

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2065

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**CICCIOLI, CASTELLANI, DE NICHILO RIZZOLI, DI VIRGILIO,  
MANCUSO, PORCU, SALTAMARTINI, BOCCIARDO, PATARINO,  
GAROFALO, SCAPAGNINI, PALUMBO, BARANI, MAZZUCA**

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica

*Presentata il 15 gennaio 2009*

ONOREVOLI COLLEGHI! — Sono trascorsi ormai trent'anni dall'entrata in vigore della legge sull'assistenza psichiatrica, la famosa legge 13 maggio 1978, n. 180, recepita poi nella legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le esperienze di questi decenni, sommate ai progressi della psichiatria nel campo sia terapeutico che assistenziale e riabilitativo, chiedono perentoriamente una revisione della normativa che disciplina l'erogazione di questo tipo di assistenza. In particolare risultano urgenti e necessari:

1) una migliore regolamentazione dei ricoveri in forma coatta nell'ambito dei quali dovrebbero essere previsti sia ricoveri vincolati all'emergenza clinica di tipo breve, sia ricoveri di tipo protratto connessi soprattutto all'esigenza di poter di-

sporre dei tempi necessari per un costruttivo impegno in ambito terapeutico-riabilitativo;

2) un approccio più vicino al modello medico, con il recupero dei concetti di prevenzione, cura e riabilitazione in base alle nuove risorse della moderna assistenza e con i suggerimenti provenienti dal progresso della medicina;

3) una presa di coscienza sul fatto che la miglior assistenza può essere erogata con maggiore rispetto delle esigenze, delle risorse e delle competenze regionali, adeguandosi alle modifiche della Costituzione.

Occorre inoltre colmare alcune lacune e prendere in considerazione alcuni

aspetti che, non previsti o non ben tutelati dalla citata legge n. 180 del 1978, hanno caratterizzato questi ultimi anni di attività di chi lavora, ai vari livelli, in ambito psichiatrico, con frequente insorgenza di difficoltà operative e di problemi gestionali. Occorre, in sintesi:

1) prestare un'attenzione particolare alle categorie di utenti caratterizzati da fragilità sociale in senso sanitario;

2) prendere atto della necessità per lo psichiatra di farsi carico di nuovi o dismessi campi di attività che, comunque, continuano ad appesantire la quotidianità dell'assistenza (*in primis* la psichiatria delle disabilità e l'etnopsichiatria ma, anche, la psichiatria implicata con la doppia diagnosi e con le dipendenze patologiche correlate);

3) recepire prassi ormai consolidate da tempo in termini di esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

4) prevedere un bilanciato coinvolgimento del giudice tutelare e del sindaco nei casi di prolungamento della restrizione della libertà individuale;

5) tenere presente quanto, su un piano etico, sia giusto riconoscere al paziente psichiatrico che dignità e autodeterminazione devono essere salvaguardate anche in relazione alla patologia sofferta. In quest'ottica, dovendosi conciliare le esigenze dell'individuo con quelle dell'attività clinica, molto attuale risulta proporre una collaborazione tra medico e paziente, rispettosa dei diritti di quest'ultimo, ma duttile alle esigenze terapeutiche. Si tratta del contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che ben si configura con la denominazione di « contratto di Ulisse »: esso vincola il paziente, originariamente d'accordo, a farsi seguire anche a prescindere da una volontà contraria, manifestata in una successiva fase della malattia. Il contratto terapeutico vincolante può essere compreso alla luce delle seguenti considerazioni:

a) il consenso informato esprime il superamento della concezione paternalistica che in passato tradizionalmente (in

base al principio di « beneficiabilità ») ha caratterizzato il rapporto tra medico e paziente: al medico era totalmente delegata la potestà di cura e di scelta terapeutica;

b) il principio di autodeterminazione riconosce il primato della persona sugli interessi della scienza e della società, nonché il rispetto della dignità e dei diritti fondamentali di eguaglianza, autonomia e libertà dell'individuo quali espressioni di valori e di principi universali e inalienabili (Codice di Norimberga, 1946; Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948; Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, resa esecutiva dalla legge n. 145 del 2001, che promuove la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni essere umano e, in particolare, della sua integrità psicofisica, e che sancisce il principio dell'autonomia del soggetto interessato, quale espressione del diritto alla libertà e alla dignità della persona (articoli 1 e 5); articolo 2 della Costituzione, che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo);

