

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1423

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

GUZZANTI, BARBIERI, BONINO, BONIVER, CALABRIA, CARLUCCI, CASTIELLO, CATANOSO, CESARO, DI BIAGIO, DIVELLA, ANTONINO FOTI, LABOCCETTA, LAMORTE, LEHNER, MALGIERI, GIULIO MARINI, MAZZONI, MAZZUCA, MILO MISTRELLO DESTRO, NIZZI, ROSSO, SBAI, SCALERA, TORRISI, VELLA, VENTUCCI, ZACCHERA

Modifiche e integrazioni alla legislazione
in materia di assistenza psichiatrica

Presentata il 1° luglio 2008

ONOREVOLI COLLEGHI! — Nel presentare questa proposta di legge è indispensabile chiarire due punti essenziali:

1) il primo è che non si intende disconoscere l'alto valore etico della legge 13 maggio 1978, n. 180, nota anche come « legge Basaglia », perché essa si proponeva — anche se, purtroppo, in modo inefficace — di assicurare rispetto e dignità al malato di mente, per secoli maltrattato e disprezzato nella nostra e in molte altre società. Si trattava comunque di un intento non certo nato né monopolizzato (contrariamente a quanto si è dato a credere) dalla legge Basaglia e dai suoi fautori, dato che esso risale ai famosi pionieri dell'umanizzazione della psichiatria: dal francese Phi-

lippe Pinel, nel '700, all'inglese John Conolly, nell'800. Con questa proposta di legge s'intende, comunque, andare ben oltre la legge Basaglia, applicando anche alla psichiatria quell'umanizzazione della medicina che è sempre più diffusamente invocata e applicata e che la legge Basaglia, nonostante i suoi lodevoli intenti, ha però sempre sacrificato all'ideologizzazione e alla deresponsabilizzazione degli operatori;

2) il secondo è che non si intende « riaprire i manicomi », contrariamente a quanto affermano i basagliani ortodossi, con ovvi intenti diffamatori, ma solo creare strutture (ivi comprese nuove cliniche psichiatriche a misura d'uomo) ove

i malati possano essere finalmente curati e ove i loro familiari possano essere trattati in modo umano: i manicomi erano strutture spesso condannate alle ben note e deprecabili degenerazioni sia dalla mancanza dei moderni farmaci e delle moderne psicoterapie, sia dalle loro stesse dimensioni pachidermiche, sia dalla mancanza (peraltro continuata anche con l'applicazione delle legge Basaglia e finalmente superata con questa proposta di legge) di una selezione e di una formazione degli operatori ispirate ai canoni di autenticità, di empatia e di rispetto tipici della psicologia umanistica.

Anche sotto il profilo puramente teorico, tuttavia, la legge Basaglia presenta gravi carenze, poiché è nata dalla volontà di una minoranza di psichiatri che:

a) considerava il malato mentale come una vittima della famiglia borghese e dell'economia capitalista, in totale dispregio dei fattori biologici e delle ricerche gemellologiche già allora disponibili;

b) tendeva a squalificare tutta la psichiatria tradizionale o dissenziente come *longa manus* repressiva del sistema capitalista e della borghesia reazionaria proprio mentre, nel Paese ove il capitalismo e la borghesia erano stati sradicati e distrutti da oltre sessanta anni, la psichiatria veniva davvero cinicamente utilizzata per colpire chi resisteva al potere.

A distanza di trenta anni dalla sua entrata in vigore, comunque, appare urgente modificare profondamente varie norme della legge Basaglia che si sono dimostrate molto dannose per i pazienti, per i loro familiari e per la società in generale (l'aumento stesso delle violenze in famiglia è in parte ad esse ascrivibile), introdurne altre e, quindi, emanare una nuova legge in materia di assistenza psichiatrica che possa meglio:

1) assicurare ai malati, ai loro familiari e alla popolazione in generale servizi di pronto soccorso immediati, efficaci e umanizzati;

2) promuovere la terapia e la guarigione del malato psichico, in strutture psichiatriche moderne, umanizzate e rispettose della sua dignità;

3) migliorare l'assistenza del malato e dei suoi familiari, anche con la realizzazione di capillari reti informatiche, sia nelle strutture sanitarie sia a livello domiciliare;

4) garantire la creazione di strutture accoglienti, dignitose e umanizzate di lungo-degenza per i malati cronici;

5) utilizzare, se necessario, per le nuove cliniche psichiatriche, anche le vecchie strutture manicomiali, riducendone a misura d'uomo le dimensioni, migliorandone gli spazi verdi e sviluppando in esse gli spazi dedicati ai servizi psichiatrici integrativi (arteterapia, terapia del lavoro, comunità terapeutiche eccetera);

6) garantire attività di lavoro protetto e parzialmente retribuito per promuovere un inserimento graduale del paziente nel mondo del lavoro;

