

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

N. 1881

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BONATESTA, VALENTINO, MONTELEONE, MULAS, MAGLIOCCHETTI, CASTELLANI Carla, MAGNALBÒ, FLORINO, COSTA, MINARDO, LAURIA Baldassare, PORCARI, CARUSO Antonino, COLLINO, NAVA, MEDURI, DE CORATO, TOMASSINI, COZZOLINO, DEMASI, MUNDI, MANTICA, CURTO, FILOGRANA, RONCONI, CORTELLONI, PEDRIZZI, MAGGI, MARTELLI, PASQUALI e PALOMBO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 18 DICEMBRE 1996(*)

Tutela della salute mentale e assistenza psichiatrica

(*) *Testo non rivisto dai presentatori.*

ONOREVOLI SENATORI. - Per anni c'è stato il silenzio. Un silenzio colpevole, rotto appena dalle grida di qualche famiglia disgraziata.

Per anni quello dei malati di mente nel nostro paese sembrava un problema risolto.

È vero che c'è stata una legge che aboliva i manicomi anche se con polemiche legittime per le scandalose inadempienze e molte proposte di riforme.

Ma se da molto non ce se ne occupava più forse perchè qualcosa si era risolto. E invece no!

Del manicomio, dei malati mentali, si parla ancora molto anche, e forse soprattutto, perchè le scadenze di una legge lo impongono. Adesso che la scadenza del 31 dicembre 1996 obbliga gli ex ospedali psichiatrici a chiudere definitivamente e che tutti hanno ripreso a parlare degli orrori della reclusione, della mancanza di strutture alternative, di cronicità e di abbandono, adesso realmente la malattia mentale rischia di cadere in una rimozione collettiva, dato che l'emergenza manicomio induce inevitabilmente ad occuparsi del destino dei pazienti vecchi e difficilmente recuperabili.

Infatti se i ricoverati negli ospedali psichiatrici nel '78 erano circa 100.000, oggi sono circa 20.000.

Ma questo non significa che la legge 13 maggio 1978, n. 180, abbia avuto successo: vuol dire, invece, che molti sono morti e molti altri sono tornati fra noi, in famiglia, nelle poche residenze assistite, in strada.

Gravi fatti e numerose situazioni ingestibili hanno evidenziato ormai da anni la necessità di promulgare una legge che corregga la citata legge n. 180 del 1978, al fine di colmare alcune lacune e fornire risposte concrete a chi ne ha bisogno.

Sono passati diciotto anni dalla riforma: non si possono lasciar passare altri diciotto anni con il palliativo dell'emanazione di altri piani socio-sanitari regionali e nazionali senza affrontare i punti fondamentali che, a nostro avviso, vanno senza titubanze rivisti.

Le modifiche possono essere riassunte come di seguito:

a) modifica del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO). La prassi attuale favorisce lo «scaricabile»; è farraginoso, complessa e costituisce un calvario per la famiglia ed un trauma per l'ammalato. Troppi i ritardi nell'esecuzione di questo tipo di ricovero che inevitabilmente provocano ulteriori crisi e tragedie che si potrebbero evitare.

Nell'attuale legislazione il sindaco si limita a firmare in fretta una situazione che non conosce non rappresentando quindi una tutela preventiva, ma solo un inutile appesantimento burocratico che non tutela affatto l'ammalato.

A nostro avviso il sindaco, tramite i suoi uffici, deve controllare a posteriori l'esecuzione e la legittimità del TSO. La decisione si applicare o meno il TSO deve essere affidata al medico che accerti di persona con controllo a posteriori del giudice e del sindaco.

In definitiva, con il nostro disegno di legge, vogliamo responsabilizzare in modo preciso e ineccepibile gli operatori del settore, precisando e chiarendo l'attuale sistema basato su norme vaghe, imprecise ed eccessivamente deresponsabilizzanti.

