

DISEGNO DI LEGGE

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale volte all'attuazione e allo sviluppo dei principi di cui alla l. 13 maggio 1978, n. 180. Ulteriori disposizioni per l'integrazione degli interventi a livello nazionale e locale per la promozione e garanzia della salute mentale in Italia.

Capo I

(Principi generali e finalità)

Articolo 1

(Finalità)

1. La presente legge ha lo scopo di promuovere e proteggere il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali delle persone con disagio e disturbo mentali nonché di prevedere misure adeguate a garantire alle persone stesse e alle comunità l'effettivo accesso a una assistenza sanitaria e socio-sanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze.

2. Le finalità previste dalla presente legge sono perseguite attraverso azioni volte alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

- a) rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone con disagio e disturbo mentali, nonché promuovere l'esercizio attivo dei diritti costituzionali e delle libertà fondamentali da parte degli stessi;
- b) garantire la piena effettività delle disposizioni previste dagli articoli 34, 35, 36 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con particolare riguardo alle modalità di attivazione ed esecuzione del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso) al fine di evitare ogni forma di coercizione;
- c) valorizzare le attività e le iniziative volte a promuovere la prevenzione del disagio e del disturbo mentale, con particolare riferimento allo stile di vita, all'ambito familiare, al lavoro, alla scuola, agli ambienti di lavoro e alla comunità;
- d) garantire, con continuità ed efficacia, l'attuazione di percorsi personalizzati mediante l'erogazione di prestazioni integrate ed appropriate, centrate sulla persona e sul suo complessivo ambito relazionale, nonché riconoscere il valore fondamentale della promozione dei percorsi di cura nel contesto di vita;
- e) attivare e valorizzare programmi di reinserimento abitativo, lavorativo e sociale;
- f) definire i principali strumenti deputati al governo dei servizi per la salute mentale;
- g) ridefinire gli indirizzi in materia di profili professionali e formazione nel settore della salute mentale.

3. Le disposizioni previste dalla presente legge costituiscono sviluppo dell'articolo 32 della Costituzione e sono da interpretarsi in piena continuità con i principi previsti da:

- a) le disposizioni di cui alla legge 3 marzo 2009, n. 18, recante “*Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 14 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità*”;
- b) gli articoli 33, 34 e 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- c) il Progetto Obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999;
- d) il *WHO Mental Health Action Plan* europeo per gli anni 2013-2020.

Articolo 2

(Principi generali)

1. Ogni cittadino ha diritto di beneficiare di programmi di promozione della salute mentale rivolti all’individuo e alla comunità nonché di ricevere interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione volti alla tutela della propria salute mentale.

2. È compito del Servizio sanitario nazionale garantire percorsi di promozione della salute mentale, di prevenzione e assistenza diagnostico-terapeutica-riabilitativa del disagio e del disturbo mentale e delle disabilità psicosociali in tutte le fasi e a ciascun livello di cura, attraverso la realizzazione di politiche orientate al rispetto dei seguenti principi:
 - a) effettivo accesso a servizi sanitari e socio-sanitari in grado di arginare il rischio di deriva sociale, avvio di percorsi di ripresa, raggiungimento della migliore condizione di salute possibile e promozione di un’appropriata qualità della vita;
 - b) rispetto del principio della massima prossimità e adeguatezza degli interventi assistenziali, attraverso percorsi di norma attuati nell’ambiente di vita della persona, anche durante le fasi critiche e di acuzie;
 - c) previsione e attuazione di strategie, azioni e interventi basati sulle evidenze scientifiche e sulle pratiche che hanno dimostrato il raggiungimento dei migliori risultati per la persona e per la collettività;
 - d) progettazione e realizzazione delle politiche secondo un approccio interdisciplinare e intersettoriale;
 - e) responsabilizzazione delle persone con disagio e disturbo mentale, dei nuclei e delle comunità di appartenenza, con il coinvolgimento degli stessi nella definizione, attuazione e monitoraggio delle politiche, nonché nella coprogettazione degli interventi a loro destinati;

- f) prevenzione del disturbo psichiatrico severo, del suicidio e delle dipendenze in quanto priorità di salute pubblica;
- g) previsione dell'adozione di strategie e interventi finalizzati a ridurre lo stress psicosociale e lavorativo, a migliorare il benessere sul posto di lavoro, a migliorare l'organizzazione e gli orari lavorativi onde meglio conciliare vita lavorativa e vita privata, a partire dalla pubblica amministrazione.

Articolo 3

(Livelli essenziali di assistenza)

1. Al fine di garantire l'effettiva tutela della salute mentale quale componente essenziale del diritto alla salute, il Ministro della salute, entro 12 mesi dall'entrata in vigore della presente legge, provvede, con la procedura prevista dall'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, all'aggiornamento del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", privilegiando percorsi di cura in una prospettiva di presa in carico della persona nel complesso dei suoi bisogni e sulla base di un processo partecipato.