c) il ribaltamento della precedente concezione giuridica che posponeva la persona umana ai superiori interessi dello Stato;

d) il riconoscimento del primato e della supremazia dell'uomo assunto a valore etico in sé;

e) il riconoscimento dell'uomo come fine di qualsivoglia azione di disciplina e di governo;

f) il principio dell'inviolabilità della libertà personale è espresso solennemente dall'articolo 13 della Costituzione (intesa quale tutela del singolo dall'arbitrio dei pubblici poteri, fino a ricomprendere la libertà morale e la dignità della persona);

g) la previsione della riserva di legge, operata dall'articolo 32 della Costi-

tuzione, per l'applicazione del TSO, rappresenta una parziale deroga e, nel contempo, un'esplicita conferma del riconoscimento del diritto di autodeterminazione personale che si esprime quale possibilità di disposizione (nel rispetto dei limiti legislativamente previsti) in via esclusiva della propria integrità non soltanto fisica, ma, in senso più ampio, anche psichica e morale, in vista del libero sviluppo della persona;

h) la centralità riconosciuta al principio di autodeterminazione (affermato ormai costantemente in giurisprudenza e autorevolmente riconosciuto dal Comitato nazionale per la bioetica), la cui cogenza giuridica è oggi rimarcata dalla ratifica della citata Convenzione di Oviedo, comporta una forte focalizzazione sull'indilazionabilità di un riconoscimento non solo bioetico, ma anche giuridico, delle « direttive anticipate » e di tutte quelle dichiarazioni ufficiali che esprimono apertamente e in maniera non equivoca la volontà del soggetto. In mancanza di questo totale riconoscimento si determinerebbe una limitazione del principio di autodeterminazione: il vincolarsi da soli, con precise disposizioni da far valere nei periodi critici, si è posto come diritto non solo per le patologie croniche irreversibili di carattere somatico, ma anche per alcune forme di disturbi psichici cronici con carattere remittente recidivante. Con tale strumento, definito dalla letteratura scientifica americana, come già ricordato, contratto di Ulisse, sarebbe possibile gestire consapevolmente comportamenti patologici stabilendo disposizioni in merito alla propria ospedalizzazione o al trattamento con terapie specifiche da far valere anche nell'ipotesi che, nei periodi di crisi, si manifesti una volontà contraria;

6) prevedere un algoritmo operativo così strutturato:

a) il paziente può essere accolto come volontario o ricoverato con TSO;

b) nel caso della volontarietà, il paziente può essere dimesso senza problemi;

c) nel caso di ricovero con TSO, il paziente può:

I) essere dimesso per cessazione del TSO;

II) rimanere ricoverato come volontario, nonostante la cessazione del TSO;

III) rimanere ricoverato tramite rinnovo del TSO;

IV) rimanere ricoverato con trattamento sanitario obbligatorio prolungato (TSOP) che, a sua volta, può essere rinnovato in trattamento volontario con o senza il vincolo del contratto di Ulisse;

7) prevedere l'ampliamento della presenza psichiatrica nell'ambito dei dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA), finalizzato sia ad affrontare nel modo più rapido e adeguato le emergenze psichiatriche sia alla possibilità di prendere in carico tempestivamente il paziente, evitando ricoveri magari impropri che causano sovraccarichi operativi per i servizi di psichiatria;

8) prevedere l'offerta all'utenza di centri di ascolto e di orientamento specialistici che, in ambiti non psichiatrizati, possano configurarsi come filtro delle varie esigenze sia dei possibili fruitori, direttamente interessati, sia dei loro familiari e degli eventuali « *care giver* » (assistenti volontari), nel tentativo di evitare sviluppi di situazioni che possono raggiungere, altrimenti, anche momenti di drammaticità. L'attività di questi centri dovrebbe configurarsi non solo come centri di consultazione, per eventuali prese in carico dei pazienti, ma anche come punto di riferimento per l'assistenza, l'informazione e la formazione di quanti si trovino a dover affrontare le problematiche del paziente psichiatrico;

9) attribuire un doveroso riconoscimento, in termini di spazi consultivi e collaborativi, ai rappresentanti delle varie associazioni dei familiari dei quali troppo a lungo sono state trascurate non solo la voce, ma anche le esigenze e le necessità;