Viene mantenuta la possibilità di far ricorso contro il TSO;

b) obbligatorietà delle visite domiciliari:

poichè il malato mentale psicotico non ammette la sua malattia, rifiuta ed interrompe le cure con facilità, si ritiene indispensabile che gli operatori del Centro siano obbligati ad effettuare visite domiciliari;

c) emergenza psichiatrica:

assolutamente indispensabile a tutelare sia il malato, sia la famiglia, con l'introduzione di un vero «Pronto soccorso psichiatrico» nei casi di crisi acuta ed improvvisa.

d) differenziazione delle comunità residenziali:

poichè, la malattia mentale può essere suddivisa in molteplici patologie, fortemente diverse per gravità e manifestazioni, è assolutamente necessario istituire delle strutture differenziate;

e) tutela dell'ammalato cronico e grave:

diversi motivi, anche ideologici, politici e funzionali (far entrare la psichiatria negli ospedali) hanno portato negli anni '70 e '80 alla negazione della malattia mentale, vista come un disagio sociale frutto del sistema. La conseguenza è stata che gli ammalati gravi e le loro famiglie sono stati abbandonati e sprovvisti di strutture adeguate cui far riferimento (comunità residenziali terapeutiche e protette);

f) problema del malato psicotico:

che non sa di essere malato e non vuole curarsi. È un problema umano, tecnico, giuridico che andrebbe affrontato con realismo e senza demagogia e garantismo in nome dei quali i malati sono stati abbandonati, sino ad ora, al proprio destino;

g) eliminazione di interessi proditoriamente velati:

cliniche e strutture private che usufruiscono di finanziamenti pubblici, ma che non garantiscono l'accesso a tutti i malati inviati dal Dipartimento; togliere la cappa asfissiante delle corporazioni, siano esse formate da multinazionali che da movimenti politico-ideologici che hanno occupato il settore;

h) trasformazione (ed eliminazione) dell'Ospedale psichiatrico giudiziario da stabilimento detentivo e punitivo a luogo di cura e di recupero sociale del malato.

i) definire le responsabilità degli operatori psichiatrici;

l) stabilire il massimo controllo sulle strutture pubbliche e private ed appesantimento delle sanzioni penali.

m) precisazione dei finanziamenti.

Si auspica un'ampia convergenza di tutto il consesso senatoriale vista l'importanza e l'emergenza degli argomenti contenuti nel presente disegno di legge.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali)

1. La presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati di mente di età superiore ai quattordici anni, nel rispetto dei diritti dei cittadini, siano essi malati o familiari.

2. Le regioni e le province autonome adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge entro sei mesi dalla sua entrata in vigore.

3. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

4. Ogni cittadino ha il diritto alla tutela della salute ed alla cura psichiatrica anche se non è temporaneamente in grado di capire il suo stato di malattia.

5. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati dai presidi e servizi psichiatrici ed ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, ivi comprese le strutture private autorizzate e controllate secondo parametri definiti.

Art. 2.

*(Dipartimento e servizi
per la salute mentale)*

1. Sono istituiti i Dipartimenti di psichiatria con il compito di garantire, ciascuno in un'area con una popolazione compresa fra i

150.000 ed i 300.000 abitanti, i seguenti servizi, strutture ed operatività:

a) la sede coordinante ed organizzativa dei servizi per la salute mentale è il punto di riferimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione;

b) il Dipartimento di psichiatria esprime le valutazioni e i pareri al direttore generale ed ai dirigenti delle Aziende sanitarie locali (ASL) sul funzionamento delle strutture private relativamente al servizio psichiatrico. Collabora con le associazioni dei familiari e relaziona inoltre con il privato sociale. Verifica la corretta esecuzione degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori;

