



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa delle senatrici GRANAIOLA e AMATI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 MARZO 2013

Disposizioni per il diritto alla salute mentale

ONOREVOLI SENATORI. – Trent'anni fa moriva Franco Basaglia. Dalla sua battaglia culturale e professionale nacque la legge 13 maggio 1978, n. 180, di seguito «legge 180», che rivoluzionò l'approccio delle istituzioni al disagio mentale, portando alla chiusura dei manicomi in Italia. Allora ne esistevano 76, con oltre 94.000 internati. Basaglia non riuscì a vedere i frutti del suo progetto. Morì nell'agosto del 1980 proprio mentre si avviava il percorso che portò alla sostituzione degli ospedali psichiatrici – chiusi definitivamente solo nel 1999 – con i Dipartimenti di salute mentale (DSM) attivi sul territorio attraverso una rete di servizi specifici. La scintilla di quella rivoluzione partì dall'ospedale psichiatrico di Trieste, di cui Basaglia era direttore dal 1971.

I manicomi, è bene ricordarlo, erano luoghi di reclusione dove la cura passava attraverso letti di contenzione, *elettroshock*, camicie di forza, celle di isolamento; un mondo chiuso nel quale il rapporto tra personale e pazienti era a volte simile a quello tra carcerieri e carcerati, il cui unico scopo era il contenimento e la punizione.

Dopo la chiusura dei manicomi, tuttavia, ben pochi sono stati i passi avanti nella direzione indicata da Basaglia che prevedeva servizi di salute mentale diffusi sul territorio, con residenze comunitarie, gruppi di convivenza, con la partecipazione di maestri, educatori, accompagnatori, attori motivati che hanno dato vita a cooperative sociali come a Trieste, ad Arezzo e in altri pochi punti del territorio italiano.

La mancata applicazione di ulteriori misure di supporto alle persone affette da disagio mentale non può tuttavia essere trasfor-

mata in un'accusa alla legge 180 con lo scopo di riaprire i manicomi come alcune proposte di legge depositate in Parlamento intendono fare, chiamandoli magari pudicamente con altri nomi.

Il Ministero della salute destina alle cure psichiatriche solo il 5 per cento delle risorse quando i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità affermano che un giovane su cinque in Occidente soffre di disturbi mentali, che nel 2020 i disturbi neuropsichiatrici cresceranno in una misura superiore al 50 per cento divenendo una delle cinque principali cause di malattia, di disabilità e di morte.

In realtà l'istituzione manicomiale è stata spesso sostituita da un uso massiccio del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) e da farmaci tanto invasivi da distruggere le potenzialità di vita del paziente psichiatrico senza che questo intervento, anche quando è effettivamente indispensabile, sia accompagnato da cure e attività mirate alla guarigione o al miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

Il TSO in alcune realtà è diventato ancora una volta il mezzo coercitivo con il quale la persona portatrice di disagio mentale viene controllata, allontanandola dalla società civile, con il solo scopo di proteggere quest'ultima dalla presunta pericolosità sociale «del folle». E molti operatori psichiatrici sono tornati a svolgere il ruolo di carcerieri e di protettori dell'ordine sociale.

Per Basaglia la chiusura dei manicomi era solo un primo passo. Di recente Umberto Galimberti ha ricordato che «forse la difesa dei diversi, dei folli, dei soggetti più deboli, che era un'atmosfera diffusa negli anni Settanta e che ha portato alla chiusura dei ma-

nicomi, non è più un ideale della nostra cultura che si sta rivelando sempre più sensibile ai rapporti di forza che ai rapporti di sostegno» ponendo una domanda: «Che sia questa la premessa per cui la follia, e la disperazione che sempre l'accompagna, trovano un terreno favorevole per dilagare? Il cuore si è fatto duro e si è persa fiducia nel carattere terapeutico che la comunicazione e la relazione sociale possiedono come loro tratto specifico e come ognuno di noi può verificare quando sta male».

A Trieste quando si sono aperte le porte del manicomio c'erano 1.300 internati. Trent'anni dopo Basaglia, Trieste è il centro europeo di riferimento dell'Organizzazione mondiale della sanità per i sistemi territoriali di salute mentale. Per lanciare un progetto di rete mondiale per la salute comunitaria, il DSM di Trieste ha organizzato dal 9 al 13 febbraio 2010 il *meeting* mondiale «Trieste 2010: che cos'è "salute mentale"?». L'esperienza italiana, e in particolare quella sviluppata da Basaglia in poi a Trieste, viene proposta come modello per l'elaborazione di alternative al manicomio. Al *meeting* hanno partecipato oltre mille studiosi e operatori da 40 Paesi di tutto il mondo.

