



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori RIVOLTA, MARIN, FREGOLENT, CANTÙ, LUNESU, DORIA, ALESSANDRINI, ARRIGONI, AUGUSSORI, BAGNAI, BERGESIO, BORGHESI, Simone BOSSI, BRUZZONE, CALDEROLI, CAMPARI, CANDIANI, CANDURA, CASOLATI, CORTI, DE ANGELIS, FAGGI, FERRERO, FUSCO, IWOBI, LUCIDI, MARTI, MONTANI, OSTELLARI, PAZZAGLINI, Emanuele PELLEGRINI, PEPE, PERGREFFI, PIANASSO, PILLON, PIROVANO, Pietro PISANI, PITTONI, PIZZOL, RICCARDI, RIPAMONTI, ROMEO, RUFA, SAPONARA, SIRI, SUDANO, TESTOR, TOSATO, URRARO, VALLARDI, VESCOVI e ZULIANI**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 LUGLIO 2022**

**Progetto sperimentale « Tutela salute mentale 2022-2026 »**

ONOREVOLI SENATORI. – Il tema della salute mentale e delle dipendenze patologiche da sostanze e le psico-patologie ad esse correlate presentano un problema molto serio per la nostra società e l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha acuito, in modo determinante, tale piaga.

Per « dipendenza patologica da sostanze » s'intende la condizione di subordinazione del benessere psicofisico di un individuo all'assunzione più o meno regolare di una sostanza esogena, con specifici effetti farmacologici, prevalentemente psicotropi, talora dannosi per il sistema nervoso o l'organismo nel suo insieme.

Sino ad oggi, in Italia i gravi problemi sanitari, psicologici e sociali connessi e conseguenti all'abuso alcolico non hanno avuto sufficiente attenzione, in ambito istituzionale, né adeguate risposte in ambito assistenziale. Mentre l'improvvisa diffusione, avvenuta negli anni Settanta ed Ottanta, dell'uso di sostanze stupefacenti, e l'allarme sociale che n'è derivato, hanno portato alla strutturazione di servizi specifici per il trattamento delle tossicodipendenze (Ser.T.) con il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, scarso rilievo è stato dato, nell'ordinamento normativo, all'alcoldipendenza. Negli ultimi anni l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha indicato nell'abuso di bevande alcoliche un problema prioritario di sanità pubblica per i costi sociali che comporta, in quanto fattore di rischio per gravi patologie organiche (epatopatie, cirrosi, eccetera); per gravi psicopatologie della sfera affettiva e cognitiva (depressione, suicidio, delirium,

demenza, eccetera); per gravi disturbi del comportamento sociale e sessuale (aggressività e violenze, soprattutto nell'ambito della famiglia); nonché per i numerosi e gravi incidenti stradali e sul lavoro, connessi all'abuso, anche solo occasionale, delle bevande alcoliche. Di recente, l'uso d'alcol si è diffuso tra gli adolescenti ed i giovani. L'OMS ha segnalato l'abbassarsi dell'età dei primi abusi alcolici al di sotto dei dodici-tredici anni d'età, con una percentuale di bevitori all'età di circa diciott'anni quasi sovrapponibile a quella dell'età adulta; un'elevata incidenza di patologie traumatiche alcol-correlate, nella fascia d'età tra i diciotto e i venticinque anni, nonché l'aumento dell'incidenza dell'abuso contemporaneo o concomitante di alcolici e di altre droghe, nella cosiddetta poli-tossicodipendenza.

Negli ultimi anni, l'attenzione di molti clinici e ricercatori è stata focalizzata sulla comorbilità psichiatrica presente tra i pazienti con dipendenza patologica da sostanze.

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), nel suo *focus* « Fare i conti con la salute mentale », la depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia e le altre malattie mentali gravi riducono la speranza di vita in media di vent'anni rispetto alla popolazione generale, in modo analogo alle malattie croniche come le malattie cardiovascolari. Il 5 per cento della popolazione mondiale in età lavorativa ha una severa malattia mentale e un ulteriore 15 per cento è affetto da una forma più comune. Una persona su due, nel corso della vita, ha avuto esperienza di un problema di salute mentale

e ciò riduce le prospettive di occupazione, la produttività e i salari.