c) il Dipartimento, assicura ed organizza (in collaborazione con il più vicino Pronto soccorso pubblico), il pronto intervento psichiatrico continuativo ventiquattro ore su ventiquattro, dotato di guardia medica psichiatrica e di personale infermieristico tenuti ad intervenire su chiamata, nei servizi e nelle divisioni dell'Ospedale generale, nonché sul territorio ed al domicilio del paziente. Nei grandi agglomerati i Dipartimenti di psichiatria di molteplici ASL possono accordarsi per un unico Pronto soccorso per popolazione non superiore a 500.000 abitanti;

d) il Dipartimento organizza al suo interno attività di ricerca statistica ed epidemiologica, clinica ed organizzativa con informazioni, suggerimenti e statistiche da inviare ai competenti organi locali, regionali e nazionali. Organizza corsi specifici per gli operatori tenuti a partecipare all'aggiornamento anche didattico sperimentale nel campo della salute mentale. Cura la promozione dell'educazione sanitaria e sociale sui temi di pertinenza psichiatrica;

e) il Dipartimento garantisce la consulenza sulle malattie psicosomatiche e sui problemi inerenti al disagio ed alla sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche, nonché la collaborazione con

i servizi addetti alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi da alcool, farmaci e tossicodipendenze;

f) il medico del Dipartimento che ha «preso in carico» un malato mentale che rifiuta e interrompe le cure o altro, dovrà adoperarsi per riattivare il piano terapeutico e comunque predisporre una relazione nel caso di persistente situazione negativa, da presentare contemporaneamente al medico di base, al direttore del Dipartimento ed al direttore sanitario;

g) il medico di base viene considerato parte integrante del Dipartimento e in quanto tale è tenuto a mantenere contatti periodici con il Dipartimento stesso ed è obbligato a segnalare tempestivamente tutti i casi, a suo giudizio, di competenza psichiatrica;

h) il Dipartimento assicura i controlli generali sullo stato di salute del paziente e ricerca situazioni occupazionali, compatibilmente con il suo stato.

2. Il Dipartimento per rispondere con interventi efficaci ai molteplici problemi posti dalle diverse patologie mentali, nei vari stadi della loro evoluzione, si articola in una rete di diversificata di strutture e servizi per la salute mentale:

a) Centro di salute mentale (CSM): gli operatori del CSM svolgono attività psichiatrica, ambulatoriale e domiciliare (configurandosi come utile azione di prevenzione), visite specialistiche, attività di consulenza e filtri per ricoveri, di programmazione delle terapie utili al paziente. Inoltre garantiscono un servizio specifico al nucleo familiare di informazione, assistenza e di sostegno psicoterapico. Il CSM collabora con i medici di medicina generale, con i medici di base e gli specialisti di altre discipline. Il personale del CSM deve obbligatoriamente recarsi - in caso di bisogno e su richiesta motivata o se il paziente interrompe il piano di cura e ria-

abilitazione con relativo danno alla sua persona - al domicilio del paziente. Il mancato intervento configura il reato di omissione di soccorso;

b) servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione *Day Hospital*: per quei pazienti che necessitano di controlli e terapie intensive o che partecipano a psicoterapie di gruppo. Centro Diurno: per quei pazienti che necessitano di attività risocializzanti, occupazionali ed espressive;

c) servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC): provvede alla cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamenti con ricovero in ambiente ospedaliero: accoglie trattamenti volontari e obbligatori, è ubicato obbligatoriamente presso strutture ospedaliere; il SPDC deve disporre di posti letto divisi in sezione maschile e femminile; deve inoltre prevedere posti letto separati dal resto della degenza per i ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio. L'ubicazione del SPDC deve tener conto che il paziente psichiatrico necessita di spazi adeguati. È previsto un posto letto ogni 10.000 abitanti, nell'area territoriale di competenza;

d) strutture e servizi residenziali: le strutture residenziali debbono essere diversificate a seconda dei diversi tipi di patologia mentale, della gravità, dell'evoluzione della malattia;

e) per tutte queste strutture devono essere rese di pubblica conoscenza: tipologia, numero e qualifica del personale, modalità di relazione con la famiglia di origine, natura dei progetti riabilitativi e loro periodiche verifiche sui risultati e sulla qualità del servizio fornito:

