



## **DISEGNO DI LEGGE**

**d’iniziativa dei senatori MARINELLO, CERONI e GIBIINO**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 16 MARZO 2013**

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. - Sino ad oggi due sono le principali strade percorse nell'affrontare l'annoso problema dell'assistenza psichiatrica: la deistituzionalizzazione e l'istituzionalizzazione.

Sotto varie forme, con differenti approcci e argomentazioni, la discussione sembra alla fine ricadere solo e unicamente entro questi limiti, inducendo con la contrapposizione di due schieramenti una rischiosa politicizzazione del dibattito.

Non si può negare che la legge n. 180 del 1978 e i successivi interventi legislativi abbiano cancellato quasi completamente l'orrore dei manicomi - e sottolineiamo il quasi - ma è altrettanto necessario osservare la crescente protesta dei familiari delle persone ritenute «insane di mente», che praticamente si sono trovati e si trovano costretti quotidianamente a vivere in situazioni di difficile e, in alcuni casi, impossibile gestione della convivenza. Tali difficoltà di convivenza sono, al tempo stesso, con estrema frequenza, rilevate dalle stesse persone ritenute «insane di mente».

Inoltre alcuni temi fondamentali sembrano essere costantemente trascurati o affrontati solo parzialmente.

Il primo tema è quello dei diritti umani.

La situazione attuale non è certo scevra o immune da tali violazioni: il rapporto dell'Assemblea parlamentare del Consiglio europeo del 15 marzo 1994, documento 7040, sulla psichiatria e sui diritti umani, riferisce che in psichiatria sono comuni le seguenti violazioni: abusi sessuali, umiliazioni, intimidazioni, negligenza e maltrattamenti.

Il secondo tema è quello della qualità dei livelli di assistenza. Se è vero che vogliamo migliorarli, non possiamo allora prescindere

dal definirli in modo dettagliato, poiché il problema non è solo «dove» (se a domicilio o in una comunità) le cose si fanno, bensì «cosa» si fa. L'esperienza e la clinica medica possiedono validi strumenti per definire requisiti precisi, che a livello legislativo devono essere almeno introdotti come principio.

Il terzo tema, che la politica in quanto responsabile della gestione pubblica non può dimenticare, è quello dei «costi». È bene qui ricordare che una sanitarizzazione di massa, così come si otterrebbe impostando l'impianto legislativo unicamente sulla «obbligatorietà delle cure», riguarderebbe almeno 100.000 cittadini italiani (ma secondo autorevoli stime questa cifra potrebbe anche raddoppiare nel corso di pochi anni). Se moltiplichiamo il costo assistenziale giornaliero medio (pur utilizzando parametri molto bassi, cioè 150 euro/die), per 365 giorni, per 100.000, otteniamo una cifra di spesa annua di circa 5 miliardi e mezzo di euro.

Per questi motivi ogni proposta che si indirizzi semplicemente verso l'istituzionalizzazione o verso la deistituzionalizzazione è destinata a fallire; anche con le nuove forme di istituzionalizzazione di cui si parla, in luoghi piccoli, puliti, con le cure e il decoro adeguati.

A tale proposito è opportuno, anche in considerazione del fatto che apparentemente tutti si dichiarano contrari alla reintroduzione dei manicomi, definire esattamente cosa sia in effetti il manicomio o il modello manicomiale, poiché pare che taluni lo identifichino semplicemente con un luogo sporco e di vaste dimensioni.

La migliore definizione di manicomio è indubbiamente la seguente: «Un luogo ove

persone che non hanno commesso reati, vengono tenute rinchiusi per mesi, anni, o l'intera vita, perché dicono o fanno cose ritenute incomprensibili o irrazionali e dove coloro che li hanno rinchiusi affermano di averlo fatto per curarli».

Possono quindi esistere manicomi grandi o piccoli, sporchi o puliti. Il superamento del manicomio non è pertanto ottenibile semplicemente riducendo il problema alle condizioni igienico-sanitarie e al numero dei degenti.

Tra gli operatori, gli utenti e i familiari è salita la domanda di soluzioni alternative, di un cosa fare, di un come fare che sia diverso e non ricalchi le orme di un passato nefasto.