2. L'aggiornamento di cui al comma 1 è volto in particolare a:

- a) assicurare percorsi di cura a complessità crescente, modulati in base ai bisogni della persona;
- b) garantire l'integrazione delle attività e delle prestazioni erogate dai servizi sanitari, e non solo dal Dipartimento di salute mentale (Dsm), specie nelle aree di confine e di transizione per età o patologia,
- c) prevedere l'integrazione dei percorsi di cura con i supporti offerti dai servizi sociali, dal terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e inserimento al lavoro;
- d) sviluppare i Programmi terapeutici riabilitativi individuali (Ptri), quali percorsi esigibili a intensità variabile in rapporto ai bisogni della persona;
- e) adottare il budget individuale di salute quale strumento ordinario volto a realizzare progetti di vita personalizzati attraverso l'attivazione e l'integrazione di interventi sanitari e sociosanitari e di tutte le risorse disponibili nella comunità.

3. I percorsi di cura a complessità crescente di cui al comma 2, lettera a), sono modulati su quattro livelli:

- a) il primo livello garantisce un contatto a scopo di valutazione, consultazione, su invio del medico curante o come accesso diretto, ivi compresi gli interventi precoci e le condizioni di confine con l'età evolutiva, le disabilità complesse, le demenze e le comorbidità;
- b) il secondo livello prevede l'avvio di un rapporto di cura attraverso l'attivazione di un Ptri comprendente trattamenti psichiatrici, psicologici e multidisciplinari, ambulatoriali e domiciliari, psicoterapie individuali, familiari o di gruppo, col coinvolgimento informato dei familiari, qualora accettato dalla persona, e l'individuazione di un operatore di riferimento, prevedendo il possibile rinvio al medico curante al termine del percorso;
- c) il terzo livello è costituito dal percorso terapeutico di riabilitazione e reintegrazione sociale, integrato con componenti sociosanitarie e l'eventuale impiego del budget individuale di salute; include trattamenti territoriali intensivi, specialmente nelle situazioni di basso livello di consenso alle cure e programmi di prevenzione dei rischi di sanzione penale o di misure di sicurezza e di continuità di assistenza in condizioni di restrizione di libertà. L'intervento multidisciplinare prevede interventi sul nucleo familiare, promozione dell'auto-mutuo-aiuto, programmi di inclusione sociale attiva;
- d) il quarto livello prevede la presa in carico, ad alta integrazione sociosanitaria, a favore di persone che presentano bisogni complessi ed elevata disabilità, che necessitano di supporti per l'abitare assistito e percorsi terapeutico riabilitativi residenziali, con aggiunta di altre componenti per l'inclusione sociale.

Articolo 4

(Piano nazionale per la salute mentale)

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta del Ministro della salute, anche avvalendosi della Consulta nazionale di cui all'articolo 16, il Governo adotta, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, un Piano nazionale per la salute mentale. Il Piano prevede interventi, azioni e strategie finalizzati alla promozione della salute mentale, alla prevenzione del disagio e dei disturbi, alla riduzione dello stigma, al contrasto della discriminazione e delle violazioni dei diritti umani e delle libertà fondamentali.

2. Il Piano individua specifici obiettivi ed azioni volti in particolare a:

- a) salvaguardare e promuovere il benessere psichico di tutti i cittadini, tenendo conto dei fattori di rischio e di quelli protettivi in ogni fase della vita, anche intervenendo in maniera integrata sui determinanti sociali della salute, in particolare la condizione socio-economica, il livello di istruzione, l'abitare, l'esposizione a eventi di vita sfavorevoli quali le violenze e le migrazioni;
- b) definire le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione del disagio e del disturbo mentale, con particolare riferimento alle persone e ai gruppi di popolazione con maggiori difficoltà ad accedere ai servizi;
- c) sviluppare le capacità dell'assistenza sanitaria primaria a tutelare la salute mentale, riconoscere precocemente i disturbi, intervenire con programmi di assistenza psicologica a bassa soglia e favorire il reinserimento sociale e lavorativo;
- d) promuovere misure di supporto per la salute mentale a favore delle donne e dei nuclei familiari in particolare a sostegno della genitorialità, in fase prenatale e postnatale e a contrasto della violenza domestica;
- e) promuovere la salute mentale nei minori e nei giovani adulti, nelle scuole e nei contesti familiari, anche allo scopo di rilevare precocemente i problemi nei bambini, intervenire contro il bullismo e ogni altra forma di disagio e violenza, contrastare gli abusi;
- f) favorire la realizzazione di campagne di informazione contro lo stigma, la tutela della dignità delle persone e la difesa dei diritti umani;
- g) individuare modalità per il monitoraggio delle condizioni di salute e dei fattori di rischio, anche con riguardo all'impiego di psicofarmaci e alle situazioni a maggior rischio di discriminazione;
- h) promuovere strumenti e modalità per la presa in carico delle persone con disturbi mentali, in particolare quando severi, garantendo la risposta alle condizioni complesse, con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva sociale e di esclusione;
- i) definire strategie per la prevenzione del suicidio, in particolare nei gruppi più a rischio, compresi i comportamenti suicidari correlati alle dipendenze, e per il monitoraggio degli stessi;
- l) formulare indirizzi per rafforzare la capacità degli operatori a erogare trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci;
- m) formulare indirizzi per la qualificazione dei luoghi e degli ambienti in cui sono accolte le persone in cura e in cui operano i professionisti, superando il degrado di molti spazi dedicati alla salute mentale.