Questo disegno di legge è dedicato all'opera di Franco Basaglia e ai suoi collaboratori alcuni dei quali lavorano ancora con la stessa passione che ha caratterizzato quell'epoca così particolare che, per quanto riguarda il nostro Paese, può essere sintetizzata proprio nell'evento storico che ha portato alla chiusura seppure graduale (l'ultimo è stato chiuso nel 1999 quasi vent'anni dopo la legge 180) dei manicomi.

Come sostiene il direttore del DSM di Trieste Giuseppe Dell'Acqua, il desiderio di un ritorno al passato può essere fomentato dal clima di insicurezza diffuso nella società, il quale può avere come conseguenza «il ritorno prepotente delle psichiatrie del pessimismo, del rischio e della pericolosità» mentre secondo Dell'Acqua «a uno sguardo più attento, si colgono ovunque segni e sto-

rie di cambiamento. Moltissimi lavorano per guadagnare margini più ampi di libertà, per tenere aperti spiragli di possibilità».

È a questo clima di fiducia e di speranza che si richiama il presente disegno di legge che intende contribuire a diffondere le buone pratiche relative alla salute mentale presenti sul territorio nazionale, oltre alle migliori pratiche svolte a livello internazionale. A noi dunque il compito di proseguire sulla strada che Basaglia ha tracciato e che molti suoi collaboratori e colleghi più giovani hanno continuato nel pesante silenzio di questi anni, pervenendo a risultati positivi che tuttavia oggi non sono noti e non sono messi in rete.

Il presente disegno di legge non riforma la legge 180, ma da essa parte per proseguire sulla strada della liberazione dei malati di mente dando a loro e alle loro famiglie voce e forza, supportando le richieste degli operatori più avveduti, del mondo del volontariato e in generale di tutti i cittadini che comprendono la necessità che la società italiana sostenga ed accolga con solidarietà le persone che soffrono di disagio mentale.

A suo tempo il legislatore si è fermato al primo pur importantissimo passo, la chiusura dei manicomi, oggi grazie alle esperienze dei malati, dei loro familiari e degli operatori del settore possiamo riprendere il cammino, ampliando il potere dei malati, delle loro famiglie e delle realtà di volontariato e cooperazione in grado di sostenere le persone portatrici di disagio mentale nei loro progetti di vita. Il presente disegno di legge individua nei Centri di salute mentale il cuore delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione sul territorio.

L'articolo 1 si occupa in primo luogo di stabilire le finalità della legge e i compiti dello Stato.

Richiamandosi agli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, ai deliberati delle Nazioni Unite e del Consiglio d'Europa in materia di diritti umani e all'attuazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, si stabilisce che

la Repubblica italiana persegue la finalità di tutelare la salute mentale dei cittadini e garantirne l'integrità psicofisica. La Repubblica riconosce la rilevanza della salute mentale quale diritto universale da attuare in primo luogo attraverso il rinnovamento culturale della società, con lo scopo principale di rimuovere le cause della sofferenza e dell'esclusione dei cittadini portatori di disagio mentale. La Repubblica considera infine il disagio mentale, in qualsiasi forma rappresentato, quale stimolo per la comunità nazionale ad una sempre maggiore comprensione della complessità della psiche umana, delle sue infinite possibilità di espressione e di autoaffermazione, considera i cittadini portatori di disagio mentale come esseri umani in crisi e fa della loro tutela il centro della propria iniziativa di prevenzione e di cura.

Ai fini di una crescita solidale e consapevole della società, lo Stato si impegna nella cura del cittadino portatore di disagio mentale attraverso la sanità pubblica limitando le pratiche psichiatriche coercitive ai soli casi di effettiva e comprovata necessità ai sensi degli articoli da 1 a 6 della legge 13 maggio 1978 n. 180. In tale contesto il cittadino portatore di disagio mentale è considerato soggetto prioritario di tutela, rispetto, solidarietà da parte dello Stato in tutte le sue articolazioni, con la finalità di contribuire in ogni modo a sostenerne il progetto di vita e di guarigione. Lo Stato coadiuva e sostiene altresì i familiari dei portatori di disagio mentale nel percorso di riabilitazione e ricostruzione o semplice gestione della propria esistenza.