La domanda è quindi se esista la possibilità di costruire quell'ipotetico percorso che possa portarci, senza traumi insostenibili, al raggiungimento di un così ambizioso obiettivo.

Si ritiene che sia possibile rispondere affermativamente ma, è bene precisarlo sin d'ora, anche tali risposte richiedono un impegno prolungato e meticoloso. Si tratta di un percorso, di un procedere verso la direzione giusta, che richiedono tempo e dedizione. Esistono sul territorio nazionale vari modelli di comunità (poche purtroppo) - dal Piemonte al Friuli-Venezia Giulia e sino alla Sicilia - che hanno organizzato modelli assistenziali differenti. Individuando le risorse inutilizzate (anche immobiliari) dei comuni e delle aziende sanitarie locali e scoprendo quali attività lavorative erano necessarie nella zona, hanno aperto piccole e medie aziende agricole, locande, bar, falegnamerie, laboratori di maiolica artigianale, stabilimenti di itticultura eccetera, coinvolgendo i pazienti come lavoratori in queste attività e fornendo loro un alloggio presso le sedi delle cooperative.

I pazienti hanno avuto la possibilità di scegliere tra numerose sistemazioni, attività e mansioni, trovando essi stessi quanto meglio a loro si confaceva.

Ci si è poi rivolti agli anziani alloggiati negli ospizi, offrendo loro la medesima possibilità; infine la stessa offerta è stata fatta ai giovani disoccupati del luogo.

In questo modo si sono formati nuovi posti di lavoro e si è evitato di creare comunità e attività ghetto (la locanda dei matti o la cascina dei malati di mente) proseguendo in un percorso di inserimento sociale, non verso l'esclusione dalla società.

Le persone, pazienti, anziani, giovani, volontari, che lavorano in queste aziende guadagnano e mantengono se stesse e l'attività cooperativa, con un costo per il Servizio sanitario nazionale ridotto rispetto a quanto avveniva prima.

Risultato? I trattamenti sanitari obbligatori non sono quasi più necessari, le «crisi psicotiche» avvengono in misura drasticamente ridotta, i farmaci somministrati per controllare il comportamento sono stati diminuiti fino al 90 per cento. È compito della politica raccogliere queste esperienze, le azioni che hanno condotto a veri risultati, ben diversi dal semplice controllo sociale o dal far «stare tranquillo» chi ci disturba. Quelle citate sono «buone prassi» certamente esportabili con successo.

In questa sede è anche necessario decidere se l'utente psichiatrico è solamente un paziente, succube ed eventualmente da segregare, o se è anche un cittadino libero che cerca di risolvere i propri problemi, protagonista dei propri cambiamenti.

Nel primo caso forzeremo la persona verso passività e rassegnazione (incrementando inoltre le possibilità di violenza), nel secondo verso attività, riscatto e riabilitazione. Riteniamo sia opportuno perseguire la seconda scelta, che ha dimostrato di riuscire ad affrontare e a risolvere i problemi sul campo e non solo in base a un approccio ideologico.

Non è possibile assicurare che tramite questi mezzi tutti «ce la faranno», ma avremo dato a tutti la possibilità di farcela o almeno avremo fornito loro la possibilità

di proseguire il loro cammino nella vita, in modo decoroso e degno di una vera società civile.

Il presente disegno di legge si prefigge di riorganizzare il sistema nazionale per la salute mentale, introducendo modifiche atte a raggiungere gli obiettivi precedentemente illustrati, e di garantire il rispetto dei diritti umani degli utenti dei servizi psichiatrici, nonché quelli dei loro familiari.

Il testo proposto riprende sostanzialmente il testo unificato, elaborato dalla Commissione affari sociali della Camera nel novembre 2012 con il concorso di tutte le forze politiche in circa 30 sedute, quale risultante di ben 8 progetti di legge.

La finalità è quella di procedere ad una sua rapida definizione, grazie al proficuo e intenso lavoro svolto in commissione tra il 2010 e il 2012.

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

#### *(Finalità)*

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, rimuove gli ostacoli che rendono ancora non completamente ed omogeneamente attuata sul territorio nazionale l'applicazione della riforma di cui alla legge 13 maggio 1978, n. 180.