3. Il Piano di cui al comma 2 definisce una strategia nazionale di promozione e prevenzione specifica per la salute mentale, coordinata dal Ministero della Salute e realizzata attraverso i piani regionali di prevenzione, integrata con quelle di prevenzione generale e di promozione della salute, volta a perseguire gli obiettivi di cui al comma 2 combinando interventi universali e attività selettive in grado di rispondere ai bisogni della singola persona, delle aree di vulnerabilità e delle comunità.

4. All'interno del modello organizzativo e dei servizi dipartimentali previsti nel Capo II, il Piano individua requisiti minimi di qualità della presa in carico e dei luoghi delle cure, con particolare riferimento a:

- a) prima accoglienza;
- b) sostegno ai familiari;
- c) condivisione dei percorsi di cura;
- d) risposta nelle situazioni di urgenza, emergenza e crisi;
- e) continuità dell'assistenza;
- f) integrazione socio-sanitaria;
- g) problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa;
- h) strumenti e modalità per la valutazione della qualità delle cure e i relativi indicatori.

5. Per le finalità di cui al comma 2, lettera m), è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per l'anno 2018, di 10 per l'anno 2019 e di 15 milioni per il 2020. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

6. Le risorse di cui al comma 5 sono assegnate a regioni e a province autonome per la ristrutturazione e la qualificazione delle strutture pubbliche dei Dsm, compresi le attrezzature e gli arredi, escludendo la costruzione o l'acquisizione di nuovi immobili, mediante le procedure di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

CAPO II

(Articolazione dei servizi su base dipartimentale)

Articolo 5

(Dipartimento di Salute Mentale)

1. Il Dsm garantisce la promozione e la tutela della salute mentale dell'area di riferimento all'interno dell'azienda sanitaria competente, tenendo conto delle caratteristiche culturali, orografiche e di percorribilità per una popolazione di norma non superiore a 500.000 abitanti. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Afferiscono al Dsm le seguenti strutture organizzative:
 - a) Centro di salute mentale (Csm);
 - b) Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (Spdc);
 - c) Servizi e programmi per la residenzialità e la semi residenzialità.

3. Il Dsm svolge le sue funzioni attraverso l'offerta di azioni e risorse volte a:
 - a) la promozione dell'integrazione professionale, organizzativa e disciplinare, a livello aziendale e/o interaziendale, di tutti i soggetti che si occupano della salute mentale;
 - b) la predisposizione di linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di conferire omogeneità ai percorsi sviluppati dai Csm;
 - c) la promozione dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, pubblici e del privato sociale, e associazioni, incentivando iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
 - d) la valorizzazione e la formazione degli operatori e lo sviluppo delle competenze professionali;
 - e) la garanzia dei flussi informativi definiti a livello statale e regionale, il monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;
 - f) il riconoscimento del ruolo fondamentale dell'ascolto e del sostegno dei familiari, nonché del loro coinvolgimento nel Ptri e nel percorso di cura e riabilitazione della persona;

- g) la promozione di modalità di accoglienza che facilitino rapporti di fiducia e di accettazione delle cure, nonché la garanzia della centralità della persona nei rispettivi percorsi di cura e riabilitazione;
- h) la presa in carico delle persone affette da disturbo mentale che hanno commesso un reato, o che sono a rischio di condanne penali o di misure di sicurezza, o vi sono sottoposte, attraverso programmi terapeutico riabilitativi individuali, di intensità modulata in rapporto ai bisogni della persona, evitando in prima istanza l'invio alle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (Rems) e assicurando le attività di tutela della salute mentale e di presa in carico dei detenuti e degli internati negli istituti di pena di competenza territoriale.

4. Il responsabile del Dsm si raccorda, per lo svolgimento delle funzioni di programmazione e pianificazione strategica, coordinamento e monitoraggio dei risultati raggiunti, con il responsabile del Distretto sanitario e per quanto di competenza con i responsabili dei servizi di assistenza ospedaliera. L'integrazione con le strutture distrettuali, nonché le sinergie con l'ospedale, sono assicurate dal Distretto.