L'articolo 2 introduce un principio di precauzione volto a vietare la terapia elettroconvulsivante (TEC), la pratica della lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia su tutto il territorio nazionale.

L'articolo 3 si occupa della prevenzione e della cura nel campo del disagio mentale. A tale scopo e al fine di dare piena attuazione alla legge 13 maggio 1978, n. 180, le re-

gioni dispongono l'integrazione o la creazione dei «Centri di salute mentale», volti alla prevenzione e alla cura dei cittadini che ad essi si rivolgono. I Centri istituiscono presidi territoriali suddivisi in microaree con lo scopo di avvicinare i servizi erogati ai cittadini.

Nel corso degli ultimi anni i servizi di salute mentale si trovano a fare fronte ad una domanda definibile come disagio diffuso inteso come condizione di malessere legata ai più differenti eventi traumatici e stressanti caratterizzati da difficoltà relazionali, violenze e conflitti familiari, abusi e molestie, lutti, separazioni, gravi malattie, ma anche difficoltà economiche, abitative, lavorative, di integrazione. Le persone arrivano spesso ai Centri anche su invio del medico di medicina generale con ipotesi di diagnosi quali disturbo depressivo, insonnia, disturbo d'ansia ed altro. Il rischio che questa condizione di malessere si trasformi in condizione di malattia e di successiva invalidazione è molto elevato. Oltre ad affrontare il disagio diffuso con un programma specifico a chiara impronta preventiva, il Centro di salute mentale deve porre tra le proprie strategie l'obiettivo di affrontare alcune forme di disagio e le rilevanti problematiche sociali che hanno a che vedere sia con il rischio conclamato di disturbo mentale per singoli e per gruppi di popolazione sia ad una condizione di salute mentale generale. I Centri di salute mentale dunque devono essere in grado di accogliere la domanda di cura, una domanda che in questi anni si è moltiplicata e diversificata senza che di pari passo si siano moltiplicate le risorse umane ed economiche. I programmi e gli interventi dei Centri più efficienti sono indirizzati non soltanto alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali gravi, ma a tutti coloro che in cicli e fasi della loro vita sperimentano stati più o meno prolungati di angoscia e di tristezza, di paura e di ansia, spesso in coincidenza con particolari eventi traumatici sperimentati nella propria vita.

Secondo il presente disegno di legge, l'attività dei Centri è rivolta ad accogliere la domanda di cura delle persone adulte e dei minori, per i quali sono disposti centri di cura separati rispetto a quelli diretti agli adulti. Obiettivo prioritario dei Centri è ridurre al minimo i casi di TSO.

I Centri di salute mentale sono luoghi d'incontro e di scambio, in grado di offrire prestazioni, interventi e programmi sia per le persone con disagio o disturbo psichico che per i loro familiari. I Centri devono essere attivi 24 ore su 24, con un minimo di otto posti letto per l'ospitalità diurna e notturna, devono svolgere attività di emergenza e urgenza, ambulatoriali, di *day hospital* e di centro diurno, con lo scopo di accogliere domande sempre più diversificate. I centri devono gestire gruppi appartamento, comunità terapeutiche di transizione e gruppi di convivenza.

L'attività dei Centri è fondata sulla continuità dell'intervento terapeutico-riabilitativo, specie per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi. Tali attività prevedono il sostegno della persona nell'esercizio di fondamentali diritti e nell'accesso a opportunità sociali quali la casa, l'istruzione, la formazione al lavoro, la gestione della salute, le attività del tempo libero, accompagnandola nei suoi percorsi abilitativi e orientandola nel rapporto con altri servizi e istituzioni. I Centri sono organizzati per intervenire nei diversi luoghi in cui la persona con disagio o disturbo psichico si trova non solo presso l'abitazione, ma anche l'ospedale, il pensionato per persone in età, il carcere e l'ospedale psichiatrico giudiziario.