2. Le regioni con propri piani attuativi programmano le politiche per la salute mentale al fine di realizzare un sistema integrato di servizi caratterizzato dall'integrazione socio-sanitaria nelle forme di:

*a)* integrazione istituzionale per realizzare una forte cooperazione fra le responsabilità di tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio;

*b)* integrazione comunitaria al fine di attivare le risorse della comunità locale attorno alle politiche di sanità pubblica;

*c)* integrazione gestionale attraverso l'interazione dei soggetti presenti in ambito territoriale al fine di realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi;

*d)* integrazione professionale per realizzare la presa in carico, progettazione e realizzazione del piano individualizzato di trattamento integrato tra le figure professionali sanitarie e sociali.

### Art. 2.

#### *(Principi generali)*

1. Il Servizio sanitario nazionale, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della

collettività attraverso i Dipartimenti di salute mentale istituiti presso le Aziende sanitarie locali.

2. Ogni dipartimento di salute mentale assicura le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, avendo come obiettivo la continuità degli interventi psichiatrici per l'intero ciclo di vita.

### Art. 3.

#### *(Attività di prevenzione)*

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, mediante i Dipartimenti di salute mentale, tutte le attività finalizzate alla prevenzione dei disturbi mentali in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.

2. Le regioni e le province autonome adottano appositi protocolli per le attività di prevenzione, in collaborazione con esperti e con rappresentanti delle associazioni dei familiari delle persone affette da disturbi mentali, delle organizzazioni di volontariato e di altre associazioni *non profit* operanti nel settore.

### Art. 4.

#### *(Attività di cura)*

1. Le attività terapeutiche psichiatriche prevedono la centralità operativa del Dipartimento di salute mentale che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del dipartimento di salute mentale, oltre ai servizi previsti per la tutela salute mentale, sono previsti anche servizi per la doppia diagnosi relativamente alle dipendenze patologiche.

2. Il Dipartimento di salute mentale coordina le proprie attività per il trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate

da fragilità sociale di interesse sanitario con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

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

4. Le regioni e le province autonome assicurano, nell'area di emergenza e accettazione all'interno degli ospedali sedi dei servizi di psichiatria, la presenza di uno spazio, operativo ventiquattro ore su ventiquattro, per gli interventi urgenti, le emergenze e le osservazioni psichiatriche.

5. Le regioni e le province autonome istituiscono *équipe* mobili per le aree metropolitane, nonché per interventi urgenti, garantiti ventiquattro ore su ventiquattro, a livello territoriale e domiciliare. Le regioni e le province autonome istituiscono altresì in ogni azienda sanitaria locale, presso un Dipartimento di salute mentale, almeno un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti e istituzioni e strutturato in modo da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.

6. Il dipartimento di salute mentale è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali in ambito ospedaliero, domiciliare, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Il dipartimento di salute mentale presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o la consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o 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, e di trattamento sanitario necessario di cui all'articolo 5.

## Art. 5.

*(Gli interventi sanitari obbligatori  
e necessari)*

1. Le procedure di intervento sanitario obbligatorio, accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio, che assume la definizione di trattamento sanitario necessario, sono attivate quando la garanzia della tutela della salute è ritenuta prevalente sul diritto alla libertà individuale del cittadino.

2. L'ASO è proposto sia da un medico del Servizio sanitario nazionale, sia da un medico del Dipartimento di salute mentale per l'effettuazione di un'osservazione clinica. I Dipartimenti di salute mentale devono prevedere strutture idonee, preferibilmente presso la sede del Dipartimento di emergenza e accettazione, 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.

3. L'ASO può essere proposto solo qualora:

a) il medico ritenga necessaria una valutazione diagnostica, prima di esprimersi sulla necessità di un trattamento psichiatrico;

b) il medico proponente non sia stato in grado di effettuare una seconda visita per la convalida prevista dalla normativa vigente, per il rifiuto attivo del paziente.