7) sviluppare un comportamento col-laborativo ed empatico degli operatori tra loro e nei confronti delle famiglie dei malati;

8) assicurare una migliore prevenzione dell'insorgenza e della degenerazione della malattia mentale mediante un'efficace individuazione e un'adeguata terapia (psicologica e psichiatrica) dei primi sintomi di malattia psichica;

9) riservare all'assistenza psichiatrica una percentuale della spesa sanitaria non inferiore alla media europea;

10) garantire la ripresa delle ricerche scientifiche sui disturbi mentali, purtroppo trascurate negli ultimi trenta anni, riservando a tali ricerche almeno il 10 per cento dei fondi destinati all'assistenza psichiatrica;

11) assicurare, in particolare, nuovi criteri di selezione e di formazione del personale medico e paramedico che promuovano un modo di essere degli ope-

ratori fondato sulla congruenza (autenticità), sull'empatia e sul rispetto umano quale pre-condizione basilare di ogni valida assistenza ai malati e ai loro familiari: una pre-condizione paradossalmente trascurata e calpestata dai « basagliani DOC » nonostante le loro pretese rivoluzionarie, con disastrosi effetti di estraniamento dai malati e di conflittualità con i loro familiari. A tale scopo ogni struttura adibita all'assistenza psichiatrica dovrà assicurare a tale personale, mediante seminari obbligatori (anche audio-visivi) gestiti da docenti diplomati nell'approccio umanistico, la capacità di promuovere un clima di dialogo e di collaborazione con i pazienti e con i loro familiari.

Pertanto, nella selezione e nell'assunzione del personale, accanto ai parametri tradizionali di competenza e di conoscenza nozionistica, dovrà essere riconosciuta pari importanza alle qualità attitudinali e caratteriali del candidato: capacità di comunicazione e di ascolto empatici, rispetto del paziente, dei suoi familiari e dei loro valori, valorizzazione della crea-

tività e delle vocazioni professionali della persona assistita.

In tal modo, pur nella consapevolezza che la complessità multifattoriale della malattia mentale impedisce tutt'oggi a chiunque di ritenersi depositario della verità definitiva sulla sua genesi e sulla sua terapia, nelle nuove strutture umanizzate e in tutti gli altri servizi comunque adibiti all'assistenza psichiatrica sarà assicurato ai pazienti e ai loro familiari un trattamento empatico e rispettoso della loro dignità e dei loro valori.

Questa proposta di legge, inoltre, per contrastare l'apparente « intoccabilità » della legge Basaglia (rimasta pietrificata per un trentennio), prevede l'istituzione di una Commissione nazionale permanente per la psichiatria, composta da rappresentanti sia degli operatori sia dei familiari dei malati psichici e presieduta dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, nonché di analoghe commissioni regionali e di uffici regionali con funzioni ispettive.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi generali).

1. La presente legge, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, detta i principi fondamentali dell'ordinamento in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati psichici.

2. Nelle cliniche psichiatriche umanizzate e in tutti gli altri servizi psichiatrici, di cui alla presente legge, deve essere assicurato ai pazienti e ai loro familiari un trattamento empatico e rispettoso della loro dignità e dei loro valori.

3. Per prevenire o superare la conflittualità tra operatori, da un lato, e pazienti e familiari dei pazienti, dall'altro, la presente legge assicura gradualmente una selezione e una formazione del personale medico e paramedico ispirate ai criteri di autenticità, empatia e rispetto incondizionato, secondo la psicologia umanistica. A tale scopo, ogni struttura psichiatrica assicura al suddetto personale, mediante seminari obbligatori, svolti anche con l'uso di strumenti audio-visivi, gestiti da docenti diplomati nell'approccio empatico e umanistico, la capacità di promuovere il dialogo e la collaborazione con i pazienti e con i loro familiari.

4. Nella selezione e nell'assunzione del personale, accanto ai parametri tradizionali di competenza e conoscenza nozionistica, è riconosciuta pari importanza alle qualità attitudinali e caratteriali del candidato, in particolare alla capacità di ascolto e di rapporto empatici, di rispetto del paziente, dei familiari e dei loro valori e bisogni, nonché di valorizzazione della creatività e delle vocazioni professionali della persona assistita.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla pre-

sente legge entro sei mesi dalla data della sua entrata in vigore.

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

7. Ogni cittadino, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione, ha diritto alla tutela della salute e alla prestazione di cure adeguate, anche qualora non sia in grado di valutare, temporaneamente o definitivamente, il suo stato di salute.

8. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a malattie psichiche sono attuati dai presìdi e dai servizi psichiatrici territoriali e ospedalieri del Servizio sanitario nazionale (SSN), ivi comprese le strutture private convenzionate, disciplinati dalla presente legge, secondo parametri definiti con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

ART. 2.

