

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Finalità).

1. La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, e del progetto obiettivo « tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali persegue le seguenti finalità:

a) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di un percorso di cura complessivo e integrato volto al miglioramento della qualità dell'assistenza alla malattia mentale, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente;

b) definire linee guida volte ad assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni che metta al centro l'utente e i familiari e valorizzi il loro sapere esperienziale;

c) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori;

d) riconoscere valore fondamentale al reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente e dei familiari;

e) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale;

f) ridefinire gli indirizzi in materia di personale, di qualità e di formazione nel settore della salute mentale.

ART. 2.

(Obiettivi).

1. Il Servizio sanitario nazionale e le regioni, nel rispetto delle finalità di cui

all'articolo 1, in raccordo tra loro, perseguono i seguenti obiettivi:

a) promuovere e sviluppare nell'utente e nei familiari la fiducia nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni erogate ai fini del buon esito del percorso di cura; *e la speranza*

b) coinvolgere concretamente gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuoverne la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in tema di salute mentale.

ART. 3.

(Definizione delle linee guida).

1. Il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni e con la Consulta nazionale di cui all'articolo 15 della presente legge, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della medesima legge, anche ai fini della predisposizione di un nuovo piano nazionale per la salute mentale, linee guida volte a indicare a livello nazionale:

a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi ove si erogano le prestazioni di salute mentale tenendo conto della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso ad essi nonché della sicurezza dei medesimi luoghi e degli operatori che ivi prestano la loro attività;

b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle prestazioni erogate con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta alle situazioni di crisi, alla continuità dell'assistenza, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate;

c) le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari.

ART. 4.

(Dipartimento di salute mentale).

1. Il dipartimento di salute mentale, in conformità al progetto obiettivo « tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, è l'unità organizzativa fondamentale, istituita presso ogni azienda sanitaria locale, che coordina e assicura direttamente o indirettamente tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale ed educazione sanitaria alle persone di età superiore ai 16 anni affette da disturbi mentali.

2. Le regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, assicurano che ciascun dipartimento di salute mentale sia dotato di personale almeno nei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo.

3. Il dipartimento di salute mentale attiva, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni forma di collaborazione con i soggetti e con gli organismi che si occupano o sono comunque coinvolti nelle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, il terzo settore, le organizzazioni di volontariato costituite anche da utenti e da familiari, nonché associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale.

4. Il 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, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone un piano di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale nell'ambito del nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3 in conformità alle disposizioni della presente legge.

ART. 5.

(Utenti e familiari esperti).

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il valore del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne valorizza e promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale.

2. Il Ministro della salute con proprio decreto, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definisce, in via sperimentale, modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari.

3. Per gli utenti e i familiari che partecipano alla sperimentazione di cui al comma 2, le regioni organizzano corsi di formazione finalizzati alla valorizzazione del loro sapere esperienziale e a fornire le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

4. Gli utenti e i familiari che partecipano con esito positivo alla sperimentazione sono denominati utenti e familiari esperti (UFE).

5. Gli UFE, sulla base degli indirizzi definiti dai dipartimenti di salute mentale, condividono il loro sapere esperienziale con gli altri utenti e familiari assistiti dai medesimi dipartimenti, collaborando, altresì, con gli operatori al fine di promuovere un atteggiamento di fiducia e di speranza nei riguardi dei trattamenti e delle prestazioni erogati, nonché di garantire il ruolo centrale degli utenti nei rispettivi percorsi di cura. Le regioni possono prevedere che l'attività prestata dagli UFE ai sensi del presente comma sia remunerata da parte dei dipartimenti di salute mentale interessati.

ART. 6.

(Prima accoglienza).

1. Le regioni, avvalendosi dei dipartimenti di salute mentale nonché degli ope-

ratori e degli UFE che ivi prestano la loro attività, provvedono affinché già a partire dalla prima accoglienza degli utenti siano individuati i loro disturbi mentali e sia predisposto un intervento iniziale di assistenza e accoglienza partecipata e adeguata.

