialità individuano prioritariamente le soluzioni abitative più adatte a promuovere negli utenti autonomia, responsabilità e recupero, quali appartamenti a bassa protezione, libere convivenze tra utenti e accoglienze da parte di famiglie disponibili e di cittadini al fine di offrire contesti relazionali fondati sull'ascolto e sulla fiducia per il superamento delle cosiddette strutture residenziali ad alta protezione.

4. I percorsi di inserimento nel mondo del lavoro di cui al comma 2 devono individuare le situazioni più adatte per l'utente, a partire da quelle che si avvalgono di leggi nazionali o regionali o di inserimenti nelle cooperative sociali. Possono altresì essere promosse dai dipartimenti attività di avvicinamento al mondo del lavoro, per utenti non ancora pronti per l'inserimento in percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, valorizzando eventuali competenze professionali specifiche, apportate dal mondo del volontariato, rappresentato da cittadini singolarmente intesi o da loro associazioni.

5. I percorsi di inserimento e di reinserimento sociale devono valorizzare il più possibile risorse e responsabilità degli utenti e promuoverne l'inclusione in percorsi di recupero. Gli operatori dell'area dedicata collaborano con tutte le realtà pubbliche e private che sono attive a livello di inclusione sociale per raggiungere le finalità del presente comma.

Art. 12.

*(Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti penitenziari e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)*

1. All'articolo 1, comma 2, lettera d), del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, dopo le parole: « psichico e sociale » sono aggiunte le seguenti: « , anche attraverso l'impiego del personale del dipartimento di salute mentale competente per territorio ».

2. Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza di cui all'articolo 1, comma 1-*quater*, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, sono strutture dei dipartimenti di salute mentale integrate con la rete dei propri servizi.

3. I dipartimenti di salute mentale, nel rispetto della legislazione vigente, realizzano al proprio interno misure alternative volte a limitare il ricorso alle misure detentive negli istituti penitenziari e alle misure di ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza in favore di percorsi di cura attuati presso la rete delle proprie strutture territoriali.

4. Ciascuna residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza non può superare il numero di 20 posti letto. È fatto divieto di aggregare più residenze nello stesso edificio o in edifici attigui.

5. Per tutti i soggetti ricoverati presso le residenze di cui al comma 2 sono formulati progetti di cura personalizzati, d'intesa tra la direzione della residenza e il centro di salute mentale competente per territorio, attraverso azioni riabilitative attuate, sia all'interno che all'esterno delle residenze, allo scopo

di favorire la rivalutazione della pericolosità sociale del ricoverato da parte dell'autorità competente e la sua precoce dimissione dalla residenza.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi di quanto previsto dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di preparazione e di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e all'organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale per i pazienti psichiatrici detenuti negli istituti penitenziari, ricoverati presso le residenze di cui al comma 2 o sottoposti a misure alternative di cui al comma 3 del presente articolo.

7. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 8 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 23 marzo 2005, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione delle disposizioni previste dal presente articolo.

Art. 13.

*(Erogazione delle prestazioni)*

1. Le prestazioni previste dalla presente legge sono erogate direttamente dal dipartimento di salute mentale, o, se erogate da soggetti terzi, monitorate dal dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.

2. Il dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni erogate direttamente rispetto a quelle erogate da soggetti terzi, nonché, ove possibile, le prestazioni che prevedono l'impiego di UFE ovvero che prevedono percorsi di recupero.

Art. 14.

*(Promozione della salute mentale e prevenzione)*

1. Al fine di fruire degli interventi volti alla prevenzione dei disturbi psichiatrici maggiori, dei suicidi e delle dipendenze e di operare su determinanti sociali quali il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la qualità delle relazioni interpersonali nella comunità di appartenenza, l'esposizione a eventi di vita stressanti, le discriminazioni di genere, età, razza ed etnia, le violenze sessuali, gli abusi, i fenomeni migratori e le catastrofi naturali, nel nuovo Piano è prevista una strategia nazionale di promozione e di prevenzione specifica per la salute mentale realizzata e integrata con i piani di prevenzione regionali, con particolare riguardo a interventi finalizzati a contrastare, nella popolazione generale e in fasce di popolazione vulnerabili, stigma e pregiudizi verso la malattia mentale.