(Dipartimento di psichiatria).

1. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a malattie psichiche sono svolti per mezzo del dipartimento di psichiatria che garantisce:

a) la programmazione e il coordinamento degli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie psichiche, nella popolazione adulta, attuati dai presìdi psichiatrici ospedalieri ed extra-ospedalieri presenti nel territorio di propria competenza;

b) la collaborazione e il coordinamento, nel rispetto delle reciproche competenze, con i servizi deputati alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi alcolcorrelate e delle patologie connesse alla farmacodipendenza e alla tossicodipendenza;

c) la consulenza sulle patologie di pertinenza psichiatrica, con particolare riferimento alla consulenza ai familiari dei pazienti affetti da tali patologie;

d) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica, anche in collaborazione con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione della malattia mentale e di informazione al corpo insegnante e agli studenti;

e) l'aggiornamento professionale del personale operante, nel territorio di propria competenza, nel settore della cura, prevenzione e riabilitazione delle malattie psichiche, in collaborazione con gli organi regionali e nazionali competenti per la formazione;

f) la raccolta e la valutazione delle informazioni derivanti dalle attività di ricerca e diagnostiche, nonché la promozione e la gestione delle medesime attività, al fine di verificare la qualità delle prestazioni terapeutiche, i costi, i benefici e la validità delle metodologie di lavoro;

g) la verifica della corretta esecuzione degli accertamenti dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) e dei trattamenti sanitari obbligatori d'urgenza (TSOU);

h) la verifica e il controllo del funzionamento delle strutture private psichiatriche convenzionate.

2. L'organico del dipartimento di psichiatria è costituito dal personale amministrativo e ausiliario, nonché dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, del terapeuta occupazionale e dell'educatore professionale. Il dipartimento di psichiatria si avvale obbligatoriamente della consulenza esterna dell'amministratore di sostegno, qualora nominato.

3. Il dipartimento di psichiatria, al fine di rispondere in modo efficace, articolato e completo ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie psichiche e dai dif-

ferenti stadi evolutivi delle medesime malattie, è costituito da una complessa rete di presidi, costituita:

a) dal centro di salute mentale, che svolge attività psichiatrica di diagnosi, cura e riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, visite specialistiche, attività di consulenza sull'opportunità dei ricoveri e di programmazione delle terapie utili al malato, nonché attività di educazione sanitaria e di prevenzione. Esso effettua la presa in carico del paziente sottoposto a TSO ai sensi dell'articolo 3, mediante la convalida del trattamento medesimo nonché attuando la programmazione e il coordinamento di tutti i necessari interventi, anche in riferimento all'individuazione delle soluzioni da adottare al termine del TSO. Il centro garantisce, altresì, al nucleo familiare del malato psichico un servizio specifico di informazione, di documentazione ai fini previdenziali e assistenziali, di assistenza e di sostegno psico-terapeutico. Segue e controlla il passaggio del malato nelle varie strutture, tenendone costantemente informati i suoi familiari, ovvero l'amministratore di sostegno, qualora nominato, e il medico curante. Assicura, infine, al malato i necessari esami periodici a domicilio, da svolgere con cadenza almeno bimestrale, per un puntuale controllo del suo stato di salute. Il personale che opera presso il centro deve, in caso di bisogno, recarsi obbligatoriamente al domicilio del paziente, su richiesta motivata o se il paziente interrompe il programma di cura e riabilitazione con danno alla sua persona. Il mancato intervento, nella situazione di cui al periodo precedente, configura il reato di omissione di soccorso;

b) dal servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che provvede alla diagnosi e cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamento sanitario, volontario o di TSO, con ricovero in ambiente ospedaliero. Il servizio prevede posti letto separati dal resto della degenza per ricoveri in TSO. È previsto almeno un posto letto ogni 10.000 abitanti e, nei luoghi di montagna o a bassissima densità di popolazione, almeno un posto letto ogni 5.000 abitanti.

L'ubicazione del servizio tiene conto delle particolari esigenze del malato psichico che necessita di spazi adeguati e di aree verdi. È fatto obbligo, al momento del ricovero del paziente, di richiedere immediatamente la cartella clinica ed eventuali ulteriori informazioni al centro di salute mentale di appartenenza e di aggiornare periodicamente il medesimo centro in riferimento allo stato di salute del paziente e alle terapie praticate, nonché di avvisarlo preventivamente delle dimissioni dello stesso paziente;

c) dal pronto soccorso psichiatrico, situato presso ogni ambiente ospedaliero dotato del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che provvede a rispondere alle urgenze psichiatriche ovvero alle emergenze di tipo sanitario riferibili a pazienti affetti da malattie psichiche, anche su richiesta del pronto soccorso generale. Il pronto soccorso psichiatrico garantisce, altresì, gli interventi domiciliari urgenti per i casi di acuzie psichiatriche;

d) dalla clinica psichiatrica umanizzata e dalle strutture residenziali psichiatriche, che fungono da centri riabilitativi psichiatrici, ove sono effettuati gli interventi di riabilitazione psichiatrica e di risocializzazione, anche in situazioni di residenzialità protetta diurna e notturna o continuativa, fornendo la risposta più adeguata a seconda del tipo di malattia psichica, nonché della gravità e dell'evoluzione della malattia. Tali strutture comprendono, in particolare:

1) le comunità protette residenziali, strutture socio-sanitarie per gli ammalati cronici, ossia per i soggetti lungo-degenti con costanti alterazioni psichiche, incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali. Le comunità protette residenziali possono ospitare un massimo di quindici persone e sono organizzate tenendo conto della gravità della patologia e garantendo, altresì, un'effettiva umanizzazione e personalizzazione degli spazi. Le comunità protette sono dotate di almeno tre posti letto ogni 8.000 abitanti dell'area territoriale di competenza;

2) la comunità terapeutica per la doppia diagnosi per pazienti con problemi di droga e di alcol;

3) gli appartamenti protetti, strutture socio-assistenziali che ospitano, anche per breve tempo, i pazienti parzialmente autosufficienti e bisognosi di continuare il percorso terapeutico. Gli appartamenti protetti possono ospitare un massimo di cinque persone e sono dotati di almeno due posti letto ogni 8.000 abitanti dell'area territoriale di competenza;

4) gli appartamenti autogestiti, strutture socio-assistenziali che ospitano pazienti che riescono ad autogestirsi ma che necessitano di controlli con cadenza almeno bisettimanale da parte del personale del dipartimento di psichiatria;

5) i centri diurni psichiatrici o *day-hospital* psichiatrici, aperti ogni giorno feriale per almeno otto ore, per i pazienti che necessitano di terapie intensive farmacologiche o di partecipare a psicoterapie di gruppo o ad attività risocializzanti di tipo occupazionale e formativo. I centri diurni psichiatrici possono ospitare un massimo di quindici persone. È garantito un centro diurno psichiatrico ogni 40.000 abitanti.

4. Per lo svolgimento delle attività del dipartimento di psichiatria, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono anche avvalersi, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione vigente, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle case di cura autorizzate ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Inoltre, per la realizzazione e per la gestione anche parziale delle strutture di cui al comma 3, lettera *d*), numeri 1), 2), 3), 4) e 5), le medesime regioni e le province autonome possono stipulare apposite convenzioni con le associazioni operanti nel settore, previa verifica del possesso dei seguenti requisiti:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato, o natura di associazione ai sensi del capo I del titolo II del

libro primo del codice civile e del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361;

b) disponibilità di locali e di attrezzature adeguati al tipo di attività prescelta;

c) personale in possesso di adeguati titoli formativi in materia di psichiatria e in numero sufficiente a garantire lo svolgimento dell'attività.

5. Per le attività a carattere socializzante e riabilitativo di tipo non sanitario, i dipartimenti di psichiatria possono avvalersi anche della collaborazione di organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle altre disposizioni vigenti in materia.

ART. 3.

(Trattamenti sanitari volontari e TSO per malattie psichiatriche).

1. Gli interventi per accertamenti diagnostici, cura e riabilitazione relativi alle malattie psichiche sono, di norma, volontari. Tali interventi sono attuati dai servizi e presidi psichiatrici territoriali e ospedalieri del SSN, di cui all'articolo 1.

2. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono interventi terapeutici, il TSO per malattia psichica è attuato dopo che è stato espletato ogni valido tentativo volto a ottenere il consenso del paziente o, se questi è minore di quattordici anni, dei genitori o di chi esercita la potestà parentale. Il suddetto trattamento deve essere effettuato nel rispetto dei criteri di protezione del paziente e di soggetti terzi nonché con la modalità meno invasiva possibile, compatibilmente con il contesto generale di ogni singola situazione contingente e nel rispetto di quanto disposto dal comma 7.

3. Il TSO per malattia psichica prevede, qualora esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, l'erogazione di cure che possono essere prestate a domicilio oppure, se tali

cure non sono praticabili presso il domicilio del paziente, in condizioni di degenza ospedaliera ai sensi di quanto disposto dal comma 6.

4. Il TSOU prevede l'immediato ricovero del paziente presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, ha validità per un massimo di settantadue ore, ferma restando la necessità di convalida ai sensi del comma 6, e non è rinnovabile. Il TSO è effettuato unicamente qualora si riscontrino alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi. I medici del servizio psichiatrico di diagnosi e cura possono, ove non ravvisino elementi di rischio o di urgenza, rifiutare il ricovero o interromperlo, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari o il tutore del paziente e il centro di salute mentale territorialmente competente.