10) stabilire l'obbligo del medico psichiatra del servizio pubblico di recarsi al domicilio del paziente, il prima possibile e comunque entro cinque giorni, quando questi, su segnalazione dei familiari, non persegue il progetto terapeutico oppure non si presenta agli appuntamenti prefissati con servizio stesso;

11) riconoscere il diritto dei familiari o di chi ne fa le veci, superando le restrizioni imposte dalla legge sulla *privacy*, di conoscere lo stato di salute mentale del proprio congiunto, quando affetto da disturbi psichici, e le cure necessarie;

12) destinare una quota percentuale del 7 per cento (attualmente fissata sotto il 5 per cento), di quanto destinato ai livelli essenziali di assistenza, alle spese per l'assistenza ambulatoriale, domiciliare, semi-residenziale e residenziale per le persone affette da problemi psichici;

13) prevedere che, entro due anni dall'entrata in vigore della legge, presso le regioni inadempienti siano nominati speciali commissari *ad acta* con il mandato di far applicare la legge stessa, onde evitare elusioni o inosservanze.

## PROPOSTA DI LEGGE

### ART. 1.

#### *(Principi generali).*

1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), tramite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività attraverso i dipartimenti di salute mentale (DSM) istituiti presso le aziende sanitarie locali (ASL).

2. Ogni DSM assicura direttamente o indirettamente le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, attraverso l'integrazione di attività finalizzate alla continuità degli interventi psichiatrici per l'intero ciclo di vita della persona affetta da disturbo psichico.

3. Presso l'assessorato regionale competente per la salute è istituita un'agenzia regionale che, in collaborazione con l'assessorato regionale competente per il lavoro e le politiche sociali, provvede alla prevenzione e alla programmazione socio-sanitarie, finalizzate alla realizzazione, al coordinamento e al monitoraggio delle attività dei DSM che hanno come aree di competenza la neuropsichiatria infantile, la psichiatria, la psicogeriatría, la psicologia e le dipendenze patologiche. Alle attività dell'agenzia regionale sono chiamati a partecipare, oltre ai tecnici individuati dagli assessori regionali competenti per la salute e per il lavoro e le politiche sociali, rappresentanti delle associazioni dei familiari delle persone affette da disturbi psichici e degli operatori della salute mentale.

### ART. 2.

#### *(Attività di prevenzione).*

1. Il SSN garantisce tutte le attività finalizzate alla prevenzione della salute mentale erogate dalle unità operative com-

ponenti il DSM in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.

2. L'assessore regionale competente per la salute provvede alla predisposizione di appositi protocolli delle attività di prevenzione e di assistenza, da attivare sul territorio di competenza in collaborazione con i tecnici e con i rappresentanti delle associazioni dei familiari delle persone affette da disturbi psichici, delle organizzazioni di volontariato e di altre associazioni operanti nel settore, individuate dal medesimo assessore.

### ART. 3.

#### *(Attività di cura).*

1. Le attività di cura psichiatrica prevedono la centralità operativa del DSM che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del DSM, oltre ai servizi previsti dal 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, sono previsti servizi per la doppia diagnosi relativamente alle dipendenze patologiche e alle disabilità, tenuto conto anche dei livelli essenziali di assistenza sanitaria stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002.

2. Il DSM coordina le proprie attività indirizzate al trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate da fragilità sociale di interesse sanitario e di quelle appartenenti ad altri contesti etnici con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio di competenza.

3. Alla persona affetta da disturbi psichici è garantita la libertà di scelta del medico, dell'operatore sanitario e del luogo di cura compatibilmente con i limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria e con le strutture in grado di offrire un trattamento adeguato allo stato di salute psichica e fisica dell'interessato.

4. Ogni regione assicura nell'area di emergenza e accettazione all'interno degli ospedali sedi dei servizi di psichiatria la presenza di uno spazio operativo per tutte le ventiquattro ore giornaliere, per gli interventi urgenti, per le emergenze e per le osservazioni psichiatriche; sono inoltre istituite *équipe* mobili per le realtà metropolitane identificate dalla regione, nonché per interventi urgenti, garantiti per tutte le ventiquattro ore giornaliere, a livello territoriale e domiciliare. È altresì assicurato, per ogni ASL, un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti e istituzioni e strutturato in modo tale da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.