I Centri devono garantire le seguenti attività, interventi e prestazioni di base:

- prima visita ambulatoriale di definizione del programma terapeutico multidisciplinare, visite successive di verifica dell'andamento del programma stesso nel corso della quale vengono scambiate notizie e pareri con la persona e con i suoi familiari, si

effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi, si predispongono certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche;

- visite domiciliari programmate o svolte d'urgenza, volte alla conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia e per la mediazione di conflitti nelle relazioni di vicinato specie nell'intervento in situazioni di crisi, per la somministrazione della terapia farmacologica nel caso di persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, per portare sostegno all'utente e alla famiglia, accompagnare a e da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro;

- lavoro terapeutico individuale con incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona finalizzato a stimolare la consapevolezza della persona, la volontà di curarsi, l'acquisizione di nuovi punti di vista, l'apprendimento e la rassicurazione, l'aiuto a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri;

- lavoro terapeutico con la famiglia svolto tramite incontri programmati con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi, stimolare possibili cambiamenti, costruire alleanze e adesione consapevole al programma terapeutico;

- attività in gruppo o di gruppo tramite incontri programmati, nel corso dei quali è favorito il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni con lo scopo di rafforzare la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Il lavoro di gruppo è svolto tra operatori/operatrici e persone con disagio o disturbo psichico, con l'eventuale partecipazione di volontari/volontarie ed ha soprattutto lo scopo di attivare una rete sociale al di là della famiglia, in cui

possono essere coinvolte figure significative quali amici, colleghi di lavoro, vicini di casa, o altre figure che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale; gli incontri di gruppo devono essere proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale, accrescere nel confronto reciproco la capacità di fronteggiare i problemi e gli stati di crisi, costruendo e ampliando la rete di relazioni su cui si basa il mutuo aiuto;

- interventi di abilitazione e prevenzione tramite iniziative, dirette e indirette, volte ad avviare percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo anche con l'utilizzo delle cooperative finalizzate, con laboratori espressivi, scuola, attività sportive e ricreative, gruppi di aggregazione giovanile e di auto aiuto;

- ospitalità notturna per periodi di tempo variabili, da una notte a più settimane con offerta di almeno otto posti disponibili per ogni struttura, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione da particolari rischi, o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente in caso di trattamento sanitario volontario o obbligatorio, che alla sua famiglia; il TSO deve essere pertanto realizzato nel Centro di salute mentale, in alternativa alla degenza ospedaliera presso il reparto di diagnosi e cura;

- ospitalità diurna e *day hospital* per alcune ore, o per l'intera giornata, allo scopo di offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia; l'ospitalità ha anche lo scopo di facilitare il perseguimento di terapie farmacologiche e offrire il sostegno psicoterapeutico, per stimolare la partecipazione ad attività individuali e di gruppo, a programmi di orientamento, a percorsi di informazione e formazione;

- sostegno per l'accesso a diritti e opportunità sociali tramite interventi e programmi a favore delle persone più svantaggiate e delle loro famiglie, con l'attribuzione in via diretta di assegni economici di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative, oppure, in via indiretta, inviando o accompagnando il paziente presso enti ed istituzioni con medesime finalità per favorire l'accesso all'edilizia residenziale, presso fondazioni, tribunali, INPS, uffici di collocamento; i programmi possono inoltre attivare, in accordo con la persona, la gestione e l'amministrazione del patrimonio;

- attività di sostegno all'abitare tramite programmi terapeutico-riabilitativi svolti a domicilio o in condizioni di residenzialità quali gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche, mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo; i programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone;

- attività di consulenza, tramite interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri ove siano ricoverate persone già in contatto con il Centro di salute mentale, ma anche per l'approccio con persone non note al servizio, al fine di svolgere approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico; l'attività di consulenza deve essere rivolta anche alle carceri per persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici; l'attività di consulenza si svolge inoltre anche presso le sedi ospedaliere e in rapporto con il medico di medicina generale e il medico di base, oltre che nelle case di riposo pubbliche e private;

- formazione degli operatori, dei medici generici e di base, dei volontari presso il Centro stesso.

Infine, il portatore di disagio mentale e la sua famiglia possono richiedere la consu-

lenza e la cura presso un Centro di salute mentale collocato in altro comune, provincia e regione sulla base di necessità logistiche o della preferenza collegata agli effettivi risultati della cura e alle migliori pratiche attuate nel predetto centro.

