

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

(N. 2312)

DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, IMBRIACO,
ROSSANDA, GROSSI, MILANI Eliseo, PINGITORE, PINTUS, RUSSO,
CAVAZZUTI e LA VALLE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 APRILE 1987

Provvedimenti per la programmazione, l'attuazione e il finanziamento dei servizi di salute mentale ad integrazione ed attuazione di quanto disposto dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

ONOREVOLI SENATORI. — Siamo tutti consapevoli del fatto che, a quasi nove anni dall'emanazione della legge n. 180 sull'assistenza psichiatrica, successivamente inglobata negli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 833 del dicembre 1978, si sia arrivati ad un punto limite oltre il quale non è consentito lasciare senza risposte le esigenze e i bisogni di malati e familiari che si trovano a risiedere in luoghi tuttora privi di presidi psichiatrici, o a disporre di servizi insufficienti e qualitativamente scadenti.

Dalla recente indagine del Censis, commissionata dal Ministero della sanità, risultano alcuni dati che non si possono ignorare: al 31 dicembre 1984, il 14,8 per cento della popolazione italiana, pari a 8 milioni e mezzo di abitanti, risiede in località territorialmente dipendenti da unità sanitarie locali sguarnite di qualunque tipo di presidio psichiatrico; l'istituzione di una larga fetta di questi presidi, pari al 36,6 per cento, risale agli anni

precedenti l'entrata in vigore della riforma, la quale dette un iniziale impulso alla creazione di presidi territoriali fra il 1978 e il 1980 (41,8 per cento), seguito da un netto rallentamento (21,5 per cento) dal 1981 al 1984 (esattamente nel periodo in cui si chiudevano le ammissioni negli ospedali psichiatrici). A fronte della «fine del manicomio», data molto velocemente per realizzata, risultano tuttora ricoverati circa 30.000 pazienti negli ospedali psichiatrici pubblici, in uno stato di totale abbandono e di degrado istituzionale, nonostante la spesa ospedaliera continui ad assorbire, secondo i dati più attendibili, circa l'80 per cento della spesa psichiatrica complessiva (la media della spesa giornaliera per degente oscilla fra le 100.000 e le 150.000 lire); non meno di 10.000 pazienti risultano ricoverati in istituti privati convenzionati dei quali il 50 per cento rispetto al totale nazionale è concentrato a Roma (il livello di degrado di questi istituti equivale

spesso a quello degli ospedali psichiatrici pubblici); il 52 per cento dei presidi psichiatrici è dislocato nelle sei Regioni del Nord, il che significa che un terzo del Paese dispone della metà dei servizi istituiti; mentre solo il 13,9 per cento dei servizi istituiti dispone di un sistema organizzativo capace di soddisfare i bisogni psichiatrici della popolazione.

Le gravi carenze nella realizzazione di questa riforma, pure voluta da uno schieramento vastissimo di forze politiche, vanno innanzi tutto fatte risalire all'insufficienza del dato normativo: l'inclusione nella legge n. 833 delle disposizioni quadro della legge n. 180 non seguite dal Piano sanitario nazionale, nè da atti di indirizzo e di coordinamento da parte del Ministero della sanità, ha provocato un vuoto grave di indicazioni operative alle Regioni e alle unità sanitarie locali. A ciò si aggiunga il clima di inerzia e di scetticismo prodotto dai continui rinvii di ogni provvedimento concreto nel settore, al momento — per anni dilazionato — della modifica della legge n. 180, che ha creato illusioni e false attese in coloro i quali, a buon diritto, richiedono una risposta ai loro problemi.

Associazioni di familiari di malati reclamano l'attuazione della legge e la creazione dei servizi; associazioni di familiari di malati, imputando quanto è accaduto in questi anni alla genericità della legge n. 180, ne richiedono la modifica riproponendo forme di internamento. Non si può continuare a non rispondere a questi appelli, segno di sofferenze e di tragedie non ulteriormente sopportabili. Occorre dunque colmare questo vuoto di normative per rispondere sia a coloro che esigono la realizzazione della riforma, sia a chi, frustrato in questi anni di assenza di risposte, non ha potuto che augurarsi il ritorno dell'internamento, convinti come siamo che solo la realizzazione dei servizi e il cambio culturale che la deve accompagnare possono sconfiggere questo «bisogno di segregazione» che continua inevitabilmente a riproporsi se non vi sono risposte o se le risposte sono inadeguate alla durezza dei problemi quotidiani di chi deve convivere, senza aiuti e sostegni, con un malato psichico.