Comunità residenziale riabilitativa

Per i soggetti in fase di riabilitazione, tale struttura sanitaria deve essere dotata di spazi adeguati specifici strumenti, lavoratori e modalità operative; può ospitare al massimo 18 soggetti. È previsto almeno 1,5 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Comunità residenziale protetta

È una struttura socio-sanitaria dotata di spazi adeguati per soggetti lungodegenti con costanti alterazioni psichiche, incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali. Può ospitare al massimo 25 persone. Sono previsti almeno 2 posti letto ogni 10.000 abitanti.

Casa alloggio

È una struttura socio-assistenziale per pazienti parzialmente autosufficienti bisognosi di continuare il percorso terapeutico; può ospitare al massimo nuclei di 8 persone.

3. In caso di alienazione di ex ospedali psichiatrici o case di salute, il ricavato deve essere utilizzato per finanziare i progetti e le strutture del Dipartimento di psichiatria.

4. L'organico del Dipartimento di psichiatria, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, dall'assistente sociale, dal terapeuta occupazionale, dall'educatore professionale e da personale del Dipartimento di psichiatria che viene nominato dal direttore generale della Unità sanitaria locale, scelto tra le figure mediche apicali del Servizio sanitario nazionale.

5. Le università con scuole di specializzazione in psichiatria partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica, e nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, possono assumere la responsabilità di un Dipartimento di psichiatria, attenendosi ai principi organizzativi e funzionali stabiliti nella presente legge ed impegnandosi ad organizzare la ricerca e la didattica in funzione delle necessità emergenti dal modello di servizio centrato sul Dipartimento di psichiatria.

6. Per lo svolgimento delle attività del Dipartimento di psichiatria le regioni e le province autonome possono anche avvalersi, in conformità alla legislazione vigente, degli

istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, dei presidi e delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Inoltre, per la realizzazione e la gestione, anche parziale, delle comunità, le province autonome possono stipulare apposite convenzioni con associazioni riconosciute, cooperative di solidarietà o con Enti iscritti ad uno speciale albo regionale, previa verifica del possesso dei requisiti previsti per legge. Per le attività sociali non sanitarie i Dipartimenti di psichiatria possono anche avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato iscritte nei registri regionali.

Art. 3.

(Accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali)

1. In presenza di alterazione psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) è attuato dal Dipartimento di psichiatria, dopo che ci sia stato il consenso del paziente o, se minore di 14 anni, dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà.

2. Il cittadino affetto da disturbo psichiatrico, in stato di crisi o allorchè ricorrano gli estremi di gravità e urgenza di intervento e rifiuto delle necessarie cure, è sottoposto a Trattamento sanitario obbligatorio.

3. Dopo aver ricevuto la segnalazione, il TSO è disposto da un medico del servizio sanitario nazionale che accerti di persona le condizioni previste dalla lettera *b*). All'arrivo del paziente nel Pronto soccorso il TSO deve essere convalidato da un medico psichiatra.

4. La disposizione di TSO è formulata in modo da specificare il motivo, la ricorrenza delle condizioni di disturbo psichiatrico grave, le necessità di intervento sanitario urgente, il rifiuto del soggetto a sottoporsi a cure specialistiche necessarie, la sede in cui

queste devono essere effettuate e la eventuale necessità di uso della forza pubblica.

5. Il TSO deve essere immediatamente esecutivo per non creare ulteriori danni al paziente, alla famiglia o a terzi, ed è attuato con i mezzi ed il personale del Dipartimento di emergenza con il coordinamento e la presenza del servizio psichiatrico competente per territorio o, se inesistente, di quello più vicino. Il personale si avvarrà, solo se necessario, della presenza della forza pubblica.

6. Durante il trattamento sanitario ospedaliero, sia questo volontario che obbligatorio, dovrà essere predisposto un progetto terapeutico riabilitativo. Se utile e necessario per la continuità terapeutica, il paziente dovrà proseguire il TSO nei servizi e nelle strutture extraospedaliere per un periodo limitato e definito.