5. Il TSOU, in particolare, può essere effettuato:

a) qualora una persona, verosimilmente affetta da malattia psichica e, pertanto, bisognosa di accertamenti e di cure, non essendo in grado di valutare il proprio stato di salute, non accetti volontariamente i necessari accertamenti diagnostici o gli interventi terapeutici, esponendosi al rischio di un aggravamento del proprio stato;

b) se le condizioni di salute psichica del paziente possono ricevere un oggettivo miglioramento dalle prestazioni di cura ovvero un sensibile peggioramento dalla loro mancanza;

c) nel caso in cui, conseguentemente allo stato di malattia, il paziente sia incapace di provvedere a se stesso, di tutelare i suoi interessi ovvero sia pericoloso per la salute fisica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri e altrui.

6. Il TSO può consistere in visite mediche a domicilio o presso il centro di salute mentale, in somministrazione dei farmaci a domicilio, in ricoveri presso le strutture di cui all'articolo 2, comma 3, lettera d), o presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, nonché nell'effettua-

zione di esami clinici e di laboratorio presso ospedali pubblici e convenzionati. Esso ha una durata massima di un mese ed è prorogabile per un massimo di due volte. Può essere richiesto dal medico di base o di guardia medica, da uno psichiatra o dal personale socio-sanitario del centro di salute mentale, ma deve essere confermato dal gruppo multidisciplinare del centro di salute mentale territorialmente competente, entro settantadue ore successive all'effettuazione del trattamento stesso, ovvero, qualora si tratti di TSOU, entro quarantotto ore dall'avvenuto ricovero.

7. Il TSO, sia esso adottato con procedura d'urgenza o meno, deve essere effettuato, di norma, con personale sanitario e infermieristico e garantendo il massimo rispetto delle relazioni sociali e della dignità del malato. Solo qualora si ravvisi una situazione di pericolosità può essere richiesto l'intervento della forza pubblica, che interviene con la sola funzione di protezione nei confronti degli operatori, dello stesso paziente e degli eventuali altri degenti. Se il TSO è effettuato mediante ricovero in una struttura di cui all'articolo 2, comma 3, lettera *d*), o in una struttura ospedaliera, nella scelta della struttura medesima, ove possibile, deve essere rispettata l'indicazione fornita dai familiari o dal tutore del malato ovvero dagli operatori sociali che lo hanno in cura. Il responsabile del centro di salute mentale, all'atto della convalida del TSO di cui al comma 6 del presente articolo, provvede a darne comunicazione alla competente commissione per i diritti del malato psichico istituita ai sensi dell'articolo 6. Il TSO può essere prolungato in sede di comunità terapeutica o presso una casa di cura privata accreditata, o comunque in una struttura che esenti la famiglia da una convivenza pericolosa.

ART. 4.

(Dimissione in affidamento).

1. La dimissione in affidamento di un paziente ricoverato in regime di TSO è una

modalità di intervento attuata nei seguenti casi e con le seguenti modalità:

a) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura può disporre, in accordo con il tutore, la dimissione in affidamento di un paziente, mantenendo il regime di TSO, quando:

1) il paziente, nel corso del ricovero, ha raggiunto un sufficiente stato di compenso psichico e la sua malattia non trarrebbe ulteriore giovamento dal prolungamento del ricovero medesimo;

2) è improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia in grado di badare a sé e di sottoporsi con regolarità alle necessarie cure o di tutelarsi da maltrattamenti o da tentativi di sfruttamento o di guardarsi dal commettere azioni gravemente irresponsabili;

3) il paziente non si oppone ad essere dimesso e affidato a terzi, pur mantenendo il regime di TSO, e appare disponibile ad accogliere le regole dell'affidamento;

4) vi è una persona idonea a svolgere i compiti dell'affidatario ed è altresì garantita una collocazione adeguata alle necessità di cura del paziente;

b) il gruppo multidisciplinare del centro di salute mentale, ricevuta, da parte del responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, immediata comunicazione dell'avvenuta dimissione in affidamento, presa visione della documentazione inviata, che include il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni ed esaminati eventuali esposti presentati dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida, nel termine massimo di sette giorni, la dimissione in affidamento e la contestuale nomina dell'affidatario, effettuata dal responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura;

c) la nomina ad affidatario può essere conferita a:

1) un familiare;