L'indagine già citata del Censis, le ricerche del CNR, le dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, il parere dell'Istituto superiore di sanità, la letteratura internazionale più seria ed aggiornata confermano la validità della scelta centrale della nostra riforma che, nel superamento del manicomio e di ogni forma di segregazione, sposta cura e assistenza del disturbo psichico in strutture flessibili nella comunità.

L'Organizzazione mondiale della sanità da lungo tempo appoggia, in tutte le sedi, la deistituzionalizzazione degli internati manicomiali e l'organizzazione territoriale dei dipartimenti di salute mentale. Non è infatti privo di significato il fatto che l'OMS - Regione europea, abbia seguito, dal 1973 al 1983, l'evoluzione dell'esperienza di Trieste, quale unica zona pilota italiana inserita nel suo programma decennale di ricerca «Mental health services on pilot study areas», e che la conferenza finale del programma si sia tenuta a Trieste. Così come, a dimostrazione del suo crescente interesse nei confronti della situazione italiana, il nostro Paese, con alcune sue esperienze pilota, sta entrando a far parte del «World collaborating centre for research and training in mental health», incentrato sulla valutazione e sulla promozione di politiche di salute mentale nella comunità. Di fatto, i dati dell'OMS dimostrano il peso che assume nell'evoluzione della malattia il modo in cui culturalmente e socialmente la si tratta: dove non esiste una griglia istituzionale rigida, sostituita da un maggior grado di accettazione del paziente da parte della cultura della comunità, gli esiti risultano più favorevoli e la prognosi meno severa.

Il Ministero della sanità dispone, comunque, di un parere preciso ed articolato presentato a questo proposito dall'Istituto superiore di sanità, suo organo tecnico, di cui pare opportuno citare qui uno stralcio che fa riferimento anche alla letteratura internazionale in merito.

«Secondo un'ampia letteratura — si legge nel documento — la prognosi di forme gravi, come le sindromi schizofreniche, può essere sostanzialmente modificata in senso favorevole attraverso interventi che tendano, oltre che alla vera e propria terapia mirata ai

particolari quadri clinici, al sostegno e al ripristino funzionale dei soggetti colpiti. Dopo i lavori classici di Manfred Bleuler e Ciompi in Svizzera, questo dato è stato confermato da più parti; da ultimo, attraverso lo studio, riportato di recente nell'*American Journal of Psychiatry*, di gruppi confrontabili di schizofrenici in aree urbane con caratteristiche analoghe, salvo la presenza nell'una (Vancouver) ma non nell'altra (Portland) di una efficace assistenza sul territorio. A un anno dalla dimissione dopo il ricovero per crisi, i primi erano, rispetto ai secondi, in migliori condizioni cliniche, avevano avuto meno ricadute e avevano più spesso ripreso la loro attività lavorativa.

A smentita delle vecchie concezioni sulla malattia mentale, si riconosce oggi che un adeguato intervento di assistenza nella comunità può essere assai efficace anche in presenza di sintomatologie a prima vista incompatibili con un livello soddisfacente di funzionalità. Questo configura, per chi deve decidere dell'assetto dei servizi, responsabilità notevoli. Infatti, molti dati tendono a smentire l'ipotesi che oltre un certo livello di gravità sia assolutamente necessario un ricovero in ambiente ospedaliero e soprattutto quella che sia indispensabile, in determinati casi, una soluzione di lungodegenza. Quindi un assetto del servizio che non consenta di evitare la lungodegenza diventa — a parte gli aspetti etici e sociali — una causa importante di cronicità con sviluppo di stadi defettuali.