7. Entro settantadue ore dall'inizio del TSO, il medico responsabile del servizio in cui è accolto il soggetto, è tenuto a relazionare al giudice tutelare in merito alle condizioni cliniche del paziente, alle procedure terapeutiche adottate, alla necessità o meno di prosecuzione del TSO, indicandone la prevedibile durata, in base alla persistenza delle condizioni previste dal comma 2.

8. Il giudice tutelare, esaminata la relazione prevista dal comma precedente e sentite, se richieste, le parti interessate (malato, medico, familiari o eventuale tutore), entro settantadue ore convalida od interrompe la misura del TSO, dandone comunicazione alle parti.

9. In qualsiasi momento, dall'inizio del TSO, il medico responsabile del servizio che ha accolto il paziente può interrompere la misura di cui al comma 6.

10. Qualora vengano meno le condizioni previste dal comma 2, ne viene data comunicazione motivata al giudice tutelare.

11. Il cittadino che abbia in corso di applicazione il TSO può comunicare con chiunque, compatibilmente con il suo stato e può fare ricorso avverso il provvedimento, al giu-

dice tutelare, il quale si dovrà pronunciare entro cinque giorni.

12. Entro ventiquattro ore dall'inizio del TSO, la relativa documentazione deve pervenire al sindaco, il quale, tramite i suoi competenti uffici, è tenuto ad assumere informazioni riguardanti le motivazioni, le procedure attuate e la durata del TSO (presso la struttura ove si trova il paziente), segnalando agli organi competenti, giudice ed ASL, eventuali anomalie riscontrate.

Art. 4.

(Concessione di strutture)

1. Per la realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2 è prevista la concessione di strutture con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, possono essere dati in uso ai Dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome e gli enti locali possono concedere in uso gratuito, a Dipartimenti di psichiatria, edifici, strutture ed aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai Dipartimenti di psichiatria, anche parzialmente, le strutture degli ospedali, destinati alla chiusura;

d) i comuni e le province, esercitando il controllo necessario possono dare alle associazioni riconosciute e alle cooperative di solidarietà sociale, strutture in comodato gratuito.

Art. 5.

(Potere sostitutivo)

1. In caso di inosservanza da parte delle unità sanitarie locali o delle aziende ospeda-

liere degli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni nominano dei commissari *ad acta* per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi novanta giorni dalla relativa richiesta.

2. In caso di inosservanza entro il termine di cui al comma 1 del presente articolo, da parte delle regioni e delle province autonome, degli obblighi derivanti dalla presente legge, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Art. 6.

(Commissione nazionale)

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

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dell'assistenza psichiatrica, sui programmi regionali e sui risultati ottenuti;

b) indicazione al Ministro della sanità di atti di indirizzo, di consulenza e di proposta alle regioni ed alle province autonome sugli *standards* assistenziali dei servizi psichiatrici e di criteri di progettazione e di realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2;

c) indicazione dei criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte e per la omogeneizzazione delle prassi dei servizi psichiatrici;

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale e delle attività di prevenzione dei servizi psichiatrici;

e) proposizione al Ministro della sanità, entro sei mesi dalla istituzione della Commissione, di una carta dei diritti del paziente psichiatrico e di un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici.

2. La Commissione nazionale permanente per la psichiatria è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

- a) il vicepresidente del Consiglio sanitario nazionale;
- b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;
- c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;
- d) tre esperti designati dalle regioni;
- e) tre esperti del Ministero della sanità;
- f) un esperto del Dipartimento per gli affari sociali;
- g) un esperto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;
- h) un esperto del Ministero dell'interno;
- i) un esperto del Ministero di grazia e giustizia;
- l) un esperto della Società italiana di psichiatria;
- m) un esperto della Federazione nazionale dell'ordine dei medici;
- n) tre esperti indicati dalle associazioni di almeno otto sezioni con eguale sigla.