2) qualsiasi altra persona o nucleo familiare ritenuto idoneo, ad eccezione del tutore, che nel suo ruolo di sostegno del paziente e di difensore dei suoi diritti deve rimanere figura indipendente, in rapporto dialettico con l'affidatario e con il personale curante;

d) l'affidatario ha il compito di assistere, proteggere e consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito e vestito, nel rispetto di condizioni igieniche personali e ambientali decorose, di vigilare sul suo stato di salute fisica e psichica e di garantire la regolare esecuzione delle terapie prescritte, riferendone costantemente al personale curante, nonché di assicurare la sua presenza alle visite di controllo;

e) il paziente, al momento della dimissione, deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario e deve impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento;

f) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura verifica il buon andamento della dimissione in affidamento e, qualora insorga un sensibile peggioramento delle condizioni psichiche del paziente, con l'impossibilità di proseguire nelle cure necessarie, dispone la revoca della dimissione in affidamento. Qualora la situazione assuma le caratteristiche dell'urgenza o della pericolosità per il paziente o per terzi, le autorità sanitarie, coadiuvate, se necessario, dalle autorità di pubblica sicurezza, accompagnano il paziente al servizio psichiatrico di diagnosi e cura e danno avvio alle procedure di TSOU, di cui all'articolo 3, commi 4 e 5. Nell'arco delle quarantotto ore successive alla revoca della dimissione in affidamento, il gruppo multidisciplinare del centro di salute mentale, effettuati gli opportuni accertamenti e indagini ed esaminati gli eventuali esposti presentati dal paziente o da chiunque altro sia interessato, convalida la revoca della dimissione in affidamento ed eventualmente valuta la soluzione più idonea per il paziente;

g) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura può, motivando la

sua decisione, sostituire l'affidatario o modificare la collocazione del paziente, in accordo con il tutore e dandone immediata comunicazione al gruppo multidisciplinare del centro di salute mentale che, entro sette giorni, effettuati gli opportuni accertamenti e le indagini ritenuti necessari ed esaminati gli esposti presentati dal paziente o da qualunque altra persona interessata, convalida la dimissione in affidamento.

ART. 5.

(Cessazione del TSO).

1. Il responsabile del centro di salute mentale concorda con il responsabile della struttura che ospita il paziente e con lo psichiatra che in essa lo segue personalmente la cessazione di ogni tipo di accertamento, di TSO o di dimissione in affidamento, al di fuori di quelli ospedalieri, sui quali la decisione finale spetta agli psichiatri del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), qualora le condizioni cliniche del paziente consentano di considerarlo sufficientemente migliorato o quando il paziente medesimo dia valido consenso e dimostri affidabilità riguardo alla continuazione, in trattamento sanitario volontario, delle terapie necessarie. Il responsabile del centro di salute mentale comunica l'avvenuta cessazione del TSO alla commissione per i diritti del malato psichico di cui all'articolo 6, che ne prende atto per quanto di competenza.

2. Con la cessazione disposta ai sensi del comma 1 decadono automaticamente e immediatamente le nomine del tutore e dell'affidatario del paziente e ogni loro compito, ferma restando la possibilità di rinnovo di tali nomine in caso di nuovi provvedimenti coattivi.

ART. 6.

(Commissione per i diritti del malato psichico).

1. Presso ogni sede del tribunale per i diritti del malato è istituita una com-

missione per i diritti del malato psichico, avente funzioni ispettive e di controllo. La commissione è composta da un magistrato ordinario, che la presiede, da un medico psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale in strutture pubbliche o private convenzionate, da uno psicologo con almeno cinque anni di attività professionale, da un assistente sociale con almeno cinque anni di attività professionale in strutture pubbliche o private convenzionate e da un rappresentante delle associazioni dei familiari dei malati psichici presenti sul territorio. I membri della commissione durano in carica quattro anni e sono estratti a sorte da un elenco di dieci candidati fornito, rispettivamente, dal presidente del tribunale, dalle relative associazioni di categoria e dalle associazioni dei familiari presenti sul territorio.

2. La commissione per i diritti del malato psichico, che può anche avvalersi dell'opera di consulenti aggiunti, decide in merito a:

a) l'esame dei ricorsi avverso le decisioni del gruppo multidisciplinare del centro di salute mentale sui TSO, sulle dimissioni in affidamento e sulle cessazioni del TSO, da parte dei malati o di chiunque vi ha interesse;

b) i reclami e le segnalazioni da parte dei cittadini sul funzionamento delle strutture operanti nel territorio, al fine di valutare l'opportunità di avviare procedimenti di carattere civile o penale.

3. L'opposizione e i relativi ricorsi concernenti le disposizioni di cui agli articoli 3 e 5 sono attuati con le seguenti modalità:

a) il malato, o chiunque vi ha interesse, ha la possibilità di rivolgersi in qualsiasi momento alla commissione per i diritti del malato psichico per chiedere la revoca o la modifica dei termini del TSO o della dimissione in affidamento, nonché al fine di contestare la cessazione del TSO. Il ricorso non può essere presentato più di una volta nel corso del TSO o della dimissione in affidamento, fatta salva la possibilità di ripresentarlo qualora il me-

desimo trattamento sia rinnovato. La commissione ha altresì l'obbligo di comunicare per iscritto le sue decisioni entro una settimana dall'avvenuto ricevimento del ricorso;

b) avverso le decisioni della commissione per i diritti del malato psichico è ammesso ricorso al tribunale competente per territorio. Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore o farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso, che può essere presentato al tribunale mediante lettera. Il presidente del tribunale decide entro dieci giorni, sentiti le parti e il pubblico ministero. I ricorsi e i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo.