4. La proposta motivata di cui al comma 3 deve contenere anche indicazioni sul luogo più opportuno per l'esecuzione dell'ASO, con preferenza, nell'ambito del servizio territoriale, per il centro di salute mentale (CSM), per un ambulatorio di medicina generale, ovvero per il Pronto soccorso del presidio ospedaliero. In ogni caso l'ASO non può essere eseguito negli spazi di de-



genza del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

5. La proposta motivata di cui al comma 3 deve essere inoltrata al sindaco del comune dove si trova il paziente da sottoporre all'ASO.

6. Il trattamento sanitario necessario per malattia mentale ha la durata di quindici giorni e si applica con la procedura di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il trattamento sanitario necessario può essere interrotto ove il paziente non presenti più le condizioni di cui al comma 7. Qualora tali condizioni permangano, dopo i primi quindici giorni, il trattamento sanitario necessario può essere prolungato con proposta motivata del responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) presso il quale il paziente è stato ricoverato al sindaco e al giudice tutelare. Il trattamento sanitario necessario 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)* presso le strutture residenziali di riabilitazione delle aziende sanitarie locali;

*c)* presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di sicurezza per lo stesso e per la sua famiglia e venga assicurata la somministrazione della terapia quotidiana o periodica.

7. Il trattamento sanitario necessario può essere effettuato quando:

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

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

*c)* l'assenza di trattamento sanitario comporta comunque un serio rischio di aggravamento per la tutela della salute del malato, non essendo il paziente consapevole

della malattia e rifiutando gli interventi terapeutici.

8. Il trattamento sanitario necessario 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 Dipartimento di salute mentale. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario necessario, il paziente, quando se ne ravvedono le condizioni di urgenza, può essere ricoverato presso la struttura del Dipartimento di emergenza e accettazione destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche ai sensi del comma 2. La proposta del trattamento sanitario necessario deve contenere le motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

9. Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura presente nelle aziende ospedaliere garantisce spazi adeguati ad accogliere pazienti in trattamento volontario e in trattamento sanitario necessario. Esso assicura inoltre un'adeguata consulenza per i problemi di salute mentale dei pazienti ricoverati negli altri reparti dell'ospedale generale.

#### Art. 6.

##### *(Trattamento sanitario necessario extraospedaliero)*

1. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero è attivabile nel caso in cui è possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere.

2. È istituito il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato, senza consenso del paziente, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti 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-ria-

bilitativo di tipo prolungato. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato ha la durata di sei mesi e può essere interrotto o prolungato, comunque non oltre i dodici mesi continuativi. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato è un progetto terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del Dipartimento di salute mentale in forma scritta, nel quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato è disposto dal sindaco entro quarantotto ore dalla trasmissione del progetto da parte del Dipartimento di salute mentale ed è approvato dal giudice tutelare. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato è finalizzato a vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici, quali l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette, 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 trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta al giudice tutelare, ogni qualvolta lo ritenga necessario e, comunque, almeno ogni tre mesi, un aggiornamento sull'andamento dello stesso. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato 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 trattamento. In caso di gravi o protratte violazioni del progetto da parte del paziente, lo psichiatra responsabile del trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato e ne dà comunicazione al giudice tutelare, il quale, su proposta dello stesso psichiatra, provvede alle modifiche

necessarie o alla sospensione del trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato. Il giudice tutelare nomina un amministratore di sostegno per la persona sottoposta al trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato.

3. Qualora, anche successivamente all'inizio del trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato, il paziente presti il proprio consenso all'effettuazione o alla prosecuzione del trattamento medesimo, si può ricorrere a un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari e lo psichiatra responsabile del trattamento. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato, dopo che ne sia stata data comunicazione al sindaco e al giudice tutelare, che può revocare la nomina dell'amministratore di sostegno. Il Dipartimento di salute mentale è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico vincolante e dell'adesione allo stesso da parte sia delle persone preposte alla cura sia del paziente.

4. Nei casi in cui il paziente, dopo aver sottoscritto il contratto terapeutico vincolante, rifiuti ugualmente le terapie ivi previste, lo psichiatra responsabile del trattamento ne dà comunicazione al sindaco e al giudice tutelare, proponendo, se lo ritenga necessario, l'attivazione o la ripresa del trattamento sanitario necessario extraospedaliero prolungato.