3. Il Ministero della sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, con proprio decreto, alla nomina dei componenti della Commissione nazionale permanente per la psichiatria, la quale opera presso la Direzione generale degli ospedali, nel cui ambito è istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche, l'ufficio speciale per la tutela della salute mentale.

4. L'ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto alla attività della Commissione nazionale permanente per la psichiatria, ed in particolare:

- a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei Dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2;
- b) raccoglie e elabora dati scolastici e di gestione e dati epidemiologici sull'anda-

mento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche;

c) propone *standards* per il funzionamento ottimale dei servizi psichiatrici;

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

e) propone criteri per l'aggiornamento e la formazione del personale;

f) cura i rapporti con gli organismi internazionali e promuove scambi di informazione ed esperienze con altri Paesi.

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'attuazione della presente legge.

Art. 7.

(Commissione regionale)

1. È istituita, a livello regionale, una Commissione per la psichiatria con i compiti di vigilanza sulle strutture pubbliche e private, sul funzionamento, sulla professionalità, sulla organizzazione delle attività, sui risultati dei Dipartimenti delle attività e sui risultati dei Dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, con funzioni consultive, propositive e di controllo.

2. La Commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale ai servizi sociali, da tre esperti designati dalla regione, dei quali almeno uno docente universitario, da un primario responsabile di Dipartimento di psichiatria presente nella regione e da quattro esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari di soggetti sottoposti a trattamenti psichiatrici a condizione che:

a) siano iscritte al registro regionale;

b) abbiano un minimo di cinque sezioni;

c) siano esistenti nel territorio da almeno tre anni.

Art. 8.

(Altre disposizioni)

1. È vietata ogni forma di pubblicità che irrida la figura del malato di mente o che lo utilizzi a fini commerciali. I contravventori saranno puniti con l'ammenda da lire 1.000.000 a lire 50.000.000 estratto della sentenza o del provvedimento sanzionatori o dovrà essere pubblicato, a spese del committente della pubblicità, sui principali quotidiani locali o nazionali a seconda che si tratti di pubblicità a diffusione locale o nazionale.

2. Il malato, o il familiare esercitante la patria potestà o il tutore, hanno diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero o di supporto. Il malato ed i familiari vanno incentivati ed aiutati a costituire associazioni libere che ne difendano gli interessi. Le associazioni dovranno esprimere pareri consultivi e vincolanti in tutte le decisioni regionali e nazionali in materia psichiatrica.

3. I pazienti non possono essere rifiutati dalle strutture pubbliche o private convenzionate.

4. Oltre all'aggravamento previsto dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, concernente l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate (maltrattamenti, abusi, abbandono, omissioni), nel caso in cui la persona offesa sia un malato di mente, sono aumentate di un terzo le pene previste dagli articoli 600, 643, 644, 646 del codice penale e si procede d'ufficio su segnalazione di chiunque.

5. In ogni regione devono essere organizzate alcune strutture residenziali differenziate di piccole dimensioni protette con caratteri definiti, per accogliere i malati più gravi, pericolosi per sè e per gli altri.

6. Su richiesta dell'Autorità giudiziaria possono essere ricoverati, in queste strutture, malati altrimenti destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario. Gli ospedali psichiatrici giudiziari dovranno essere progressivamente eliminati dopo il completamento delle strutture alternative.

Art. 9.

(Finanziamenti)

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge e per la gestione complessiva dei Dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale.

2. È altresì vincolata una quota fissa dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, per interventi di costruzione e di ricostruzione delle strutture previste dalla presente legge.

3. I finanziamenti vincolati sono attribuiti ad ogni regione ed alle province autonome sotto forma di somme assegnate ai relativi Dipartimenti psichiatrici.

4. Entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, con apposito decreto, emanerà «un progetto obiettivo nazionale» con allegato piano finanziario dettagliato.