L'articolo 4 istituisce la Conferenza annuale sulla salute mentale alla quale partecipano i dirigenti e gli operatori dei Centri, i pazienti e i familiari, le cooperative e le associazioni di volontariato che operano con i Centri. La Conferenza ha lo scopo di mettere in rete le buone pratiche realizzate dai Centri e di confrontarle con le migliori pratiche in campo internazionale.

L'articolo 5 prevede che le regioni definiscano i «Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale». I programmi devono contenere come minimo le attività previste dal presente disegno di legge e devono essere discussi preventivamente con gli operatori sanitari dei Centri di salute mentale e con le associazioni di autotutela gestite da cittadini portatori di disagio mentale. Le regioni provvedono altresì a definire programmi di formazione permanente dei dirigenti e degli operatori dei centri, aperti anche ai professionisti privati che operano nel campo delle branche psicologiche riconosciute dalla Società italiana di psicologia e che operano in convenzione con i centri medesimi. L'articolo 6 stabilisce che con decreto 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, si provveda a stabilire le modalità di finanziamento dei Centri e delle loro attività, oltre alle modalità di finanziamento dei «Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale»; le quote massime di reddito e le patologie per le quali i portatori di disagio mentale ed eventualmente le loro famiglie hanno diritto al pagamento totale o parziale della terapia psicologica; l'aiuto al reddito delle famiglie dei portatori di disagio mentale, nella forma di assegno di mantenimento, qualora essi non siano in grado di provvedere autonomamente; incentivi alle imprese e alle associazioni di volontariato per l'assunzione di personale in cura psichiatrica e psicoterapeutica nell'ambito del programma multidisciplinare di cura e riabilitazione stabilito dai Centri; il sostegno economico alle associazioni di autotutela gestite da cittadini portatori di disagio mentale e loro riconoscimento al fine del coinvolgimento nella definizione delle politiche di salute mentale; il finanziamento della Conferenza annuale sulla salute mentale.

L'articolo 7 stabilisce l'intervento dello Stato in 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, ripartiti dal Ministro della salute a favore delle regioni che presentano nei termini previsti i «Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale».

L'articolo 8 stabilisce l'entrata in vigore della legge il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità della legge e compiti dello Stato)

1. La Repubblica, ai sensi degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, in adesione ai deliberati delle Nazioni Unite e del Consiglio d'Europa in materia di diritti umani e in attuazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, persegue la finalità di tutelare la salute mentale dei cittadini e garantirne l'integrità psicofisica.

2. La Repubblica riconosce la rilevanza della salute mentale quale diritto universale da attuare in primo luogo attraverso il rinnovamento culturale della società, con lo scopo principale di rimuovere le cause della sofferenza e dell'esclusione dei cittadini portatori di disagio mentale.

3. La Repubblica considera il disagio mentale, in qualsiasi forma rappresentato, quale stimolo per la comunità nazionale ad una sempre maggiore comprensione della complessità della psiche umana e delle sue infinite possibilità di espressione e di autoaffermazione, considera i cittadini portatori di disagio mentale come esseri umani in crisi e fa della loro tutela il centro della propria iniziativa di prevenzione e di cura.

4. Ai fini di una crescita solidale e consapevole della società lo Stato si impegna nella cura del cittadino portatore di disagio mentale attraverso la sanità pubblica, limitando le pratiche psichiatriche coercitive ai soli casi di effettiva e comprovata necessità ai sensi degli articoli da 1 a 6 della legge 13 maggio 1978, n. 180. In tale contesto il cittadino portatore di disagio mentale è considerato soggetto prioritario di tutela, rispetto, solidarietà da parte dello Stato in tutte le sue articolazioni, con la finalità di

contribuire in ogni modo a sostenerne il progetto di vita e di guarigione.

5. Lo Stato coadiuva e sostiene i familiari dei portatori di disagio mentale nel percorso di riabilitazione e ricostruzione o semplice gestione della propria esistenza.

Art. 2.

(Principio di precauzione)

1. La terapia elettro convulsivante (TEC), la pratica della lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia sono vietati su tutto il territorio nazionale.

Art. 3.

(Prevenzione e cura del disagio mentale)

1. Le regioni, allo scopo di dare piena attuazione alla legge 13 maggio 1978, n. 180, dispongono l'integrazione o la creazione dei Centri di salute mentale, di seguito denominati «Centri», volti alla prevenzione e alla cura dei cittadini che ad essi si rivolgono. I Centri istituiscono presidi territoriali suddivisi in microaree con lo scopo di avvicinare i servizi erogati ai cittadini.