I costi diretti e indiretti della malattia mentale, secondo le statistiche dell'OCSE, possono superare il 4 per cento del prodotto interno lordo (PIL). I costi indiretti includono le spese mediche dovute a una maggiore necessità di assistenza sanitaria, e i costi per servizi sociosanitari come l'assistenza a lungo termine. La salute mentale inoltre può far lievitare il costo dei trattamenti per altre patologie, ad esempio la terapia del diabete è più costosa quando il paziente soffre anche di depressione, e le persone con una salute mentale non buona hanno maggiori probabilità di soffrire anche di cancro e di malattie cardiovascolari.

Circa la metà degli adulti con malattia mentale l'ha sviluppata prima dei quindici anni, per cui l'identificazione e il trattamento precoci possono contribuire anche a ridurre i costi. Tra le malattie mentali, a livello globale, le demenze sono la seconda causa di disabilità tra la popolazione di età superiore ai settant'anni, con una stima di 44 milioni di persone affette da demenza in tutto il mondo. Entro il 2030 la demenza è destinata a diventare il 50 per cento più comune nei Paesi ad alto reddito e l'80 per cento più comune nei Paesi a basso e medio reddito. È la principale causa di più rapida crescita delle disabilità a livello mondiale, e il costo per la società - già stimato in 645 miliardi di dollari USA - è destinato a crescere ulteriormente.

Secondo i primi risultati di un sondaggio internazionale condotto tra bambini e adulti dall'UNICEF e da Gallup in ventun Paesi, una media di un giovane su cinque tra i quindici e i ventiquattro anni dichiara di sentirsi spesso depresso o di avere poco interesse nello svolgimento di attività.

A livello globale, almeno un bambino su sette è stato direttamente colpito dai *lock-down*, mentre più di 1,6 miliardi di bambini hanno perso parte della loro istruzione. L'in-

terruzione della *routine*, dell'istruzione, delle attività ricreative, così come la preoccupazione per il reddito familiare e la salute, rende molti giovani spaventati, arrabbiati e preoccupati per il loro futuro.

Le problematiche di salute mentale diagnosticate, tra cui disturbo da *deficit* di attenzione - iperattività (ADHD), ansia, autismo, disturbo bipolare, disturbo della condotta, depressione, disturbi alimentari, disabilità intellettiva e schizofrenia, possono danneggiare significativamente la salute dei bambini e dei giovani, l'istruzione, i risultati nella vita e la capacità di guadagno.

In Italia sono ben 17 milioni le persone che soffrono di un disturbo mentale. Di questi, quasi 3 milioni hanno sintomi depressivi, e ben 2 milioni sono donne, mentre 1 milione e 300.000 persone ha una diagnosi di depressione maggiore. La pandemia certo non ha fatto bene: con l'emergenza sanitaria nel 2020 i disturbi depressivi sono quintuplicati e in generale l'incidenza dei problemi psichici è passata, nella popolazione, dal 6 al 32 per cento. Fra le peggiori conseguenze a livello globale della pandemia vi è proprio il significativo aumento delle psicopatologie e dei disturbi psico-sociali.

Stando ai dati diffusi dal Ministero della salute, negli ultimi tre anni il numero degli operatori sanitari dei dipartimenti di salute mentale è fortemente diminuito a causa del fatto che non si è colmato il *gap* associato agli specialisti andati in pensione nel triennio.

Questo, però, non è l'unico problema: l'obiettivo di avere il 5 per cento dei fondi stanziati per la salute mentale è infatti molto lontano, dato che le ASL mettono a disposizione circa il 3,2-3,3 per cento del loro *budget*. A fronte di Paesi come la Francia, la Germania e il Regno Unito che raggiungono il 7, 8 e 8,5 per cento.

Come riportato da uno studio della Società italiana di psichiatria (SIP), le risorse riservate alla malattia mentale non sono sufficienti rispetto ai numeri del fabbisogno.

L'Italia risulta al ventesimo posto in Europa come numero di psichiatri che lavorano nel comparto pubblico e come spesa per la salute mentale. Questo significa lasciare i servizi privi di personale: attualmente si riscontra un *deficit* di operatori che va dal 25 al 75 per cento in meno dello *standard*.