Affinchè l'intervento possa raggiungere i suoi scopi di cura, assistenza e prevenzione della cronicità, esso deve integrare le misure terapeutiche con carattere specifico a quelle di tipo socio-assistenziale, e deve essere coerente nelle misure adottate nei riguardi dei soggetti colpiti da disturbo psichico e in quelle adottate a sostegno dei circostanti, in particolare i familiari. L'atteggiamento del servizio, a condizione che questo abbia raggiunto una adeguata dimensione qualitativa e quantitativa, costituisce sotto questo profilo una variabile di notevole peso. Ciò è dimostrato da dati assai interessanti i quali hanno sottolineato il ruolo importante di variabili non cliniche in buona parte delle decisioni di

ricovero (ciò si deduce dalla frequente assenza di differenze iniziali significative, sotto il profilo clinico, tra coorti confrontabili di pazienti ricoverati e non ricoverati). Altri dati suggeriscono che il ripristino funzionale è facilitato ove concretamente si operi per prevenire l'assunzione di un ruolo di malattia da parte del sofferente e l'adozione di un modello di malattia da parte dei circostanti. Per questo e per altri motivi a carattere strettamente operativo, è indispensabile che le varie componenti del servizio siano adeguatamente tra loro bilanciate, e in particolare che il servizio stesso non subisca l'egemonia della componente medica e non privilegi di fatto le soluzioni di ricovero ospedaliero. (...) Il più completo degli studi basati sulle esperienze compiute in alcuni servizi negli anni sessanta e settanta — continua il documento — riguardante il bacino di utenza di Amburgo e recentemente apparso in *Social Psychiatry*, fa ricorso a metodi assai sofisticati di rilevamento e di analisi multivariata. Esso conclude che a parità di gravità della crisi, l'unica determinante che pesa nella decisione di ricorrere o meno al ricovero coatto è la qualità cattiva o buona del rapporto fra operatore e paziente».

Questi, solo alcuni cenni del parere molto circostanziato dell'Istituto superiore di sanità, cui comunque, si rinvia. La scelta italiana — per quanto in parte contraddetta dallo scarso livello di attuazione della riforma — risulta dunque il punto alto di un dibattito scientifico internazionale, orientato ormai verso le stesse linee interpretative e di intervento che si fondano essenzialmente su queste premesse. Chi soffre di disturbi psichici ha raramente bisogno di un letto d'ospedale: ciò di cui abbisogna è un luogo protetto dove poter ristabilire — al riparo da ogni repressione e violenza — l'equilibrio fra sè e il mondo: un luogo che può anche essere una «casa», con un'alta concentrazione di assistenza, di capacità professionale e umana, dove l'intervento tecnico si riduce via via che si amplia la gamma di risposte alle variabili sociali, economiche ed assistenziali presenti nel disturbo psichico. Vorremmo inoltre sottolineare il fatto che, se è vero che questo tipo di organizzazione dell'assistenza

proiettato nella comunità risulta capace di prevenire la lungodegenza ospedaliera (e le esperienze in atto in Italia e altrove lo dimostrano), c'è un altro aspetto di cui tener conto: una volta superato ciò che resta del manicomio che, con la sproporzionata concentrazione di personale e con la conservazione degli stessi vecchi «servizi generali» utilizzati ora per una popolazione ospedaliera ridotta ad un terzo rispetto al 1968, tuttora assorbe la maggior parte della spesa psichiatrica, la prevenzione della cronicità attraverso i presidi territoriali non produrrà affatto un aumento della spesa complessiva.

Per superare la situazione di immobilità non più protraibile in questo settore, per superare il manicomio e creare le strutture che devono sostituirlo, secondo i dettami della legge n. 180 presentiamo un disegno di legge che — integrando le indicazioni del progetto-obiettivo sviluppato nelle diverse stesure del Piano sanitario nazionale non ancora presentato — propone un Piano per la tutela della salute mentale, attorno al quale sia possibile costruire un ampio consenso, a conferma anche delle alleanze che in questi anni si sono create in rapporto a esperienze concrete e all'atteggiamento culturale nei confronti del disturbo psichico e di ogni forma di minorità o menomazione. Questa proposta cerca infatti di contemperare esigenze diverse, di natura spesso antagonistica e ciononostante irrinunciabili: l'esigenza del malato di essere curato nel migliore dei modi possibili e quella dei familiari di essere aiutati nel far fronte ad un problema che la riforma psichiatrica non ha mai minimizzato nè preteso di cancellare, scaricandolo sulle loro spalle.