ART. 7.

*(Condivisione dei percorsi di cura:
il patto di cura).*

1. Il dipartimento di salute mentale, tenendo conto degli indirizzi forniti dalla Consulta nazionale e dalle consulte regionali di cui agli articoli 15 e 16, adotta strumenti finalizzati a promuovere percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, ai sensi dell'articolo 1, ad accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori.

2. Gli strumenti di cui al comma 1 costituiscono il patto di cura e sono parte integrante della cartella clinica dell'utente.

3. Il patto di cura è concordato tra l'utente, i familiari, gli operatori e altre eventuali figure indicate dagli stessi durante incontri periodici, a cadenza almeno trimestrale.

4. Il patto di cura si articola in sezioni riferite a: la qualità della relazione tra i partecipanti; i desideri dell'utente; le aspettative reciproche dei partecipanti; gli obiettivi progettuali dell'utente; l'assunzione dei farmaci; i sintomi iniziali delle crisi; gli interventi finalizzati a garantire la consapevolezza e la condivisione del percorso di cura.

5. Per ciascuna sezione del patto di cura ogni partecipante sottoscrive i propri impegni che possono essere individuali o condivisi con gli altri partecipanti.

6. Il patto di cura non costituisce vincolo giuridico formale ed è volto a stimolare in tutti i partecipanti la massima assunzione di responsabilità possibile e la centralità dell'utente nel percorso di cura.

7. In via sperimentale, per facilitare un confronto costruttivo e paritario, i partecipanti al patto di cura possono nominare

un garante esterno individuato tra gli UFE o tra soggetti esterni che abbiano svolto attività di volontariato nel settore delle malattie mentali. Il garante non può esprimersi sul percorso di cura né su eventuali altri interventi connessi alla cura.

ART. 8.

(Ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari).

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce valore fondamentale al ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari, nonché al loro coinvolgimento nel percorso di cura dell'utente.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, i dipartimenti di salute mentale prevedono incontri con i familiari con finalità informativa e psico-educativa, facilitando anche la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto, nonché l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze.

ART. 9.

(Gestione delle situazioni di crisi a livello territoriale).

1. Le regioni attraverso i dipartimenti di salute mentale garantiscono risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di crisi degli utenti.

2. Il dipartimento di salute mentale è tenuto ad assicurare con la massima tempestività e comunque entro 24 ore dalla segnalazione, il proprio intervento per la gestione della situazione di crisi dell'utente avvalendosi di operatori del medesimo dipartimento e coinvolgendo attivamente lo stesso utente, i familiari, il medico di medicina generale e gli altri soggetti eventualmente interessati. In caso di mancata collaborazione dell'utente, gli operatori valutano le sue condizioni mentali utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno compresa la visita al domicilio dello stesso utente.

Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi in condizione di visitare il paziente e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica propongono all'autorità competente un Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO). Qualora nell'espletamento dell'ASO gli operatori medici accertino la presenza dei requisiti previsti dalla legge per un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), una volta esperiti senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente al ricovero come previsto dalla legge, propongono il TSO all'autorità competente.

ART. 10.

*(Gestione delle situazioni di crisi
a livello ospedaliero).*

1. Qualora la situazione di crisi non sia gestibile a livello territoriale ai sensi dell'articolo 9, l'utente è ricoverato presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) di un ospedale individuato dall'autorità sanitaria competente.

2. Gli SPDC operano in conformità a quanto disposto dalla presente legge. Gli SPDC operano per la prevenzione della contenzione fisica come richiamato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome attraverso il documento "Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione" di data 29 luglio 2010.

ART. 11.

(Continuità nella referenza di cura).