2. La strategia nazionale di cui al comma 1 volge particolare attenzione al ruolo della famiglia e della scuola e mira a realizzare misure di supporto per la salute mentale in fase pre-natale e *post* natale, a fornire sostegno alle famiglie per il supporto alla genitorialità, a sviluppare le capacità dell'assistenza sanitaria primaria per la salute mentale, la prevenzione e il riconoscimento precoce di disturbi mentali, nonché l'assistenza psicologica a bassa soglia.

3. La strategia nazionale promuove una cultura di attenzione agli stili di vita sani, in conformità a quanto stabilito dell'Organizzazione mondiale della sanità.

4. La strategia nazionale pone particolare attenzione alla prevenzione del suicidio e si rivolge, in particolare, alle fasce di popolazione a maggiore rischio. A tal fine prevede appositi interventi per limitare strumenti e contesti atti a favorire azioni suicidarie.

Art. 15.

*(Integrazione socio-sanitaria)*

1. Le regioni, nell'ambito della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, assicurano la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale attraverso un approccio multisettoriale e intersettoriale.

2. Al fine di cui al comma 1, le regioni programmano l'integrazione dei dipartimenti di salute mentale con gli altri servizi sanitari e sociali, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitazione, i percorsi di formazione e di inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, includendo il ruolo delle organizzazioni e delle associazioni per favorire l'inclusione nelle attività del territorio.

3. Le regioni possono attivare, nelle situazioni di particolare complessità e ad alto bisogno di integrazione socio-sanitaria, d'intesa con i servizi sociali e le organizzazioni e associazioni che perseguono le finalità della presente legge, un fondo dedicato, denominato « *budget di salute* », e finanziato dai diversi enti coinvolti e finalizzato a corrispondere in maniera integrata e appropriata ai bisogni complessi dell'utente nonché alla conseguente realizzazione di progetti personalizzati.

Art. 16.

*(Diritto alla salute fisica delle persone affette da disturbo mentale)*

1. Al fine di garantire alle persone affette da disturbo mentale la tutela della salute, nel rispetto dei principi costituzionali, di ricevere le cure adeguate per ogni condizione, nonché al fine di fruire del diritto di godere del migliore stato di salute possibile, lo Stato promuove la sicurezza dei trattamenti, assicura le stesse possibilità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche, con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, alle malattie oncologiche, alle patologie odontoiatriche e al diabete, per garantire alle persone affette da disturbo mentale la medesima aspettativa di vita rispetto alla popolazione generale.

2. Nell'ambito delle strategie di prevenzione e di promozione della salute, sono promossi stili di vita sani attraverso programmi definiti su scala regionale e locale che prevedono l'inserimento attivo di persone affette da disturbo mentale nella prevenzione dell'uso di sostanze illegali, di fumo e di alcol, nella correzione della dieta alimentare e nella promozione di programmi di attività fisica.

Art. 17.

*(Formazione)*

1. In conformità a quanto previsto dagli articoli da 16 a 16-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di definire il numero minimo delle ore di formazione, è garantita a livello regionale, attraverso le strutture deputate, interne ed esterne all'azienda sanitaria locale, la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione continua, anche sul campo, in favore di tutte le figure professionali dei dipartimenti di salute mentale di cui all'articolo 5 attraverso percorsi atti a migliorare la *governance*, la gestione, il *management* e gli interventi dei dipartimenti di salute mentale, attraverso le diverse aree operative, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

2. I dipartimenti di salute mentale assicurano agli utenti e ai familiari in carico, con particolare riferimento agli utenti con patologie complesse, almeno 40 ore di informazione e di formazione su base annua, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

Art. 18.

*(Aggiornamento dei contenuti del Sistema informativo per il monitoraggio e tutela della salute mentale e controlli sulla qualità delle prestazioni)*

1. Con decreto del Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 21, da adottare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono aggiornati i contenuti del Sistema informativo per il monitoraggio e tutela della salute mentale di cui all'articolo 4 del disciplinare tecnico allegato al decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 254 del 29 ottobre 2010, includendo informazioni relative ai servizi erogati con le modalità previste dalla presente legge e al coinvolgimento di utenti e familiari nei percorsi di cura.

2. Il Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 21, istituisce controlli sulla qualità e sulla sicurezza, effettuati tramite organismi indipendenti dai fornitori dei servizi e con il

coinvolgimento di utenti e familiari.

Art. 19.

*(Inclusione dei familiari degli utenti per l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie)*

1. All'articolo 14, comma 1, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo le parole: « degli utenti » sono inserite le seguenti: « , dei loro familiari ».