Caposaldo della legislazione nazionale in tema di salute mentale è la legge 13 maggio 1978, n. 180, nota anche come « legge Basaglia » dal nome del suo promotore, lo psichiatra Franco Basaglia. Tale legge ha disposto la chiusura degli ospedali psichiatrici (cosiddetti « manicomi »).

A completamento di tale percorso sono stati poi adottati i decreti-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e il decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, che hanno decretato il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Nel 2017 si è completata la chiusura di tutti i sei OPG italiani, che sono stati sostituiti dalle residenze per le misure di sicurezza (REMS), strutture sanitarie residenziali con non più di venti posti letto.

A tutt'oggi, però, la legge Basaglia non ha avuto integrale applicazione, in quanto presenta diverse criticità. Invero, tale legge si è limitata a trasferire alle regioni le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica, non fornendo alcuna precisa indicazione operativa, non avendo fissato modi e tempi di applicazione e, soprattutto, non avendo previsto sanzioni in caso di inadempimento. Tutto ciò ha comportato la disapplicazione della legge e l'applicazione difforme del dettato normativo e, dunque, un quadro assolutamente disomogeneo tra regione e regione.

Il fulcro dell'organizzazione territoriale è rappresentato dal Dipartimento di salute mentale (DSM), che include tutte le strutture e i servizi adibiti alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nel territorio.

I servizi compresi nel DSM sono: i centri di salute mentale (CSM), i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), le strutture semiresidenziali, le strutture residenziali di lungo-assistenza e residenzialità.

I CSM non sono equamente distribuiti. In alcune regioni, per via delle razionalizzazioni e degli accorpamenti, vanno ulteriormente riducendosi di numero, insistendo su aree estese e popolazioni sempre più numerose. Molte volte sono aperti per fasce orarie ridotte, ad eccezione di alcune realtà regionali, otto - dodici ore al giorno per cinque giorni alla settimana. Frequente è la riduzione alle sole visite ambulatoriali, limitatamente a mere prescrizioni farmacologiche;

Per quanto concerne la dotazione dei posti letto nel sistema pubblico di salute mentale, l'effetto della legge n. 180 del 1978 e del progetto-obiettivo « Tutela della salute mentale 1994-1996 », di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, con il quale veniva fissato per le regioni italiane il parametro di riferimento di dieci letti per 100.000 abitanti, è stato quello di collocare il nostro Paese all'ultimo posto per dotazione di posti letto psichiatrici per 100.000 abitanti, a fronte di un livello medio europeo quasi sette volte maggiore (sessantasei).

Il servizio sanitario per la salute mentale è poi completato da una rete di circa 2.000 strutture residenziali e 850 semi-residenziali, che offrono rispettivamente cinquanta e trenta posti letto per 100.000 abitanti sul territorio: si tratta di strutture generalmente piccole, di tredici e diciotto posti per struttura. Anche per queste strutture si ha una forte diseguaglianza nella distribuzione regionale: si va da un minimo di trenta posti per 100.000 abitanti in regioni come la Campania e la Calabria, ad un massimo di 180/200 posti in regioni come la Liguria e la Valle d'Aosta.

Il comparto pubblico di salute mentale, dunque, è incapace di soddisfare la domanda di coloro che sono affetti da tali disturbi, e

che sono dunque costretti, se ne hanno le possibilità economiche, a rivolgersi a strutture private, sobbarcandosi l'intero costo delle cure.

La questione maggiormente rilevante è quella relativa alla mancanza di un'adeguata assistenza alle famiglie e ai pazienti quando il malato non è consenziente. In questa situazione, la persona non riconosce di avere bisogno di cure e, di fatto, le famiglie non hanno gli strumenti per costringerla a farlo, in quanto si tratterebbe di una violazione della libertà del soggetto. La conseguenza diretta è che il malato spesso non viene sottoposto ad alcun tipo di psicoterapia, né di terapia farmacologica, andando incontro a una cronicizzazione del problema.