5. Il DSM è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, domiciliare, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Il DSM presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o alla consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o con il suo rappresentante legale e, ove opportuno, con i familiari che convivono con il malato o che si occupano in modo continuativo dello stesso, fatta eccezione per le condizioni di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

6. L'ASO è proposto da un medico del SSN. I DSM devono prevedere strutture idonee, preferibilmente situate presso la sede del dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), per l'effettuazione di un'osservazione clinica che non superi le quarantotto ore di degenza, al termine delle quali sono segnalate al paziente e al medico curante le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare al paziente.

7. Il TSO per malattia mentale dura trenta giorni e si applica con la procedura di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le condizioni che hanno dato origine al TSO devono essere verifi-

cate per iscritto ogni sette giorni. Il TSO può essere interrotto ove il paziente non presenti più le suddette condizioni. Qualora tali condizioni permangano, il TSO può essere rinnovato per altri trenta giorni, ove necessario, per ulteriori trenta giorni. Il TSO può essere effettuato:

*a)* in condizione di degenza ospedaliera, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

*b)* in fase di prosecuzione della degenza, anche presso altri centri accreditati rispetto a quelli di cui alla lettera *a)*;

*c)* presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di sicurezza per lo stesso e per la sua famiglia.

8. Il TSO si effettua, oltre che nei casi previsti dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833:

*a)* quando esistano condizioni cliniche che richiedano un trattamento terapeutico urgente;

*b)* quando non vi sono diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente e al suo livello di autonomia;

*c)* quando l'assenza di trattamento sanitario comporta comunque un serio rischio di aggravamento per la tutela della salute del malato, non essendo il paziente cosciente della malattia e rifiutando gli interventi terapeutici.

9. Il TSO deve essere preceduto dalla convalida della proposta, di cui al terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte di uno psichiatra del DSM. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSO, il paziente, quando se ne ravvedono le condizioni di urgenza, può essere ricoverato presso la struttura del DEA destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche ai sensi del comma 5. La proposta del TSO deve contenere le



motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

10. Il procedimento relativo all'ASO e al TSO, nonché la tutela giurisdizionale di tali procedimenti, sono regolati dall'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

11. È istituito il trattamento sanitario prolungato (TSOP) senza consenso, finalizzato al ricovero di pazienti che necessitano di cure obbligatorie per tempi prolungati in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato. Il TSOP ha una durata di sei mesi e può essere interrotto o ripetuto. Il TSOP è un progetto terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del DSM in forma scritta, nel quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia. Il TSOP è disposto dal sindaco entro quarantotto ore dalla trasmissione del progetto da parte dei DSM ed è approvato dal giudice tutelare. Il TSOP è finalizzato alla possibilità di vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici quali, l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi. Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione. Lo psichiatra responsabile del progetto che motiva il TSOP verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta almeno ogni tre mesi al giudice tutelare un aggiornamento sull'andamento dello stesso. Il TSOP può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del progetto del medesimo TSOP. In caso di gravi o di protratte violazioni del progetto, è effettuata un'apposita comunicazione al giudice tutelare il quale, su proposta dello psichiatra, provvede alle modifiche necessarie o alla sospensione del TSOP. Il giudice tutelare nomina un amministra-

tore di sostegno per la persona sottoposta al TSOP.

12. Qualora sia presente la volontarietà del paziente, è consentito il ricorso a un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che prevede il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente stesso, i familiari eventualmente coinvolti e lo psichiatra del DSM cui spetta l'attuazione del programma terapeutico-riabilitativo del paziente. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il TSOP, previa comunicazione al sindaco e al giudice tutelare, che può revocare la nomina dell'amministratore di sostegno. Il DSM è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico vincolante e dell'adesione allo stesso da parte delle persone preposte alla cura del paziente e del paziente stesso.

13. Nei casi in cui il paziente, dopo aver sottoscritto il contratto terapeutico vincolante, rifiuta le terapie ivi previste, lo psichiatra curante del DSM, ove riscontri che il dissenso del paziente non è informato, consapevole, autentico e attuale, ne dà atto in una relazione che deve essere trasmessa al sindaco e al giudice tutelare. Nella relazione deve essere altresì indicato il percorso terapeutico ritenuto idoneo per la tutela della salute del paziente.

#### ART. 4.

##### *(Attività di riabilitazione).*

1. Il DSM assicura le attività riabilitative psico-sociali con gestione, diretta e indiretta, nelle seguenti strutture:

a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;

b) strutture residenziali, quali presidi di riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo, e residenze sanitarie assistite;

c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale.