2. L'attività dei Centri è rivolta ad accogliere la domanda di cura delle persone adulte e dei minori, per i quali sono disposti centri di cura separati rispetto o quelli diretti agli adulti. I programmi e gli interventi sono indirizzati sia alla popolazione che presenta problemi e disturbi mentali gravi, sia a tutti coloro che in cicli e fasi della propria vita sperimentano stati più o meno prolungati di angoscia e di tristezza, di paura e di ansia, spesso in coincidenza con particolari eventi traumatici sperimentati nella propria vita. Obiettivo prioritario dei Centri è ridurre al minimo i casi di trattamento sanitario obbligatorio.

3. I Centri sono luoghi d'incontro e di scambio, in grado di offrire prestazioni, interventi e programmi sia per le persone con disagio o disturbo psichico che per i loro familiari. I Centri sono attivi 24 ore su 24, con un minimo di otto posti letto per l'ospitalità diurna e notturna, svolgono attività di emergenza e urgenza, ambulatoriali, di *day hospital* e di centro diurno, con lo scopo di accogliere domande sempre più diversificate. I centri gestiscono gruppi-appartamento, comunità terapeutiche di transizione e gruppi di convivenza.

4. L'attività dei Centri è fondata sulla continuità dell'intervento terapeutico-riabilitativo, in particolare per le persone che soffrono di disturbi mentali gravi. Tali attività prevedono il sostegno della persona nell'esercizio di fondamentali diritti e nell'accesso a opportunità sociali, quali la casa, l'istruzione, la formazione al lavoro, la gestione della salute, le attività del tempo libero, accompagnandola nei suoi percorsi abilitativi e orientandola nel rapporto con altri servizi e istituzioni. I centri sono organizzati per intervenire nei diversi luoghi in cui la persona con disagio o disturbo psichico si trova, non solo presso l'abitazione, ma anche l'ospedale, il pensionato per persone in età, il carcere e l'ospedale psichiatrico giudiziario. In particolare i Centri garantiscono le seguenti attività, interventi e prestazioni di base:

a) prima visita ambulatoriale di definizione del programma terapeutico e visite successive di verifica dell'andamento del programma stesso nel corso della quale vengono scambiate notizie e pareri con la persona e con i suoi familiari, si effettuano verifiche sul trattamento farmacologico, si danno consigli o si interviene in situazioni di crisi, si predispongono certificati medici e relazioni sanitarie specialistiche;

b) visite domiciliari programmate o svolte d'urgenza, volte alla conoscenza delle condizioni di vita della persona e della sua famiglia e per la mediazione di conflitti

nelle relazioni di vicinato specie nell'intervento in situazioni di crisi, per la somministrazione della terapia farmacologica nel caso di persone che hanno difficoltà a recarsi al servizio, per portare sostegno all'utente e alla famiglia, accompagnare a e da casa, in ospedale, negli uffici pubblici, a corsi di formazione e al lavoro;

c) lavoro terapeutico individuale con incontri programmati, orientati all'ascolto e all'approfondimento dei problemi e delle condizioni di vita della persona, finalizzato a stimolare la consapevolezza della persona, la volontà di curarsi, l'acquisizione di nuovi punti di vista, l'apprendimento e la rassicurazione, l'aiuto a intravedere vie d'uscita e a costruire nuovi equilibri;

d) lavoro terapeutico con la famiglia svolto tramite incontri programmati con i membri della famiglia per verificare e discutere le dinamiche e i conflitti, allo scopo di favorire una maggiore conoscenza e partecipazione ai problemi, stimolare possibili cambiamenti, costruire alleanze e adesione consapevole al programma terapeutico;

e) attività in gruppo o di gruppo tramite incontri programmati, nel corso dei quali è favorito il confronto e lo scambio di informazioni su problemi comuni con lo scopo di rafforzare la capacità di conoscersi reciprocamente, organizzarsi e organizzare la partecipazione e il tempo libero, costruire e ampliare la rete sociale. Il lavoro di gruppo è svolto tra operatori o operatrici e persone con disagio o disturbo psichico, con l'eventuale partecipazione di volontari o volontarie, ed ha soprattutto lo scopo di attivare una rete sociale al di là della famiglia in cui possono essere coinvolte figure significative quali amici, colleghi di lavoro, vicini di casa, o altre figure che svolgono un ruolo importante nel processo terapeutico e di reintegrazione sociale; gli incontri di gruppo devono essere proposti anche ai familiari, per migliorare le loro conoscenze intorno al disturbo mentale, accrescere nel confronto reciproco la capacità di fronteggiare i pro-