5. Allo scopo di un'uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale, il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede ad elaborare delle linee guida per l'attuazione degli interventi sanitari necessari di cui all'articolo 5 e al presente articolo.

## Art. 7.

*(Attività di riabilitazione)*

1. Il Dipartimento di salute mentale assicura le attività riabilitative psico-sociali attraverso le seguenti strutture:

a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;

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

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

2. Il Dipartimento di salute mentale attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare o abituale ovvero il suo inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, fino all'inserimento lavorativo in attività ordinaria, nelle cooperative sociali di inserimento lavorativo previste dall'articolo 1, comma 1, lettera b), della legge 8 novembre 1991, n. 381, o nei programmi regionali di inserimento lavorativo di cui all'articolo 14 della legge 12 marzo 1999, n. 68, in organico collegamento e in continuità terapeutica con il Dipartimento di salute mentale e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

3. Le procedure di accreditamento delle strutture residenziali private devono prevedere la definizione della tipologia strutturale tra le seguenti: comunità terapeutica, residenza protetta, casa alloggio o centro diurno. Tali procedure devono altresì assicurare le risorse umane necessarie e prevedere le attività che possono essere svolte nelle strutture medesime e i sistemi impiegati per il controllo della qualità.

## Art. 8.

*(Rapporti tra Dipartimenti di salute mentale e università)*

1. Nell'ambito delle convenzioni stipulate tra le regioni e le università, previste dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le cliniche psichiatriche universitarie sono tenute:

a) allo svolgimento di attività assistenziale sanitaria sovrazonale, attraverso un'adeguata dotazione di posti letto e l'attivazione di centri di riferimento per la diagnosi e la terapia dei disturbi mentali e per l'effettuazione di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi;

b) ad assumere la responsabilità della tutela della salute mentale in un'area territoriale definita, di norma attraverso la gestione di un Dipartimento di salute mentale, a seguito di convenzione tra l'azienda universitaria e l'azienda sanitaria locale di competenza.

## Art. 9.

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

1. Al fine di prevenire l'aggravarsi delle condizioni cliniche in caso di esordio della psicopatologia segnalato dai familiari o conviventi o di assicurare la continuità assistenziale, il Dipartimento di salute mentale assicura la visita a domicilio del paziente il prima possibile e, comunque, entro cinque giorni dalla segnalazione o dall'appuntamento fissato nell'ambito del progetto terapeutico, al quale il paziente, senza giustificato motivo, non si sia presentato. In caso di omissione, il direttore del Dipartimento di salute mentale deve fornire, per iscritto, alla direzione sanitaria dell'azienda da cui dipende adeguate giustificazioni, al fine di non incorrere in sanzioni disciplinari.

## Art. 10.

*(Obblighi di informazione  
nei confronti dei familiari)*

1. Lo psichiatra del Dipartimento di salute mentale è tenuto a informare sullo stato di salute mentale del paziente e sulle cure necessarie il coniuge, i genitori, i fratelli, i figli maggiori di età o i parenti conviventi o, previa autorizzazione del giudice tutelare, gli eventuali conviventi stabili che si prendono cura abitualmente del paziente.

## Art. 11.

*(Disposizioni per garantire l'incolumità  
dei familiari)*

1. Nei casi in cui la convivenza con la persona affetta da disturbi mentali comporta rischi per l'incolumità fisica della persona stessa o dei suoi familiari, il Dipartimento di salute mentale, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, trova una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona nell'ambito degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

## Art. 12.

*(Adempimenti delle regioni)*

1. Le regioni e le province autonome, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, individuano le strutture residenziali di riabilitazione intensiva presso cui sia possibile disporre il trattamento sanitario necessario, garantendo almeno un posto per 20.000 abitanti.

2. Se le regioni e le province autonome, dopo due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, non hanno dato attuazione alle disposizioni di cui alla legge medesima, il Governo, dopo averle diffidate ad

adempire, nomina un commissario *ad acta* che provvede ad adottare le misure necessarie per garantire l'attuazione della legge.

Art. 13.

*(Copertura finanziaria)*

1. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo pari a 300 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.