5. Per le finalità di cui al comma 3, le regioni e le province autonome, comprese quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministero della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e con il Ministro dell'economia e delle finanze, possono bandire concorsi per l'assunzione, in deroga alle disposizioni vigenti, delle figure professionali di cui all'articolo 14, comma 1.

6. Ai fini di cui al comma 5, è autorizzata la spesa di 80 milioni all'anno a decorrere dall'anno 2018. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

Articolo 6

(Forme di partecipazione)

1. Le Regioni e Province autonome predispongono linee di indirizzo sulla base delle quali i Dsm programmano con continuità incontri e attività con le persone seguite e i loro familiari; adottano iniziative atte a favorire la conoscenza e comprensione dei percorsi di cura, a fornire adeguate

informazioni sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi e ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutte le persone interessate; facilitano e incoraggiano la costituzione di gruppi di protagonismo e auto-mutuo-aiuto. I Dsm promuovono altresì iniziative volte ad accrescere le competenze delle associazioni senza fini di lucro di familiari e di persone con esperienza di disagio e disturbo mentale a svolgere in maniera costruttiva e indipendente il ruolo di interlocutori con le istituzioni, le professioni, i media e i soggetti erogatori.

2. Le Regioni e Province autonome disciplinano le modalità attraverso le quali i Dsm si dotano di strumenti finalizzati a promuovere l'adozione del Ptri sulla base del principio della negoziazione e della massima condivisione, con la partecipazione attiva della persona e tenuto conto delle sue preferenze e delle sue aspettative. In tale processo, la persona può avvalersi di figure di aiuto che ritiene significative, inclusi familiari, persone di fiducia, pari, associazioni e figure di garanzia. Nell'ambito della definizione dei profili professionali degli operatori addetti ai servizi sociali, socio assistenziali e socio educativi, è definito l'inserimento di figure formate nel supporto e nella valutazione tra pari.

4. Le Regioni e le Province autonome disciplinano le modalità attraverso le quali ogni Dsm istituisce un Comitato di Partecipazione comprendente rappresentanti delle figure professionali, delle persone seguite, dei loro familiari e delle associazioni accreditate.

Articolo 7

(Centro di Salute Mentale e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

1. Il Centro di salute mentale (Csm) è la struttura complessa polifunzionale che afferisce al Dsm. È deputata all'organizzazione e al coordinamento degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale, nel territorio di competenza, tramite l'integrazione funzionale con le attività dei Distretti sanitari. Il territorio di competenza è definito su scala distrettuale, dimensionato per una popolazione di norma pari a 60.000 abitanti e comunque non superiore ai 100.000 onde favorire conoscenza, accessibilità e massima prossimità alla popolazione servita.

2. Il Csm garantisce interventi ambulatoriali, domiciliari, di risposta alla crisi e di accoglienza della domanda di urgenza ed emergenza, almeno dodici ore al giorno per sette giorni alla settimana, provvedendo a forme di ospitalità diurna e notturna per tutti i casi che non necessitano

di degenza ospedaliera. Per tali scopi è dotato di ambienti a carattere semiresidenziale e residenziale rispondenti ai criteri di accreditamento di cui al Dpr 14/01/1997.

3. Il Csm è dotato di un'equipe multidisciplinare capace di fornire risposte integrate nei luoghi di vita della persona, anche in situazioni di crisi e acuzie. L'equipe del Csm provvede a identificare al suo interno, nella formulazione del Ptri, un operatore di riferimento che, sulla base di un rapporto fiduciario con la persona, svolge funzioni specifiche in merito alla personalizzazione del Ptri e degli interventi in sua attuazione, gestisce i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti nel percorso medesimo e ne informa la persona e i familiari.

4. Competono al Csm le attività di:

- a) accoglienza, valutazione della domanda e attività diagnostiche;
- b) definizione e attuazione della presa in carico, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete" secondo il principio della continuità terapeutica;
- c) raccordo con i medici di medicina generale, per fornire consulenza psichiatrica e per condurre, in collaborazione, progetti terapeutici e attività formative;
- d) promozione di programmi atti a garantire a favore di portatori di gravi patologie organiche l'offerta di un appropriato e competente trattamento psicologico e psichiatrico, anche presso i presidi ospedalieri;
- e) attività di autorizzazione, di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al fine di assicurare l'appropriatezza del ricovero e la continuità terapeutica.

5. Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) è una struttura organizzativa che, pur ubicata nella struttura ospedaliera, è parte integrante del Dsm. Nel Spdc vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in regime di ricovero. Svolge attività di consulenza a favore degli altri servizi ospedalieri e può svolgere funzioni interaziendali attraverso la stipula di apposite convenzioni o protocolli. Nel rispetto di quanto previsto dall'art. 4, comma 4 della legge 180/78 ciascun Spdc dispone di un numero di posti letto in nessun caso superiore a 15. Il Dsm è comunque tenuto a garantire soluzioni alternative al ricovero in Spdc, in regime di ospitalità diurna e diurno-notturna come risposta a condizioni di crisi, pre-crisi e post crisi, sia nelle sedi dei Csm che con idonee soluzioni residenziali transitorie.