Alcune esperienze messe in opera dalla Charitas, dalle Acli, dall'Enaip, da molte strutture locali di «privato-sociale», da associazioni di familiari che pretendono la realizzazione della riforma e che la concretizzano in azioni positive, tra cui anche cooperative di servizi, hanno in questi anni affiancato quelle di tutti gli operatori e gli amministratori che, nonostante difficoltà e ostacoli, si sono adoperati per realizzare le risposte più adeguate ai bisogni diversificati che il disturbo psichico esprime.

Con l'articolo 1, si istituisce, nell'ambito del Consiglio sanitario nazionale, la Consulta permanente per la salute mentale, costituita da sei membri eletti tra gli assessori regionali componenti del Consiglio sanitario nazionale, presieduta dal Ministro della sanità o dal vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, con compito di indicare le dotazioni finanziarie relative al settore della salute mentale e dell'assistenza ai disabilitati psichici; di assistere le Regioni nella realizzazione dei servizi e nella predisposizione dei piani di superamento degli ospedali psichiatrici; di consulenza nei confronti del Governo per l'elaborazione di atti di indirizzo e coordinamento alle Regioni; di presentazione, nell'ambito della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, di un rapporto sullo stato di avanzamento della realizzazione dei servizi e del superamento degli ospedali psichiatrici. Il tutto per rispondere alla esigenza di disporre di un organismo responsabile di questo settore, capace di stimolare e di verificare l'andamento dell'attuazione di ciò che la legge di riforma prevede.

All'articolo 2 si precisa che, per l'assolvimento dei compiti propri, la Consulta si avvale delle strutture e delle competenze dell'Istituto superiore di sanità, al quale viene affidato il monitoraggio delle attività programmate e l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale nel settore della salute mentale, nonchè la verifica, in collaborazione con i Centri studi regionali di cui all'articolo 4, delle sperimentazioni su aree pilota di azione-ricerca. Il tutto per rispondere ad un'esigenza di verifica del rapporto fra bisogno e adeguatezza delle risposte approntate o da adottare successivamente su scala regionale.

L'articolo 3 stabilisce che le Regioni, in deroga a quanto disposto all'articolo 9 della legge n. 595 del 23 ottobre 1985, adottino, con la legge regionale da approvarsi entro il 31 dicembre 1987 a stralcio dei piani sanitari regionali, il Piano per la tutela della salute mentale in coerenza con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale. Il Piano deve prevedere: il miglioramento delle conoscenze sul settore (disturbi mentali, problemi di vita delle persone che ne soffrono e dei loro

familiari, funzionamento dei servizi); l'attivazione e il potenziamento dei servizi di salute mentale per adulti e per l'età evolutiva; la promozione dell'integrazione funzionale dei dipartimenti di salute mentale con i servizi socio-assistenziali.

L'articolo 4 prevede, in funzione della realizzazione degli obiettivi di cui al precedente articolo, l'istituzione della Consulta regionale per la tutela della salute mentale, presieduta dall'assessore regionale alla sanità e composta dai coordinatori dei Dipartimenti di salute mentale presenti nella Regione e da un rappresentante designato dall'ANCI. La Consulta si avvale di un Centro studi per la salute mentale da istituirsi presso l'Assessorato regionale alla sanità.

L'articolo 5 prevede che le Regioni, sentita la Consulta regionale, organizzino i flussi informativi e predispongano piani di ricerca sui problemi del settore, programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti stessi delle attività dei servizi, nonché programmi regionali per l'educazione sanitaria sui temi della tutela della salute mentale.

L'articolo 6 prevede che le Regioni istituiscano o riorganizzino i Dipartimenti di salute mentale con funzioni di programmazione e coordinamento di tutti i servizi e le attività che ne fanno parte. Al Dipartimento di salute mentale afferiscono le cliniche psichiatriche delle Università per i compiti di assistenza e cura sulla base di opportune convenzioni. Le stesse cliniche psichiatriche e gli istituti universitari di psicologia svolgono attività di ricerca e formazione nell'area dipartimentale e nell'ambito del Centro studi regionale.