4. La presentazione di opposizioni e di ricorsi non ha effetto sospensivo sugli atti e sulle decisioni contestati.

ART. 7.

(Diritti del malato psichico e dei suoi familiari).

1. Il malato psichico ha diritto di svolgere un lavoro, se il suo stato di salute e la sua capacità relazionale lo rendono possibile. Il centro di salute mentale ha l'obbligo di ricercare le soluzioni lavorative più consone allo stato psico-fisico e relazionale del malato, nonché di sostenere la sua attività lavorativa, in modo che quest'ultima sia di reale utilità all'azienda in cui è inserito. Qualora venga meno la capacità del malato a svolgere un lavoro in una struttura normale, gli deve essere proposto un lavoro in una delle strutture protette allo scopo istituite. Il malato psichico deve ricevere dalla sua attività un emolumento, corrispondente al valore economico del lavoro effettivamente svolto, dal quale devono essere detratte eventuali spese per gli operatori e le per le strutture utilizzati ai sensi del periodo precedente. Al malato spetta comunque non meno di un terzo dell'emolumento di sua competenza.

2. Il malato o il genitore esercente la potestà o il tutore o i familiari hanno diritto di scegliere liberamente il medico

curante e le eventuali strutture di ricovero e di supporto. A tale fine, le strutture del territorio di appartenenza possono essere adeguatamente proposte, ma non possono essere oggetto di scelta obbligata.

3. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati psichici pericolosi. Le regioni prevedono, entro quattro mesi dall'approvazione del piano regionale psichiatrico, forme di sostegno economico al coniuge o al convivente e ad altri familiari disponibili a mantenere in famiglia il malato. Il centro di salute mentale opera affinché, in tale ipotesi, i familiari ottengano i necessari aiuti, nonché adeguate pause nella convivenza stessa.

4. Il malato psichico e i suoi familiari sono incentivati a costituire liberamente associazioni finalizzate alla difesa dei loro interessi. Tali associazioni sono consultate, in via preliminare e prioritaria, in merito a tutte le decisioni adottate, in materia psichiatrica, dalla regione o dalla comunità montana, ovvero dalla conferenza dei sindaci.

ART. 8.

(Assistenza alle famiglie dei malati psichici).

1. Al fine di assicurare alle famiglie dei malati psichici il sostegno e l'assistenza necessari per favorire la cura e il recupero dei malati stessi, le relative spese sono poste a carico del SSN.

2. Presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali è istituito il Fondo a sostegno delle famiglie dei malati psichici, da ripartire tra le regioni al fine di fare fronte alle spese legali per i reati commessi e per il risarcimento dei danni provocati dai medesimi malati.

3. Le famiglie interessate ad usufruire delle provvidenze economiche di cui al comma 2 presentano per iscritto al competente ufficio del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali un'apposita richiesta corredata di certificazione medica; tale certificazione deve essere motivata e deve riportare le notizie anamnestiche relative al malato.

ART. 9.

(*Divieti*).

1. È vietata ogni forma di pubblicità non rispettosa della dignità del malato psichico o che lo utilizza a scopo commerciale. I contravventori sono puniti con l'ammenda da 258 euro a 25.823 euro. L'estratto della sentenza o del provvedimento sanzionatorio è pubblicato, a spese del committente della pubblicità, su due dei principali quotidiani locali o nazionali, a seconda che si tratti di pubblicità a diffusione locale o nazionale.

2. Sono altresì vietate le sperimentazioni cliniche psico-farmacologiche contro *placebo*. I contravventori a tale divieto sono puniti con l'ammenda da 1.033 euro a 25.823 euro.

ART. 10.

(*Potere sostitutivo*).

1. In caso di inosservanza degli obblighi derivanti dalla presente legge e della normativa regionale, emanata ai sensi del comma 2, da parte delle ASL, delle aziende ospedaliere o dei dipartimenti di psichiatria, le regioni, decorsi tre mesi dalla relativa richiesta, nominano commissari *ad acta* per l'adozione dei necessari provvedimenti.

2. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano non adempiano, entro i termini di cui al comma 1 del presente articolo, agli obblighi derivanti dall'attuazione della presente legge, si applicano le disposizioni dell'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

ART. 11.

(*Concessione delle strutture*).