Art. 20.

*(Rapporti con l'università)*

1. All'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

« 2-bis. I protocolli di intesa di cui al comma 2 individuano altresì le modalità per l'affidamento di funzioni assistenziali alle cliniche universitarie psichiatriche e agli istituti universitari di psichiatria, da svolgere unitamente alle funzioni di didattica e di ricerca, su un'area territoriale definita e all'interno del dipartimento di salute mentale ».

2. I piani di studio delle scuole di specializzazione in psichiatria, nel rispetto della legislazione vigente, valorizzano e garantiscono l'attuazione delle disposizioni della presente legge nonché delle linee guida e delle linee di riorganizzazione di cui all'articolo 3.

Capo III

OSSERVATORI PER LA SALUTE  
MENTALE

Art. 21.

*(Osservatorio nazionale  
per la salute mentale)*

1. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito presso il Ministero della salute l'Osservatorio nazionale per la salute mentale.

2. L'Osservatorio di cui al comma 1 è composto da un rappresentante del Ministero della salute con funzioni di presidente e dai seguenti membri:

- a) sei esperti in materia di salute mentale nominati dal Ministro della salute;
- b) sei rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;
- c) quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale;
- d) quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi;
- e) quattro rappresentanti degli operatori.

3. L'Osservatorio di cui al comma 1 orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale e svolge le seguenti funzioni:

- a) contribuisce a fornire gli strumenti per la verifica dei risultati e per i controlli di qualità di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- b) contribuisce a definire i criteri e gli *standard* minimi di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali delle attività connesse al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;
- c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;
- d) contribuisce a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori, pubblici e privati, dagli utenti e dai loro familiari, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendoli anche in ambito regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

- e) coordina le attività di formazione sulle malattie mentali;
- f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del Piano.

4. L'Osservatorio di cui al comma 1 si avvale del supporto tecnico del tavolo di lavoro di cui al decreto del Sottosegretario alla salute 26 gennaio 2021.

Art. 22.

*(Osservatori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale)*

1. Ciascuna regione o provincia autonoma istituisce un osservatorio regionale per la salute mentale. Fanno parte dell'osservatorio l'assessore regionale o provinciale competente o un suo delegato, con funzioni di presidente.
2. L'osservatorio della regione o della provincia autonoma è composto in modo tale da assicurare la presenza di esperti in materia di salute mentale e, in modo paritario, la presenza di rappresentanti degli utenti e dei loro familiari, delle associazioni e degli altri enti portatori di interessi nonché degli operatori.
3. L'osservatorio della regione o della provincia autonoma collabora con l'Osservatorio nazionale ed esercita funzioni di orientamento e monitoraggio, coadiuvando altresì le regioni e le province autonome nei controlli di qualità di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.
4. Le regioni e le province autonome provvedono all'istituzione degli osservatori di cui al comma 1 e alla nomina dei rispettivi membri entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e ne danno comunicazione al Ministero della salute. In caso di inutile decorso del termine, il Ministro della salute adotta, con proprio decreto, le misure necessarie per l'attuazione del presente articolo.

Art. 23.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tramite le rispettive aziende sanitarie locali, provvedono alla copertura degli oneri diretti e indiretti derivanti dall'attività dei dipartimenti di salute mentale.
2. Anche al fine di garantire *standard* minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati obiettivi di razionalizzazione e di riequilibrio nell'impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale, attribuendo comunque priorità nell'assegnazione dei finanziamenti ai progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, con particolare attenzione al contenimento della spesa relativa al finanziamento delle strutture residenziali pubbliche o alle case di cura private.
3. Fatto salvo quanto previsto dal comma 1, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, al settore della salute mentale è destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali destinate al Servizio sanitario nazionale.
4. Per la realizzazione di progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, è istituito, a partire dall'anno successivo a quello di entrata in vigore della medesima legge, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo con una dotazione di 50 milioni di euro annui. Il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 21, indice un bando per individuare e per finanziare i progetti che ne hanno titolo. Sono privilegiati progetti a basso costo e, comunque, di importo non superiore a 100.000 euro, che prevedono percorsi di riabilitazione, la partecipazione attiva di utenti e di familiari, interventi per l'inserimento lavorativo e per la residenzialità leggera e a forte impatto comunitario.