Il Dipartimento di salute mentale è articolato in strutture e funzioni:

1) strutture: centri di salute mentale per un massimo di 50 mila abitanti, che assicurino — attraverso forme diverse di ospitalità diurna e notturna — l'accessibilità ai servizi ventiquattro ore su ventiquattro; servizi ospedalieri per il trattamento sanitario, volontario o obbligatorio, il cui numero deve essere rapportato alla proporzione di almeno un posto letto ogni 20 mila abitanti; sedi per l'assistenza extraospedaliera protetta in residenze di piccole dimensioni con forme di protezione differenziata in rapporto ai bisogni degli utenti;

2) funzioni: attività integrate tra medici di base, distretti sanitari e servizi di salute mentale; apposite convenzioni con istituti carcerari e collaborazione con ospedali psichiatrici giudiziari; consulenza e supervisione dei posti letto in strutture sanitarie ed assistenziali per persone gravemente disabili; programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti stessi nelle attività dei servizi di salute mentale.

È compito del Dipartimento predisporre ed attuare il Progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico, in stretta integrazione funzionale ed operativa con i servizi socio-assistenziali; nei casi in cui il bacino di provenienza dei degenti dell'ospedale psichiatrico coincida con più Dipartimenti o Regioni, è compito della Consulta regionale predisporre e coordinare il Progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico, da attuarsi in stretto raccordo con i Dipartimenti di salute mentale e con le unità sanitarie locali, di provenienza dei degenti. Inoltre si prevede che le Consulte regionali, in collaborazione con i coordinatori socio-assistenziali delle unità sanitarie locali ove esistono, predispongano piani per il superamento degli istituti di ricovero assistenziale per disabili psichici; piani che prevedano: programmi di ristrutturazione degli istituti di ricovero in forma di residenze protette; programmi individualizzati di riabilitazione, risocializzazione e dimissione, con la creazione di idonee strutture di assistenza territoriale, di ospitalità e di reinserimento lavorativo; piani per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa.

L'articolo 7 prevede che le Regioni attivino analoghi servizi territoriali per la tutela della salute mentale nell'età evolutiva secondo moduli organizzativi dipartimentali che lavorino in stretta integrazione con i servizi materno-infantili, con gli eventuali presidi ospedalieri o universitari di neuropsichiatria infantile ove esistono, con le strutture scolastiche, con le associazioni di volontariato e i servizi socio-assistenziali ed educativi. Analogamente a quanto si prevede per l'adulto, si predispongono, nell'ambito del Centro studi regionale, ricerche sull'efficacia educativa di differenti modalità di inserimento in am-

bito scolastico e sugli interventi preventivi e di riqualificazione dei servizi per prevenire e ridurre la frequenza di *handicaps* e disturbi mentali infantili; si prevede che le Regioni istituiscano programmi di coinvolgimento dei familiari degli utenti dei servizi di salute mentale, basati sulla costituzione di gruppi di aiuto reciproco, sostenuti anche mediante finanziamenti finalizzati delle attività.

L'articolo 8 prevede che le Regioni, sentite le Consulte regionali, promuovano, e per quanto di loro competenza attuino, una articolazione integrata dei servizi di salute mentale con le strutture assistenziali. Inoltre promuovano, e per quanto di competenza attuino, il coordinamento tra unità sanitarie

locali ed enti locali con competenze socio-assistenziali al fine di assicurare: interventi economici a favore delle persone portatrici di disturbi psichici; mantenimento in case-famiglia; sostegno e reinserimento lavorativo; forme di agevolazione e di supporto economico e normativo a favore di cooperative finalizzate; corsi di formazione professionale; quote vincolate di alloggi economici popolari.

L'articolo 9 stabilisce che per l'attuazione di quanto previsto sia vincolata una quota di spesa corrispondente, per il triennio 1988-1990, a non meno dell'8 per cento del Fondo sanitario nazionale, tenendo conto del fatto che la media europea si aggira sul 15 per cento.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. In attuazione di quanto disposto dall'articolo 8, settimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è istituita nell'ambito del Consiglio sanitario nazionale la Consulta permanente per la salute mentale. Essa è costituita da sei membri eletti tra gli assessori regionali componenti del Consiglio sanitario nazionale, rappresentativi delle Regioni del Nord, Centro, Sud e Isole (classificazione ISTAT) ed è presieduta dal Ministro della sanità o dal vice presidente del Consiglio sanitario nazionale.

2. A tale Consulta sono attribuite funzioni di consulenza e proposta nei confronti del Governo e delle Regioni per la realizzazione delle linee generali di intervento a tutela della salute mentale, nel quadro delle disposizioni di cui ai successivi articoli 3, 4, 5, 6 e 7 della presente legge.