Articolo 8

(Centro diurno, strutture residenziali e percorsi di residenzialità)

1. Nel rispetto dell'articolo 26 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD), di cui alla legge 3 marzo 2009, n. 18, le persone con disturbo mentale hanno diritto all'abilitazione e alla riabilitazione, in particolare nei settori della sanità, dell'occupazione, dell'istruzione e dei servizi sociali. Tale diritto deve trovare piena effettività sin dalle fasi precoci del disturbo, sulla base di una valutazione multidisciplinare delle abilità e dei bisogni di ciascuno. Le Regioni e Province autonome, attraverso il Dsm, organizzano processi e percorsi abilitativi in collaborazione con le realtà del territorio attraverso servizi e strutture.

2. Il Centro diurno (Cd) è una struttura semiresidenziale con funzioni terapeutico-riabilitative, collocata in una o più sedi nel territorio o all'interno del Csm. E' aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni la settimana. Dispone di locali idonei adeguatamente attrezzati. Nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, consente di sperimentare e apprendere abilità nella cura di sé, nelle attività della vita quotidiana e nelle relazioni interpersonali individuali e di gruppo, anche ai fini dell'inserimento lavorativo. Il Cd può essere gestito direttamente dal Dsm oppure, attraverso apposite convenzioni, da soggetti privati senza fini di lucro, fatti salvi i requisiti previsti dal DPR 14.1.1997 e la garanzia della continuità della presa in carico.

3. La Struttura residenziale (Sr) è una struttura extra-ospedaliera in cui si svolge una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per persone di esclusiva competenza psichiatrica. Persegue lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. Si differenzia in base all'intensità dell'offerta sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e dispone al massimo di 10 posti. È soggetta ai requisiti minimi strutturali e organizzativi di cui al DPR 14.1.1997. È fatto divieto di istituire più moduli residenziali nello stesso edificio.

4. Le Regioni e le Province autonome, tramite i Dsm, promuovono percorsi di residenzialità che privilegiano soluzioni abitative atte a promuovere nelle persone autonomia e responsabilità, a prescindere dal grado di disabilità. È favorito il ricorso ad appartamenti a bassa protezione, libere convivenze e accoglienze da parte di nuclei familiari e cittadini competenti nell'offrire contesti relazionali appropriati. Nell'ambito del diritto alla vita indipendente e all'inclusione nella società, previsto dall'art. 19 UNCRPD, è reso possibile l'abitare assistito fuori da istituzioni, e secondo

adeguati livelli di vita in base all'art. 28 della stessa Convenzione, in forma individuale o in piccoli nuclei di convivenza con adeguato supporto.

5. Nell'ambito dei percorsi di residenzialità di cui al comma 4, il Dsm promuove e realizza in particolare:

- a) soluzioni residenziali in piccoli appartamenti con i requisiti delle civili abitazioni, per ospitalità temporanea sulle 24 ore, gestiti da personale assistenziale ed educativo professionalmente formato in ambito psichiatrico;
- b) case-famiglia, senza vincoli temporali di permanenza, con caratteristiche strutturali delle civili abitazioni, dotate di non più di sei posti-letto, gestite da figure professionali con competenze socio-assistenziali;
- c) gruppi-appartamento, con caratteristiche strutturali delle civili abitazioni, dotati di non più di sei posti-letto, la cui gestione può essere totalmente affidata a pazienti e familiari organizzati in ambito associazionistico e/o secondo modelli di mutuo-aiuto, capaci di tradurre in attività di servizio il proprio "sapere esperienziale". Nei gruppi appartamento è garantito un supporto socio-assistenziale alle attività della vita quotidiana.

Le differenti tipologie di case devono essere ubicate nei centri urbani; è vietata l'attivazione di più moduli abitativi nello stesso edificio.

6. I percorsi di residenzialità e di abitare assistito sono posti sotto il governo clinico e il monitoraggio costante dei Csm i quali programmano e verificano l'attività terapeutica, riabilitativa e di inclusione.

Articolo 9

(Urgenza, emergenza e crisi a livello territoriale)

1. Nelle situazioni di emergenza, urgenza e crisi, le Regioni e le Province autonome, attraverso i Dsm, sono tenute ad assicurare, con la massima tempestività in caso di urgenze ed emergenze ed entro le ventiquattrore dalla segnalazione di una situazione di crisi, il proprio intervento anche a domicilio, avvalendosi degli operatori del Centro di salute mentale competente per territorio e coinvolgendo attivamente la rete relazionale e familiare, il medico di medicina generale e gli altri servizi aziendali eventualmente necessari. Appositi protocolli sono definiti fra i Dsm e i servizi di emergenza e urgenza sanitaria anche al fine di garantire il costante raccordo operativo.