1. Per la realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2 è prevista la concessione di

strutture, che risultino idonee allo scopo, con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministro del lavoro, della sanità e delle politiche sociali, possono essere concessi in uso, con convenzione di durata almeno ventennale, ai dipartimenti di psichiatria, edifici, strutture e aree facenti parte del demanio o del patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso, con convenzione di durata almeno ventennale, ai dipartimenti di psichiatria, nonché agli enti e alle associazioni convenzionati con il SSN e del privato sociale, edifici, strutture e aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai dipartimenti di psichiatria, anche solo parzialmente, le strutture di ospedali, aventi meno di centoventi posti letto, destinati alla chiusura.

ART. 12.

(Commissione nazionale permanente per la psichiatria).

1. Presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali è istituita la Commissione nazionale permanente per la psichiatria, quale organo di consulenza scientifica. La Commissione è presieduta dal Ministro del lavoro, della sanità e delle politiche sociali ed è composta da:

a) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

b) un rappresentante di ogni commissione regionale per la psichiatria di cui all'articolo 13;

c) un esperto del Ministero del lavoro, della salute, e delle politiche sociali;

d) un esperto del Ministero della giustizia;

e) un esperto della Presidenza del Consiglio dei ministri;

f) tre esperti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei malati psichici;

g) tre responsabili dei dipartimenti di psichiatria;

h) un rappresentante dell'associazione dei medici psichiatri.

2. La Commissione di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

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

b) richiedere alle regioni i dati epidemiologici concernenti le patologie psichiche, raccolti dalla competente commissione regionale di cui all'articolo 13;

c) raccogliere ed elaborare dati statistici ed epidemiologici sull'andamento delle patologie psichiche, nonché promuovere studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico e organizzativo, d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca;

d) fornire, ove richiesto, un'opera di consulenza alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano sugli *standard* essenziali dei servizi psichiatrici e sui criteri di progettazione e di realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2;

e) indicare i criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte;

f) curare i rapporti con gli organismi internazionali e promuovere scambi di informazioni e di esperienze con altri Paesi;

g) verificare e coordinare i programmi di aggiornamento professionale;

h) elaborare verifiche sull'attuazione della presente legge, sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e su eventuali proposte da sottoporre al Mini-

stero del lavoro, della salute e delle politiche sociali;

i) proporre al Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, entro sei mesi dalla data di istituzione della Commissione stessa, una carta dei diritti del malato psichico e dei suoi familiari e un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici;

l) coordinare, a livello interregionale, la rete informatica di cui all'articolo 13, comma 1, lettera *d)*, anche mediante la realizzazione di una banca dati nazionale.

3. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali riferisce sull'attuazione della presente legge in sede di presentazione al Parlamento della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese.

ART. 13.

(Commissione regionale per la psichiatria).

1. In ogni regione è istituita una commissione per la psichiatria, avente i seguenti compiti:

a) vigilare sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria;

b) verificare, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di psichiatria;

c) raccogliere i dati epidemiologici concernenti le malattie psichiche;

d) garantire la realizzazione di una rete informatica che consenta il collegamento delle strutture di cui all'articolo 2, presenti nel territorio regionale;

e) coordinare la rete informatica di cui alla lettera *d)*, anche mediante la realizzazione di una banca dati regionale.

2. La commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale competente per la sanità ed è composta dall'assessore regionale competente per i servizi sociali, da esperti in psichiatria desi-

gnati dalla regione e da due esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei malati psichici.

ART. 14.

(Ufficio regionale di psichiatria).

1. Nell'ambito dei rispettivi assessorati competenti per la sanità, le regioni provvedono a istituire l'ufficio regionale di psichiatria, avente funzioni ispettive.

2. Presso l'ufficio di cui al comma 1 è costituita un'apposita commissione ispettiva della quale fanno parte anche rappresentanti delle associazioni dei familiari dei malati psichici operanti nel territorio di competenza. La commissione effettua ispezioni, almeno due volte l'anno, sulle strutture pubbliche e private esistenti nel territorio regionale. Essa promuove altresì l'avviamento di esperienze di riabilitazione lavorativa e l'istituzione di cooperative.

ART. 15.

(Formazione professionale).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sono tenute al costante controllo dell'aggiornamento professionale degli operatori psichiatrici, anche in materia di rapporto empatico, e a promuovere appositi corsi di formazione anche con la collaborazione di enti locali e di associazioni private.

ART. 16.

(Finanziamento).

1. Per l'attuazione della presente legge e per la gestione dei presidi di cui all'articolo 2 è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale, destinata, in particolare, agli interventi di costruzione e ristrutturazione delle strutture previste dalla presente legge. È altresì vincolata una quota pari all'8 per cento

dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni.

2. I finanziamenti di cui al comma 1 sono attribuiti a ogni regione e alle province autonome di Trento e di Bolzano e sono assegnati ai relativi dipartimenti di psichiatria.

ART. 17.

(Abrogazioni).

1. Gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