3. A questo scopo la Consulta svolge i seguenti compiti:

a) indicazione delle dotazioni finanziarie di parte corrente e in conto capitale da iscrivere nel Fondo sanitario nazionale, relative al settore della tutela della salute mentale;

b) assistenza alle Regioni nella pianificazione triennale, nella realizzazione dei servizi e nella predisposizione dei piani di superamento e di riconversione degli ospedali psichiatrici;

c) consulenza e proposta per l'elaborazione di atti di indirizzo e coordinamento alle Regioni nel settore della tutela della salute mentale, anche al fine di assicurare interventi omogenei in tutto il Paese, tenendo conto dell'esigenza di promuovere forme di efficace integrazione tra gli interventi sanitari e quelli sociali;

d) predisposizione, nell'ambito della relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, di cui al terzo comma dell'articolo 8 della legge n. 833 del 1978, di un rapporto sullo stato di avanzamento della realizzazione dei servizi e del superamento degli ospedali

pschiatrici, rispetto ai programmi previsti dai piani regionali per la salute mentale.

Art. 2.

1. Per l'assolvimento dei compiti di cui all'articolo 1, la Consulta si avvale delle strutture e delle competenze dell'Istituto superiore di sanità, al quale viene affidato il compito di monitoraggio delle attività programmate e l'istituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale nel settore della salute mentale.

2. Di concerto con le Regioni, la Consulta permanente per la salute mentale si fa promotrice della individuazione, presso ogni Regione, di una o più aree pilota di azione-ricerca. Le relative sperimentazioni saranno seguite dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con i Centri studi regionali di cui all'articolo 4, allo scopo di fornire ad ogni scadenza triennale indicazioni alla programmazione regionale e nazionale.

Art. 3.

1. Fino all'approvazione del Piano sanitario nazionale, delle contestuali disposizioni precettive di applicazione e delle norme per il finanziamento pluriennale del Servizio sanitario nazionale, nonchè dei conseguenti atti di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 1, comma 1, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, in deroga a quanto disposto dall'articolo 9 della anzidetta legge 23 ottobre 1985, n. 595, adottano, con legge regionale da approvarsi entro il 31 dicembre 1987 a stralcio dei piani sanitari regionali, il Piano per la tutela della salute mentale, conforme agli obiettivi del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 2, secondo comma, lettera g), della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Tale Piano deve prevedere disposizioni finalizzate al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) miglioramento delle conoscenze sui disturbi mentali, sui problemi di vita delle

persone che ne soffrono e dei loro familiari e sul funzionamento dei servizi di salute mentale;

b) attivazione e potenziamento dei servizi di salute mentale di cui agli articoli 33 e 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

c) attivazione e potenziamento dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva;

d) promozione dell'integrazione funzionale dei Dipartimenti di salute mentale con i servizi socio-assistenziali.

Art. 4.

1. Per la realizzazione degli obiettivi di cui all'articolo 3, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano istituiscono la Consulta regionale per la tutela della salute mentale, presieduta dall'assessore regionale alla sanità e composta dai coordinatori dei Dipartimenti di salute mentale presenti nella Regione e da un rappresentante designato dall'ANCI e, ove vi siano competenze separate, anche da un rappresentante dell'assessorato regionale ai servizi sociali.

2. La Consulta si avvale di un Centro studi per la salute mentale da istituirsi presso l'assessorato regionale alla sanità.

Art. 5.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al punto a) dell'articolo 3, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sentita la Consulta regionale:

a) organizzano i flussi informativi per il monitoraggio qualitativo e quantitativo degli interventi effettuati e dei relativi costi;

b) predispongono piani di ricerca sui problemi di vita degli utenti dei servizi di salute mentale e sul loro destino a distanza di tempo; sul funzionamento dei servizi che fanno capo al Dipartimento di salute mentale; sul funzionamento degli istituti pubblici, privati e convenzionati per disabili psichici adulti e minori e sui loro problemi sanitari e sociali;

c) propongono programmi regionali per l'educazione sanitaria sui temi della tutela

della salute mentale, sulla prevenzione delle forme di emarginazione e sul superamento delle istituzioni totali, attivando le quote vincolate allo scopo.