L'intervento prevede decisioni di trattamento assicurando prioritariamente le cure nel luogo di vita delle persone ed evitando, ove possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero.

2. In caso di mancata collaborazione della persona, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche, utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno per tenere attivo il dialogo e la negoziazione col fine ultimo di ottenere il consenso al trattamento da parte dell'interessato. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano in condizione di entrare in contatto con la persona e di valutare le sue condizioni e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, propongono un Accertamento sanitario obbligatorio (Aso) ai sensi dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Qualora nell'espletamento dell'Aso gli operatori medici accertino la presenza dei presupposti previsti dell'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 per un Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), soltanto una volta esperiti senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente, avanzano la proposta di Tso.

3. Il Tso viene attivato presso il competente Spdc dell'azienda sanitaria di riferimento ove necessiti la struttura ospedaliera. Qualora sia possibile adottare tempestive e idonee misure extra ospedaliere, il Tso è eseguito presso il Csm o presso il domicilio.

4. Contestualmente alla convalida del provvedimento del Sindaco ai sensi dell'art. 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, il Giudice tutelare nomina un garante. Il garante viene scelto nell'ambito di un albo predisposto presso l'ufficio del giudice tutelare e agisce al fine di verificare il pieno rispetto dei diritti della persona sottoposta a Tso e di sostenerla nella negoziazione del programma di cura con il Csm competente, favorendo la formazione del consenso, sia pure parziale, al trattamento.

5. Fermo restando quanto disposto dagli artt. 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, negli Spdc è vietato il ricorso ad ogni forma di contenzione meccanica e sono promosse attività di formazione, aggiornamento e monitoraggio continuo della qualità degli interventi terapeutici svolti nel corso dei trattamenti sanitari volontari e obbligatori effettuati in degenza ospedaliera.

Articolo 10

(Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, volte ad offrire tutela contro l'illegittimo ricorso a forme di restrizione della libertà personale nei riguardi delle persone con disturbo mentale).

1. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dopo il comma 7, inserire il seguente: *"Nei confronti delle persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio, è punita ogni violenza fisica e morale e non è ammessa alcuna forma di misura coercitiva che si configuri quale ulteriore restrizione della libertà personale".*

All'articolo 35 della citata legge n. 833, apportare le seguenti modificazioni:

- a) dopo il comma 4, è inserito il seguente: *4 – bis "Al momento dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della azienda sanitaria locale è tenuto ad avvisare la persona che ogni misura di coazione adottata nei suoi confronti, può essere oggetto di immediato esposto al giudice tutelare".*
- b) dopo il comma 6, è inserito il seguente: *"Nel caso in cui la persona sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio o un suo parente, affine o comunque una persona di sua fiducia, lamenti che si sia dato corso a una pratica di ulteriore limitazione della libertà personale, può chiedere che il medico curante rediga una relazione sulle modalità e l'andamento del trattamento da trasmettere al giudice tutelare. Qualora il giudice tutelare ravvisi gli estremi della violazione di quanto disposto dall'articolo 33, comma 7 - bis, trasmette gli atti al tribunale competente per territorio per l'accertamento delle conseguenti responsabilità penali e civili. In seguito all'accertamento svolto dal giudice tutelare, il trattamento sanitario obbligatorio perde ogni effetto e non può esserne disposto il rinnovo per le successive quattro settimane".*
- c) al comma 8, sostituire le parole: *"quarto e quinto comma"*, con le seguenti: *"quarto e quinto comma, nonché l'avviso di cui al comma 4 - bis"*.

Articolo 11

(Integrazione socio sanitaria)

1. Le Regioni e le Province autonome, nell'ambito della programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, assicurano la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale attraverso un approccio multisetoriale e intersetoriale.

2. A tal fine programmano l'integrazione dei Servizi di salute mentale con gli altri Servizi, i percorsi sociosanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitare, i percorsi di formazione e inserimento lavorativo e il relativo diritto all'accesso, includendo il ruolo delle associazioni, del privato sociale e di altri soggetti per favorire l'inclusione nelle attività del territorio.

3. Le Regioni e le Province autonome disciplinano il Budget individuale di salute. Esso costituisce lo strumento principale di integrazione sociosanitaria per la realizzazione del Ptri, in particolare a favore di persone con bisogni complessi, e per la realizzazione di percorsi riabilitativi, anche temporaneamente residenziali, ma sempre volti a restituire il diritto abitativo. Prevede la valutazione multidisciplinare, che ne attesti la titolarità per finalità sociosanitarie, basata sulla complessità delle condizioni e dei bisogni, col concorso dei servizi sociali e di altri servizi competenti, con risorse definite e eventuali forme di compartecipazione dei beneficiari o dei loro familiari. Esso è realizzato in partenariato, co-progettazione, cogestione con soggetti del privato sociale e prevede adeguata articolazione degli interventi e dei supporti e una durata definita in relazione ai bisogni.