Tutto ciò causa una situazione insostenibile per le famiglie, che devono far fronte a tutte le conseguenze legate alla convivenza con la persona affetta dal disturbo, che non riguardano soltanto l'ambito sanitario, ma anche la sfera sociale, giudiziaria e legislativa. A ciò si aggiunge l'incolumità personale: in presenza di un disturbo di personalità grave, oppure schizofrenia, il malato, infatti, può avere delle reazioni violente nei confronti dei familiari stessi.

Tale inadeguatezza desta particolare preoccupazione nell'ambito della salute mentale nell'adolescenza, ove dovrebbe esserci un'attenzione specifica, con risposte rapide ed efficaci. In questa fase di sviluppo è particolarmente rilevante prevedere una diagnosi tempestiva e una presa in carico multidisciplinare e continuativa nel tempo, con servizi adeguati e coordinati.

Il problema dell'inadeguatezza del sistema di assistenza psichiatrica in Italia esiste, ed è stato ampiamente dibattuto. Si riscontra l'inedoneità del vigente sistema sotto diversi profili: quello delle risorse, del sottodimensionamento delle strutture pubbliche, della disegualianza nella distribuzione di posti letto.

Si ritiene necessario, dunque, addivenire ad un cambio di passo, a tal fine si propone

l'introduzione del progetto sperimentale « tutela salute mentale 2022-2026 ».

Il presente disegno di legge si compone di dieci articoli.

L'articolo 1 reca le finalità del disegno di legge, volto a garantire percorsi di cura efficaci, appropriati e sicuri in caso di malattie particolarmente gravi ed invalidanti quali le patologie psichiatriche e le dipendenze patologiche.

L'articolo 2 introduce il progetto « tutela salute mentale 2022-2026 », al quale le regioni possono aderire su base volontaria e che agisce su due linee di intervento: il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera di persone affette da disturbi mentali severi o complessi di comorbilità con stati di dipendenze patologiche, e l'istituzione di nuovi modelli residenziali per la presa in carico dei medesimi soggetti.

L'articolo 3 contiene misure volte all'implementazione dei servizi psichiatrici presso i dipartimenti per la salute mentale e le dipendenze, prevedendo ogni forma di collaborazione con i soggetti e gli organismi che si occupano di problematiche relative alla salute mentale.

L'articolo 4 prevede la partecipazione degli utenti e dei familiari nella gestione della malattia mentale, introducendo modelli operativi che prevedono la costituzione di gruppi di aiuto reciproco e l'incontro tra familiari e utenti al fine di confronto e di scambio delle reciproche esperienze.

L'articolo 5 dispone che le regioni che partecipano al progetto sperimentale organizzino i servizi sanitari e sociali attraverso un approccio multisetoriale e intersettoriale, garantendo l'integrazione socio-sanitaria.

L'articolo 6 reca il potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera, prevedendo un incremento dei posti letto presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) in misura di un posto letto ogni 5.000 abitanti

L'articolo 7 detta disposizioni in ordine ai requisiti delle strutture volte ad ospitare le persone affette da disturbi mentali che, a seguito di dimissione da ospedale psichiatrico o da strutture che prevedono una temporanea permanenza, presentano un'elevata fragilità, una limitata autonomia e sono privi del necessario supporto familiare, ovvero per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o sia contrastante con il progetto di cura individuale

L'articolo 8 individua soluzioni volte all'inserimento degli utenti nel mondo del lavoro, promuovendo percorsi strutturati in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale.

L'articolo 9 contiene disposizioni in ordine all'istituzione e il coordinamento di un comitato tecnico che si occupa del monitoraggio e della verifica dei requisiti previsti dalla legge.

L'articolo 10 dispone la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla legge.



## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

#### *(Principi e finalità)*

1. La presente legge, alla luce del diritto fondamentale di tutela della salute di cui all'articolo 32 della Costituzione e quindi del valore fondamentale di prevedere percorsi di cura efficaci, appropriati e sicuri in caso di malattie particolarmente gravi e invalidanti, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, e 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 Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'anno 2019, nonché nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali, persegue le seguenti finalità:

a) garantire, con continuità nel tempo, e alla luce dell'evoluzione scientifica nelle neuroscienze, l'attuazione di un percorso di cura complessivo e integrato volto al miglioramento della qualità dell'assistenza alla malattia mentale, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente, secondo il principio della massima prossimità e accessibilità, realizzate prioritariamente nel suo contesto di vita sociale;

b) assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni centrata sull'utente e sui suoi familiari, valorizzando anche il loro sapere esperienziale;

c) riconoscere, in fase riabilitativa, il valore fondamentale del reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente;

d) stabilire i requisiti minimi di qualità dei luoghi ove 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 luoghi medesimi e degli operatori che vi prestano la loro attività;

e) 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, promuovendo la collaborazione e l'integrazione dei settori pubblici della sanità e dell'assistenza sociale con altri settori quali la cooperazione sociale, il terzo settore e il quarto settore, nell'ottica del « progetto personalizzato di intervento »;

f) stabilire i requisiti per la valutazione della qualità delle prestazioni erogate, con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta alle situazioni di crisi, alla continuità dell'assistenza, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate.

## Art. 2.

*(Progetto sperimentale « Tutela salute mentale 2022-2026 »)*

1. Per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 1, in via sperimentale per il quinquennio 2022-2026, le regioni possono attivare il progetto sperimentale « Tutela salute mentale 2022-2026 », riorganizzando i servizi di presa in carico e di cura dei pazienti con patologie psichiatriche e dipen-



denze patologiche, alla luce dei principi elencanti nel medesimo articolo, attraverso le seguenti linee di intervento:

a) potenziamento dell'offerta di presa in carico ospedaliera di persone affette da disturbi mentali severi o complessi di comorbilità con gli stati di dipendenze patologiche, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva;

b) istituzione di nuovi modelli residenziali intermedi tra i livelli ospedaliero e ambulatoriale per la presa in carico di persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, che comportano comunque la necessità di assistenza.

### Art. 3.

#### *(Dipartimenti per la salute mentale e per le dipendenze)*

1. Le regioni che aderiscono al progetto sperimentale di cui all'articolo 2, al fine di assicurare l'implementazione dei servizi psichiatrici, riorganizzano ciascun dipartimento attraverso la predisposizione di *équipe* multidisciplinari composti dai seguenti profili professionali: medico psichiatra e tossicologo, psicologo, infermiere, assistente sociale specialistico, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo specializzato.

2. I dipartimenti per le dipendenze e per la salute mentale attivano, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni forma di collaborazione con i soggetti e con gli organismi che si occupano, o sono comunque coinvolti, nelle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, le università, il terzo settore, le strutture residenziali accreditate, le organizzazioni di volontariato,

costituite anche da utenti e da familiari, nonché le associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale, al fine di creare una rete integrata volta alla presa in carico onnicomprensiva delle persone con disturbi mentali e dipendenze patologiche.

Art. 4.

*(Partecipazione degli utenti e dei familiari nella gestione della malattia mentale)*

1. Le regioni definiscono, in via sperimentale, modelli operativi che prevedono la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari, nell'ambito dei dipartimenti per le dipendenze e per la salute mentale, attraverso l'organizzazione di incontri con i familiari con finalità informativa e di supporto psicologico, facilitando anche la costituzione di gruppi di aiuto reciproco, nonché l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze.

Art. 5.

*(Integrazione socio-sanitaria)*

1. Le regioni programmano e organizzano i servizi sanitari e sociali secondo un approccio multisettoriale e intersettoriale, al fine di assicurare la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le regioni programmano l'integrazione dei dipartimenti per la salute mentale e per le dipendenze 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, prevedendo la collaborazione delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti, al fine di favorire l'inclusione degli utenti nelle attività del territorio.

## Art. 6.

*(Potenziamento dell'offerta di presa  
in carico ospedaliera)*

1. In attuazione della misura di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *a*), della presente legge, al fine di garantire il pieno accesso alle cure per i malati affetti da un disturbo psichico che volontariamente scelgono di sottoporsi al trattamento sanitario volontario (TSV), le regioni riorganizzano le strutture per acuti secondo i requisiti di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180, mediante incremento dei posti letto presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) in misura di un posto letto ogni 5.000 abitanti, affinché sia garantita la presa in carico, la cura e l'assistenza continua del paziente con disturbo psichico critico e grave, incluse le patologie psichiatriche connesse alle dipendenze patologiche, per il quale non è obiettivamente prevedibile la dimissione dall'ospedale nel breve periodo.