1. Nelle diverse fasi del percorso di cura il dipartimento di salute mentale assicura la presenza di un medico psichiatra responsabile e nelle situazioni di particolare complessità individua un operatore di riferimento che gestisca i rapporti con altri servizi socio sanitari o soggetti coinvolti nel percorso medesimo e ne informa l'utente stesso e i familiari.

ART. 12.

(Azioni finalizzate all'individuazione di soluzioni abitative e per l'inserimento lavorativo).

1. Il dipartimento di salute mentale, nel rispetto del patto di cura e d'intesa con i soggetti pubblici o privati competenti, avvia, ove necessario, percorsi di residenzialità protetta e di inserimento dell'utente nel mondo del lavoro.

2. I percorsi di residenzialità protetta devono individuare le soluzioni abitative più adatte per l'utente al fine di valorizzarne risorse e potenzialità, quali convivenze tra utenti diversi, strutture abitative a bassa protezione, affidi eterofamiliari e altre soluzioni simili.

utenti diversi, luoghi di cura a bassa protezione, affidi eterofamiliari e altre soluzioni simili.

3. I percorsi di inserimento nel mondo del lavoro di cui al comma 1 devono individuare le situazioni più adatte per l'utente anche promuovendo attività lavorative all'interno dei dipartimenti di salute mentale in caso di utenti non ancora pronti per l'inserimento in percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, anche valorizzando eventuali competenze professionali specifiche.

ART. 13.

*(Campagne di informazione
sulla malattia mentale).*

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale e con il coinvolgimento degli UFE, predispongono campagne di informazione sulla malattia mentale al fine, in particolare, di contrastare i pregiudizi su tale malattia.

ART. 14.

(Formazione).

1. Le regioni assicurano agli operatori dei dipartimenti di salute mentale, agli utenti e ai familiari, oltre a quanto previsto dalla normativa vigente, almeno 40 ore all'anno di formazione circa la nuova disciplina introdotta dalla presente legge.

ART. 15.

*(Consulta nazionale per la
salute mentale nazionale).*

1. Con decreto del Ministro della salute, da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituita presso il Ministero della salute

la Consulta nazionale per la salute mentale, di seguito denominata Consulta nazionale.

2. La Consulta nazionale è composta da un rappresentante del Ministero della salute con funzioni di presidente e da ventiquattro membri di cui sei esperti in materia di salute mentale nominati dal Ministro della salute; sei rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale, quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi e quattro rappresentanti degli operatori.

3. La Consulta nazionale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale e in particolare:

a) fornisce gli strumenti per la verifica dei risultati;

b) definisce i criteri e gli *standard* minimi di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali delle attività connesse al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;

c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;

d) sviluppa nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori, pubblici e privati, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendoli anche in ambito regionale;

e) coordina le attività di formazione sulle malattie mentali;

f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del nuovo piano nazionale per la salute mentale previsto dall'articolo 3.

ART. 16.

(Consulta regionale per la salute mentale).

1. Ogni regione, con proprio atto, istituisce una consulta regionale per la salute mentale. Fanno parte della consulta regionale l'assessore regionale competente o un suo delegato, con funzioni di presidente, e un massimo di sedici membri di cui: quattro esperti in materia di salute mentale nominati dalla regione, quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale, quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi e quattro rappresentanti degli operatori.

2. La consulta regionale per la salute mentale collabora con la Consulta nazionale ed esercita funzioni di orientamento e di monitoraggio sulle politiche relative alla salute mentale nel territorio regionale, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.

ART. 17.

(Disposizioni finanziarie).

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le regioni, tramite le rispettive aziende sanitarie locali, provvedono alla copertura degli oneri diretti e indiretti derivanti dall'attività dei dipartimenti di salute mentale.

3. Anche al fine di garantire *standard* minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale, attribuendo comunque priorità nell'assegnazione dei finanziamenti ai progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge

e con particolare attenzione al contenimento della spesa sin qui destinata al finanziamento delle strutture residenziali a cosiddetta alta protezione, siano esse pubbliche o private.