Articolo 12

(Raccordo tra i Dipartimenti di salute mentale, gli istituti di pena, il sistema di esecuzione delle misure di sicurezza non detentive e le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza).

1. A sensi dell'art. 12 della convenzione UNCRPD, alle persone con disturbo mentale deve essere assicurato un trattamento giuridico paritario e un uguale riconoscimento dei diritti davanti alla legge. In particolare hanno diritto a fruire del sostegno di servizi adeguati di sanità, attraverso l'attività diretta delle equipe dei Dsm presso gli istituti di prevenzione e pena, ai sensi del DPCM 1 aprile 2008. Al fine di consentire all'autorità giudiziaria di limitare al massimo, ai sensi dell'art. 1 del d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, il ricorso alle misure di sicurezza detentive e al ricovero nelle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (Rems), il Dsm propone programmi per l'attivazione di misure alternative.

2. Le Rems sono strutture afferenti al Dsm. È favorita ogni forma di integrazione delle Rems con la rete dei servizi. Il funzionamento e l'organizzazione è improntato ai seguenti criteri:

- a) non applicabilità, all'interno delle Rems, delle disposizioni dell'Ordinamento penitenziario;
- b) limite massimo di capienza di venti posti letto, esaurita la quale è opponibile, da parte del sanitario responsabile, causa di rinvio dell'esecuzione del ricovero;

- c) inapplicabilità, all'interno delle Rems, del Tso di cui all'art. 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e sua eventuale esecuzione presso gli Spdc competenti per territorio;
- d) centralità della dimensione terapeutica del lavoro volto al recupero della soggettività e alla responsabilizzazione della persona;
- e) formulazione del Ptri, da parte del Csm territorialmente competente, secondo i principi della partecipazione responsabile della persona sottoposta a misura di sicurezza e attraverso procedure atte a pervenire al consenso informato ad ogni trattamento sanitario;
- f) previsione di apposite disposizioni volte a garantire, nell'ambito del Ptri la fruizione di ricoveri sanitari, accesso al lavoro esterno e percorsi di integrazione sociale anche ai fini della rivalutazione della pericolosità sociale attraverso l'attuazione del medesimo Ptri nei comuni contesti di esperienza quotidiana;
- g) garanzia di continuità trattamentale nell'esecuzione di misure di sicurezza non detentive presso i Csm e gli Spdc, attraverso un regime di libertà vigilata con prescrizione mediche;
- h) divieto di realizzare più moduli Rems in un singolo edificio o comprensorio e divieto di istituire Rems presso i locali o gli istituti in precedenza adibiti a Ospedale psichiatrico, Ospedale Psichiatrico Giudiziario o istituto di pena, nonché a strutture private residenziali sanitarie, socio-sanitarie o sociali;
- i) piena trasparenza delle prassi organizzative all'interno di ciascun Servizio, mediante la possibilità di accesso, tramite apposita autorizzazione, ad associazioni di volontariato, di promozione dei diritti umani e ai garanti nazionale e regionale delle persone private della libertà personale.

3. Al fine di adempiere all'obbligo, per le aziende sanitarie, di presa in carico delle persone con disturbo mentale autori di reato, così da assicurare il diritto alle cure e al reinserimento sociale, i Dsm si dotano di dispositivi di accoglienza e di presa in carico intensiva territoriale, e si organizzano per fornire interventi multidisciplinari all'interno delle strutture penitenziarie, attraverso l'uso delle risorse impiegate per il rafforzamento dell'attività dei servizi, ai sensi dell'art. 1, comma 1.*bis* del decreto legge n. 52 del 2014, convertito, con modificazioni, nella legge 30 maggio 2014, n. 81.

4. Le Regioni e le Province autonome, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di preparazione e formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale.

5. Le Regioni e le Province autonome predispongono annualmente programmi volti all'integrazione tra il servizio sanitario e le esigenze di trattamento degli autori di reato, al fine di provvedere alla riqualificazione dei Dipartimenti di salute mentale, favorendo il contenimento del numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e la destinazione delle risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche. I programmi sono trasmessi ai Presidenti delle Corti di Appello, ai Presidenti dei Tribunali e ai Presidenti dei Tribunali di sorveglianza di competenza.

Capo III

(Sistemi informativi, formazione e rapporto con le Università)

Articolo 13

(Sistema Informativo, ricerca e formazione)

1. I sistemi informativi sanitari comprendono strumenti per identificare, raccogliere e riportare sistematicamente dati sulla salute mentale e sulle attività svolte dai servizi. I dati epidemiologici sulla salute mentale, compresi quelli sui tentativi di suicidio e sui suicidi, sono raccolti allo scopo di migliorare l'offerta di assistenza e le strategie di promozione e di prevenzione.
2. L'Osservatorio Nazionale sulla Salute Mentale di cui all'articolo 16, costituito presso il Ministero della Salute, predispone strumenti di controllo della qualità e della sicurezza delle cure, da effettuarsi tramite organismi indipendenti, con il coinvolgimento delle persone in cura presso i servizi e/o dei loro familiari.