Art. 6.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al punto *b*) dell'articolo 3, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sentite le Consulte regionali, provvedono alla istituzione o alla riorganizzazione dei Dipartimenti di salute mentale di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il Dipartimento di salute mentale, che ha funzioni di programmazione e coordinamento di tutti i servizi e le attività che ne fanno parte, può anche svolgere funzioni sovrazionali ai sensi dell'articolo 18, primo comma, della legge n. 833 del 1978.

2. Le cliniche psichiatriche delle Università afferiscono al Dipartimento di salute mentale ed hanno compiti di assistenza e cura sulla base di apposite convenzioni stipulate tra le Università e la Regione, ai sensi dell'articolo 39 della legge n. 833 del 1978. Le cliniche psichiatriche e gli istituti universitari di psicologia per le loro competenze specifiche svolgono attività di ricerca e formazione in tutte le strutture dell'area dipartimentale e nell'ambito del Centro studi regionale.

3. La direzione del Dipartimento è affidata ad un comitato tecnico-funzionale, composto dai responsabili di tutti i servizi di salute mentale e da una quota eletta dei vari ruoli professionali presenti nel Dipartimento. Il presidente della unità sanitaria locale, o i presidenti delle unità sanitarie locali, qualora il Dipartimento sia sovrazonale, nominano, su designazione del comitato tecnico-funzionale, un coordinatore del Dipartimento nella persona di un medico di ruolo apicale.

4. Il Dipartimento di salute mentale è articolato nelle seguenti strutture:

a) centri di salute mentale per un massimo di 50.000 abitanti, che assicurino, per almeno dodici ore al giorno, attività di diagnosi e cura ambulatoriali, domiciliari ed in regime di ospitalità diurna, e che assicurino un servizio di pronta reperibilità ventiquat-

tro ore su ventiquattro. Il Centro può disporre, presso il Centro stesso o in appartamenti protetti, di strutture di ospitalità notturna, al fine di consentire forme di ospitalità diurno-notturna per i trattamenti sanitari volontari e, ove ricorrano i requisiti di legge, anche per i trattamenti sanitari obbligatori;

b) servizi ospedalieri per il trattamento sanitario, volontario ed obbligatorio, in condizioni di degenza ospedaliera a norma dell'articolo 34, della legge n. 833 del 1978, il cui numero deve essere rapportato alla proporzione di almeno un posto letto ogni 20 mila abitanti;

c) sedi per l'assistenza extraospedaliera protetta in residenze di piccole dimensioni con forme di protezione differenziata e flessibile in rapporto alle condizioni di salute e di autonomia degli utenti e all'andamento dei programmi terapeutico-riabilitativi.

5. I Dipartimenti di salute mentale devono inoltre assicurare lo svolgimento delle seguenti funzioni:

a) istituzione di attività integrate tra medici di base, distretti sanitari e servizi di salute mentale;

b) istituzione di apposite convenzioni tra istituti carcerari e servizi di salute mentale, al fine di garantire il diritto alla salute dei cittadini detenuti; promozione di iniziative di collaborazione tra servizi di salute mentale ed ospedali psichiatrici giudiziari, allo scopo di consentire la dimissione, la riabilitazione e la risocializzazione di coloro che abbiano concluso il periodo di internamento o le cui condizioni siano tali da consentire la revoca anticipata della misura;

c) attivazione di funzioni di consulenza e supervisione da parte dei servizi di salute mentale dei posti letto in strutture sanitarie ed assistenziali per persone gravemente disabili;

d) istituzione di programmi di coinvolgimento dei familiari e degli utenti stessi nelle attività dei servizi di salute mentale, mediante il sostegno e la valorizzazione di gruppi di aiuto reciproco, prevedendo anche finanziamenti finalizzati.

6. Nei casi in cui l'ospedale psichiatrico abbia degenti provenienti esclusivamente dal

territorio di competenza del Dipartimento, è compito del Dipartimento stesso predisporre ed attuare il Progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico. Tale Progetto deve essere articolato secondo:

a) programmi individualizzati di riabilitazione e dimissione dei ricoverati;

b) piani di riqualificazione e trasferimento del personale ai servizi territoriali e di riconversione delle strutture,

e deve essere attuato in stretta integrazione funzionale ed operativa con i servizi socio-assistenziali, nel quadro di quanto disposto all'articolo 8.