2. L'assistenza dei soggetti di cui al comma 1 è organizzata attraverso la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri professionali, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, medici internisti, geriatri, fisiatri, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente per poter garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura.

## Art. 7.

*(Requisiti delle strutture adibite a residenza  
per le persone affette da disturbi mentali)*

1. In attuazione della misura di cui all'articolo 2, lettera *b*), le regioni, sulla base del proprio patrimonio immobiliare disponibili, individuano soluzioni abitative per i soggetti che, a seguito di dimissione da ospedale psichiatrico o da strutture che prevedono una temporanea permanenza, presentano un'ele-

vata fragilità, una limitata autonomia e sono privi del necessario supporto familiare, ovvero per i quali la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o permanentemente impossibile o sia contrastante con il progetto di cura individuale, nel rispetto dei seguenti principi:

a) ubicazione in luoghi abitati, facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi di trasporto pubblico al fine di consentire agli ospiti di interagire con il contesto sociale e di facilitare le visite di parenti e di amici, e comunque tali da essere accessibili ai mezzi di soccorso;

b) organizzazione degli spazi privati, prevedendo camere protette con una metratura congrua e prive di barriere architettoniche, ovvero munite di attrezzature atte a garantire la mobilità degli ospiti, al fine di favorire le condizioni di autosufficienza e di garantire idonea funzionalità d'uso, fruibilità e riservatezza, con particolare riferimento al mantenimento e allo sviluppo dei livelli di autonomia individuale e nel rispetto delle differenze di genere, di età e di tipo di patologia;

c) dimensioni, in particolare per ciò che concerne gli spazi comuni, adeguate al numero di ospiti della struttura;

d) assistenza organizzata attraverso la presenza di un'*équipe* multidisciplinare costituita da infermieri professionali, fisioterapisti, assistenti sociali, psicologi, medici internisti, geriatri, fisiatri, psichiatri, con un dimensionamento sufficiente a garantire tutte le diverse tipologie di attività di cura, anche in caso di disabilità.

#### Art. 8.

*(Azioni finalizzate all'inserimento lavorativo)*

1. Le regioni individuano soluzioni volte all'inserimento degli utenti nel mondo del

lavoro, promuovendo attività lavorative all'interno delle strutture ospitanti, attraverso percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, e valorizzando eventuali competenze professionali specifiche.

Art. 9.

*(Comitato tecnico)*

1. Le regioni istituiscono e coordinano un comitato tecnico, composto dall'assessore regionale alla salute, alle politiche sociali e alle disabilità, da rappresentanti delle aziende sanitarie locali e degli altri soggetti interessati, con compiti di coordinamento, di monitoraggio e di verifica dei requisiti previsti dalla presente legge.

2. Ai fini di cui al comma 1, il comitato, avvalendosi della collaborazione dei comuni, delle aziende territoriali e dei soggetti interessati, svolge:

a) il controllo del rispetto dei principi di cui all'articolo 1 per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 2;

b) le ispezioni presso le strutture di cui all'articolo 7 attivate d'ufficio, a campione, o a seguito di eventuali segnalazioni da parte dei cittadini o del personale socio-sanitario operante nelle medesime strutture;

c) l'accertamento delle condizioni organizzative, nonché dei requisiti strutturali, impiantistici e igienico-sanitari e i requisiti professionali, del personale operante nelle strutture di cui all'articolo 7;

d) la collaborazione e il coordinamento tra i soggetti istituzionali e sociali interessati;

e) la verifica dell'efficacia e della qualità del servizio reso all'utenza.

Art. 10.

*(Disposizioni finanziarie)*

1. Per l'attuazione del progetto sperimentale di cui all'articolo 2, presso il Ministero

della salute è istituito un fondo con dotazione di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2022 al 2026.

2. Le risorse del fondo di cui al comma 1 sono distribuite alle regioni che ne fanno richiesta, secondo le modalità e i termini definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Agli oneri derivanti dalla presente legge pari a 20 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2022 al 2026, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili che si manifestano nel corso della gestione, di cui all'articolo 1, comma 200, della legge 23 dicembre 2014, n. 190.





€ 1,00