blemi e gli stati di crisi, costruendo e ampliando la rete di relazioni su cui si basa il mutuo aiuto;

f) interventi di abilitazione e prevenzione tramite iniziative, dirette e indirette, volte ad avviare percorsi di accesso all'informazione e alla cultura, alla formazione e all'inserimento lavorativo anche con l'utilizzo delle cooperative finalizzate, con laboratori espressivi, scuola, attività sportive e ricreative, gruppi di aggregazione giovanile e di auto aiuto;

g) ospitalità notturna per periodi di tempo variabili, da una notte a più settimane con offerta di almeno otto posti disponibili per ogni struttura, utilizzati come uno degli strumenti di risposta alla crisi, per periodi in cui vi è maggiore necessità di protezione da particolari rischi, o per offrire possibilità di distanziamento sia al paziente in caso di trattamento sanitario volontario o obbligatorio, sia alla sua famiglia. Il trattamento sanitario obbligatorio deve essere pertanto realizzato nel Centro di salute mentale, in alternativa alla degenza ospedaliera presso il reparto di diagnosi e cura;

h) ospitalità diurna e *day hospital* per alcune ore o per l'intera giornata, allo scopo di offrire una condizione di temporanea protezione o tutela, specie negli stati di crisi o di tensione, per favorire il distanziamento dal proprio gruppo di convivenza e alleggerire il carico della famiglia; l'ospitalità ha anche lo scopo di facilitare il perseguimento di terapie farmacologiche e offrire il sostegno psicoterapeutico, per stimolare la partecipazione ad attività individuali e di gruppo, a programmi di orientamento, a percorsi di informazione e formazione;

i) sostegno per l'accesso a diritti e opportunità sociali tramite interventi e programmi a favore delle persone più svantaggiate e delle loro famiglie, con l'attribuzione in via diretta di assegni economici di integrazione sociale, di formazione al lavoro, di sostegno alle attività riabilitative, oppure, in via indiretta, inviando o accompagnando

il paziente presso enti ed istituzioni con medesime finalità per favorire l'accesso all'edilizia residenziale, presso fondazioni, tribunali, Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), uffici di collocamento; i programmi possono inoltre attivare, in accordo con la persona, la gestione e l'amministrazione del patrimonio;

l) attività di sostegno all'abitare tramite programmi terapeutico-riabilitativi svolti a domicilio o in condizioni di residenzialità quali gruppi appartamento, comunità alloggio, comunità terapeutiche, mirati a sostenere le capacità di vita quotidiana, per preservare o riapprendere abilità sociali e interpersonali, di vita in gruppo; i programmi comportano differenti gradi di assistenza e di protezione, in rapporto alle disabilità e ai bisogni delle persone;

m) attività di consulenza, tramite interventi presso servizi sanitari o reparti ospedalieri ove siano ricoverati persone già in contatto con il Centro di salute mentale, ma anche per l'approccio con persone non note al servizio, al fine di svolgere approfondimenti diagnostici, consigliare terapie specifiche, avviare la presa in carico; l'attività di consulenza deve essere rivolta anche alle carceri per persone detenute che presentano problemi e disturbi psichici; l'attività di consulenza si svolge inoltre anche presso le sedi ospedaliere e in rapporto con il medico di medicina generale e il medico di base, oltre che nelle case di riposo pubbliche e private;

n) formazione degli operatori, dei medici generici e di base dei volontari presso il Centro stesso.

5. Le persone affette da disagio mentale e le loro famiglie possono richiedere la consulenza e la cura presso un Centro di salute mentale collocato in altro comune, provincia e regione sulla base di necessità logistiche o della preferenza collegata agli effettivi risultati della cura e alle migliori pratiche attuate nel predetto centro.

Art. 4.

(Conferenza annuale sulla salute mentale)

1. È istituita la Conferenza annuale sulla salute mentale alla quale partecipano i dirigenti, gli operatori, i pazienti e i familiari, le cooperative e le associazioni di volontariato che operano con i Centri di cui all'articolo 3. La Conferenza ha lo scopo di mettere in rete le buone pratiche realizzate dai Centri di cui all'articolo 3 e di confrontarle con le migliori pratiche in campo internazionale.