2. Il DSM attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare o abituale

ovvero in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete territorialmente la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, in organico collegamento e in continuità terapeutica con i servizi che costituiscono il DSM e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

ART. 5.

*(Rapporti tra DSM e università).*

1. Nell'ambito degli accordi tra le regioni e le università, è programmata l'integrazione con i DSM con riferimento alle attività di assistenza, formazione e ricerca. A tale fine, i DSM e le università sono tenuti, per le rispettive attività, a prevedere appositi spazi e collaborazioni specifiche per le attività psichiatriche.

ART. 6.

*(Assistenza psichiatrica dei detenuti).*

1. In attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, le ASL nel cui territorio di competenza insistono le case circondariali attivano adeguate risorse per l'erogazione delle prestazioni da parte dell'*équipe* del DSM competente per l'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei detenuti che necessitano di assistenza psichiatrica o psicologica. Sono stipulati specifici protocolli d'intesa tra le ASL e l'autorità giudiziaria per reperire spazi adeguati all'interno delle case circondariali da destinare al trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei malati di mente autori di reato che, per la persistenza della pericolosità sociale, non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permangono in stato di detenzione perché imputabili.

2. Le regioni individuano, in collaborazione con i tribunali ordinari e di sor-

veglanza, specifici percorsi di trattamento alternativi al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), da realizzare con la collaborazione della rete dei servizi esterni al carcere e finalizzati alla tutela del diritto alla cura dei soggetti malati di mente autori di reato, sia nella fase del giudizio che in quella dell'esecuzione della pena. In qualunque fase del percorso di trattamento alternativo all'OPG, i compiti e gli oneri delle cure sono posti a carico del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, tramite le regioni; i compiti e gli oneri della custodia del soggetto malato di mente, autore di reato e socialmente pericoloso, sono di competenza del Ministero della giustizia. Gli OPG esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la loro organizzazione per tutta la fase iniziale di realizzazione della rete dell'assistenza ai sensi del presente articolo da parte del servizio sanitario regionale nelle case circondariali.

ART. 7.

*(Obbligo del medico psichiatra del servizio pubblico di recarsi al domicilio del paziente).*

1. Al fine di assicurare la continuità assistenziale, lo psichiatra curante del DSM si reca presso il domicilio del paziente affetto da disturbi psichici che non si presenta all'appuntamento fissato nell'ambito del progetto terapeutico il prima possibile e comunque entro i cinque giorni successivi all'ultimo incontro stabilito e disertato dal paziente stesso.

ART. 8.

*(Diritti dei familiari).*

1. Lo psichiatra del DSM è tenuto a riferire sullo stato di salute mentale del proprio paziente affetto da disturbi psichici e sulle cure necessarie: al coniuge, ai genitori, ai fratelli o alle sorelle, ai figli maggiori o ai parenti conviventi, agli eventuali conviventi stabili previa autorizza-

zione del giudice tutelare, che si occupano abitualmente dello stesso.

2. Nei casi in cui la convivenza dei familiari con la persona affetta da disturbi psichici comporta rischi per l'incolumità fisica della persona stessa o dei suoi familiari, il DSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, si attiva al fine di trovare una soluzione abitativa idonea alle esigenze della persona stessa.

#### ART. 9.

*(Quota di riserva dei livelli essenziali di assistenza).*

1. Una quota percentuale pari al 7 per cento, da aggiornare annualmente, di quanto destinato ai livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, è destinata, con vincolo di spesa, all'assistenza ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale delle persone affette da disturbi psichici e alle loro famiglie.

2. L'assessore regionale competente per la salute, coadiuvato dall'agenzia regionale di cui all'articolo 1, comma 3, vigila ed è responsabile della corretta ed effettiva allocazione di spesa della quota di riserva prevista dal comma 1 del presente articolo, e, a tale fine, rende il conto della gestione di tale quota su base annua al presidente della giunta regionale che trasmette i relativi dati, ai fini del necessario controllo, alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

#### ART. 10.

*(Disposizione finale).*

1. In caso di mancata attuazione delle disposizioni della presente legge da parte delle regioni, entro due anni dalla data di

entrata in vigore della medesima legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa diffida, provvede alla nomina di appositi commissari *ad acta* per gli adempimenti conseguenti.

PAGINA BIANCA

€ 0,35



\*16PDL0019220\*