7. Nei casi in cui il bacino di provenienza dei degenti dell'ospedale psichiatrico coincida con più Dipartimenti o Regioni, è compito della Consulta regionale predisporre e coordinare il Progetto speciale per il superamento dell'ospedale psichiatrico, da attuarsi in stretto raccordo con i Dipartimenti di salute mentale e con le unità sanitarie locali di provenienza dei degenti, secondo le indicazioni di cui al comma 6. In questi casi l'assessore alla sanità della Regione nomina, su parere della Consulta, un responsabile per il Progetto speciale di superamento dell'ospedale psichiatrico, o degli ospedali psichiatrici, qualora nella Regione vi siano diversi ospedali con bacino di utenza pluridipartimentale o interregionale, con il compito di proporre e attuare i programmi di superamento degli ospedali psichiatrici stabiliti dalla Consulta.

8. Le Consulte regionali, in collaborazione con i coordinatori socio-assistenziali delle unità sanitarie locali ove esistono, predispongono piani per il superamento degli istituti di ricovero assistenziale per disabili psichici. Tali piani prevedono:

a) programmi di ristrutturazione degli istituti di ricovero in forma di residenze protette;

b) programmi individualizzati di riabilitazione, risocializzazione e dimissione, con la previsione di idonee strutture di assistenza territoriale, di ospitalità e di reinserimento lavorativo;

c) piani per il miglioramento dell'assistenza sanitaria e riabilitativa, da attuarsi in

stretta integrazione con gli ospedali generali, secondo quanto disposto dall'articolo 10, della legge 23 ottobre 1985, n. 595, con i servizi di salute mentale e con i servizi socio-assistenziali.

Art. 7.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al punto *c*) del comma 2 dell'articolo 3 le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sentite le Consulte regionali:

a) attivano i servizi territoriali per la tutela della salute mentale nell'età evolutiva secondo moduli organizzativi dipartimentali che lavorino in stretta integrazione con i servizi materno-infantili, con gli eventuali presidi ospedalieri o universitari di neuropsichiatria infantile ove esistono, con le strutture scolastiche, con le specifiche associazioni di volontariato e con i servizi socio-assistenziali ed educativi;

b) predispongono, nell'ambito del Centro studi regionale, ricerche sull'efficacia educativa di differenti modalità di inserimento in ambito scolastico e sugli interventi preventivi e di riqualificazione dei servizi atti a ridurre la frequenza di *handicaps* e disturbi mentali infantili;

c) istituiscono programmi di coinvolgimento dei familiari degli utenti dei servizi di salute mentale per l'età evolutiva, basati sulla costituzione di gruppi di aiuto reciproco sostenuti anche mediante finanziamenti finalizzati delle attività di detti gruppi.

Art. 8.

1. Per la realizzazione dell'obiettivo di cui al punto *d*) del comma 2 dell'articolo 3, le Regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, sentite le Consulte regionali, promuovono, e per quanto di competenza attuano, l'articolazione integrata dei servizi di salute mentale con le seguenti strutture assistenziali: strutture residenziali di piccole dimensioni con presenza non continua di personale sanitario (appartamenti protetti, case-famiglia, piccole comunità agricole); centri

diurni di riabilitazione intensiva; centri di riabilitazione e socializzazione a carico dei servizi socio-assistenziali, prevedendo anche attività programmate di operatori sanitari all'interno dei servizi socio-assistenziali e viceversa.

2. Le Regioni, sentite le Consulte regionali, promuovono, e per quanto di competenza attuano, il coordinamento tra unità sanitarie locali ed enti locali con competenze socio-assistenziali, al fine di assicurare i seguenti interventi a favore delle persone portatrici di disturbi psichici: assistenza economica individuale e familiare; mantenimento in case-famiglia; sostegno e reinserimento lavorativo; forme di agevolazione e di sostegno economico e normativo a favore di cooperative finalizzate e corsi di formazione professionale; quote vincolate di alloggi economici popolari.

Art. 9.

1. Per l'attuazione di quanto previsto e per la gestione complessiva dei servizi a tutela della salute mentale è vincolata una quota di spesa corrispondente, per il triennio 1988-1990, a non meno dell'8 per cento del Fondo sanitario nazionale, comprensiva delle quote dello stesso con vincolo di destinazione di cui all'articolo 17 della legge 22 dicembre 1984, n. 887.