Art. 5.

(Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale e formazione degli operatori)

1. Le regioni definiscono entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge i «Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale». I programmi contengono come minimo le attività previste dalla presente legge e sono discussi preventivamente con gli operatori sanitari dei Centri di salute mentale, e con le associazioni regionali e locali di cui all'articolo 6, comma 1, lettera f).

2. Le regioni provvedono, entro il termine di cui al comma 1, a definire programmi di formazione permanente dei dirigenti e degli operatori dei Centri di cui all'articolo 3 aperti anche ai professionisti privati che operano nel campo delle branche psicologiche riconosciute dalla Società italiana di psicologia e che operano in convenzione con i Centri medesimi.

Art. 6.

(Intervento finanziario dello Stato)

1. Con decreto 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 si provvede a stabilire:

a) le modalità di finanziamento dei Centri e delle loro attività, nonché le modalità di finanziamento dei «Programmi regionali di sviluppo e integrazione dei Centri di salute mentale»;

b) le quote massime di reddito e le patologie per le quali i portatori di disagio mentale ed eventualmente le loro famiglie hanno diritto al pagamento totale o parziale della terapia psicologica di cui all'articolo 3, comma 4, lettera *c*);

c) l'aiuto al reddito delle famiglie dei portatori di disagio mentale, nella forma di assegno di mantenimento, qualora essi non siano in grado di provvedere autonomamente;

d) gli incentivi alle imprese e alle associazioni di volontariato per l'assunzione di personale in cura psichiatrica e psicoterapeutica;

e) la possibilità effettiva di cura all'interno dell'Unione europea, rimuovendo le barriere attualmente frapposte a tale diritto di scelta da parte dei pazienti italiani;

f) il sostegno economico alle associazioni di autotutela gestite da cittadini portatori di disagio mentale e loro riconoscimento al fine del coinvolgimento nella definizione delle politiche di salute mentale di cui alla presente legge;

g) il finanziamento della Conferenza di cui all'articolo 4.

Art. 7.

(Disposizioni finanziarie)

1. Per le attività di cui alla presente legge sono stanziati 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, ripartiti dal Ministro della salute a favore delle regioni che presentano nei termini previsti i Programmi di cui all'articolo 5.

2. Al finanziamento degli oneri derivanti dalle disposizioni di cui al comma 1 si provvede mediante le maggiori entrate di cui al comma 3 del presente articolo.

3. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge ciascuna amministrazione pubblica è tenuta ad adeguare le proprie attività agli indirizzi, ai requisiti e ai criteri formulati dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. A decorrere dalla stessa data:

a) in mancanza di una valutazione corrispondente agli indirizzi, requisiti e criteri di credibilità definiti dalla medesima Commissione, non possono essere applicate le misure previste dall'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, in materia di responsabilità dirigenziale, ed è fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di corrispondere ai propri dirigenti la componente della retribuzione legata al risultato; il dirigente che contravvenga al divieto per dolo o colpa grave risponde per il maggior onere conseguente;

b) è fatto divieto di corrispondere al dirigente il trattamento economico accessorio nel caso in cui risulti che egli, senza adeguata giustificazione, non abbia avviato il procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti in esubero che rifiutino la mobilità, la riqualificazione professionale o la destinazione ad altra pubblica amministrazione, entro un ambito territoriale definito e nel rispetto della qualificazione professionale;

c) è fatto divieto di attribuire aumenti retributivi di qualsiasi genere ai dipendenti di uffici o strutture che siano stati individuati per grave inefficienza, improduttività, o sovradimensionamento dell'organico.

4. Dall'attuazione del comma 2 devono derivare risparmi non inferiori a 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015. I risparmi devono essere conseguiti da ciascuna amministrazione secondo un rapporto di diretta proporzionalità rispetto alla consistenza delle rispettive dotazioni di bilancio. In caso di accertamento di minori economie, si provvede alla corrispondente riduzione, per ciascuna amministrazione inadempiente, delle dotazioni di bilancio relative a spese non obbligatorie, fino alla totale copertura dell'obiettivo di risparmio ad essa assegnato.

Art. 8.

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