Articolo 14

(Figure professionali e formazione)

1. Nell'ambito dei Servizi per la salute mentale operano le seguenti figure professionali:
 - a) medici psichiatri,
 - b) psicologi,
 - c) infermieri professionali,
 - d) educatori professionali,

- e) terapisti della riabilitazione psichiatrica,
- f) terapisti occupazionali,
- g) sociologi,
- h) assistenti sociali,
- i) operatori socio sanitari,
- j) personale amministrativo.

2. Le Regioni e le Province autonome garantiscono a tutte le figure professionali l'aggiornamento e la formazione continua, inclusa la formazione sul campo, attraverso percorsi adeguati a migliorare la qualità dell'assistenza e a rafforzare la corretta gestione dei servizi, in coerenza coi principi e gli obiettivi della presente legge.

3. Per le finalità di cui al comma 2, è autorizzata la spesa di 3 milioni di euro per il triennio 2018-2020, da assegnare alle regioni e province autonome sulla base della popolazione residente. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2017-2019, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2017, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

Articolo 15 ***(Ruolo dell'Università)***

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi ai sensi dell'art 6, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i, sono individuate le modalità per l'affidamento alle Cliniche universitarie e agli Istituti Universitari di Psichiatria di funzioni assistenziali, da svolgere unitamente alle funzioni di didattica e ricerca, su un'area territoriale delimitata, e all'interno del Dsm.

2. Le Scuole di specializzazione in Psichiatria sono chiamate, nel rispetto delle normative vigenti, a valorizzare e promuovere i contenuti della presente legge secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca scientifica da emanarsi entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

3. Le Cliniche psichiatriche, nel rispetto delle normative vigenti, sono chiamate a far parte dei Dsm secondo logiche e pratiche di integrazione e di collaborazioni paritarie.

Articolo 16

(Osservatorio e Consulta per la Salute Mentale)

1. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, senza nuovi e ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, il Ministro della Salute, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza delle Regioni e Province autonome di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, istituisce l'Osservatorio nazionale per la salute mentale, con il compito primario di monitorare l'attuazione della presente legge in tutti i suoi aspetti e in tutto il territorio nazionale. L'Osservatorio predispone entro il 31 dicembre di ogni anno una relazione al Parlamento.

2. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della Salute, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza delle Regioni e Province autonome di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, istituisce la Consulta Nazionale per la Salute Mentale comprendente, oltre a rappresentanti dell'Osservatorio di cui al comma 1, le associazioni delle persone con l'esperienza del disturbo mentale e in contatto con i Servizi di salute mentale e le associazioni dei familiari maggiormente rappresentative sul territorio nazionale. Con lo stesso provvedimento è istituita la rete delle Consulte regionali per la Salute mentale.

3. La Consulta Nazionale ha in particolare i compiti di:

- a) fornire supporto al Ministro della Salute nella definizione delle strategie nazionali e nella predisposizione del piano nazionale per la salute mentale;
- b) contribuire a definire gli strumenti per la verifica dei risultati;
- c) contribuire a definire criteri e standard di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali;
- d) contribuire a verificare le risorse impiegate e le attività svolte;
- e) contribuire a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e prevenzione dei disturbi mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori pubblici e privati;
- f) contribuire a indirizzare le attività di formazione sui disturbi mentali, le cure, le organizzazioni dei Servizi, l'attenzione all'ascolto e alle problematiche bioetiche;

Capo IV
(Finanziamento dei Dsm)

Articolo 17
(Finanziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale)

1. In sede di riparto della disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario nazionale, nell'ambito dei parametri e dei criteri fissati per i Livelli Essenziali di Assistenza, il Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, definisce le risorse da destinare alla tutela della salute mentale, assicurando a tal fine almeno il 5% del Fondo sanitario nazionale così da garantire prestazioni omogenee su tutto il territorio.
2. Le Regioni e le province autonome disciplinano, tenuto conto delle specifiche esigenze, le modalità per la ripartizione ai singoli Dsm delle risorse destinate alla salute mentale e ne verificano l'utilizzo.
3. Le Regioni e le Province autonome individuano obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse destinate alla salute mentale, attribuendo priorità ai progetti, anche innovativi, volti a perseguire gli obiettivi di cui alla presente legge e perseguendo il graduale contenimento della spesa relativa alle strutture residenziali ad alta protezione, pubbliche o private.
4. I risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione cui al comma 3 rimangono nella disponibilità delle singole Regioni e Province autonome per le finalità di tutela della salute mentale di cui alla presente legge.

Articolo 18
(Entrata in vigore)

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica Italiana.