

CAMERA DEI DEPUTATI

29 luglio 2010

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA (C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C.2065 Ciccioni, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri)

PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO ELABORATA DAL RELATORE

Art. 1.

(Principi generali)

1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), tramite le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività mediante i dipartimenti di salute mentale (DSM) istituiti presso le aziende sanitarie locali (ASL).
2. Ogni DSM assicura direttamente o indirettamente le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, mediante l'integrazione di attività finalizzate alla continuità degli interventi per l'intero ciclo di vita della persona affetta da disturbo mentale.
3. È istituita un'Agenzia regionale presso l'Assessorato regionale alla salute che, in collaborazione con l'Assessorato al lavoro ed alla previdenza sociale, si dedichi alla prevenzione ed alla programmazione socio-sanitaria, per la realizzazione, il coordinamento ed il monitoraggio delle attività dei DSM, che abbiano come aree di competenza la neuropsichiatria infantile, la psichiatria, la psicogeriatrics, la psicologia e le dipendenze patologiche. Alle attività dell'Agenzia regionale sono chiamati a partecipare, oltre ai tecnici individuati dagli Assessori alla sanità ed al lavoro ed alla previdenza sociale, anche rappresentanti sia delle associazioni composte esclusivamente da familiari delle persone affette da disturbi psichici sia dei vari operatori della salute mentale.

Art. 2

(Attività di prevenzione)

1. Il SSN garantisce tutte le attività finalizzate alla prevenzione della salute mentale erogate dalle unità operative componenti il DSM in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.
2. L'assessore regionale competente per la salute provvede alla predisposizione di appositi protocolli delle attività di prevenzione e di assistenza, da attivare sul territorio di competenza in collaborazione con i tecnici e con i rappresentanti delle associazioni dei

familiari delle persone affette da disturbi psichici, delle organizzazioni di volontariato e di altre associazioni operanti nel settore, individuate dal medesimo assessore.

Art. 3
(Attività di cura)

1. Le attività terapeutiche prevedono la centralità operativa del DSM che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del DSM, oltre ai servizi previsti dal 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, sono previsti servizi per la doppia diagnosi relativamente alle dipendenze patologiche e alle disabilità, tenuto conto anche dei livelli essenziali di assistenza sanitaria stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002.
2. Il DSM coordina le proprie attività indirizzate al trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate da fragilità sociale di interesse sanitario e di quelle appartenenti ad altri contesti etnici con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio di competenza.
3. Alla persona affetta da disturbi psichici è garantita la libertà di scelta del medico, dell'operatore sanitario e del luogo di cura, purché limitata alle aziende sanitarie confinanti rispetto alla residenza, compatibilmente con i limiti oggettivi dell'organizzazione sanitaria e con le strutture in grado di offrire un trattamento adeguato allo stato di salute psichica e fisica dell'interessato.
4. Ogni regione assicura nell'area di emergenza e accettazione all'interno degli ospedali sedi dei servizi di psichiatria la presenza di uno spazio operativo per tutte le ventiquattro ore giornaliere, per gli interventi urgenti, per le emergenze e per le osservazioni psichiatriche; sono inoltre istituite *équipe* mobili per le realtà metropolitane identificate dalla regione, nonché per interventi urgenti, garantiti per tutte le ventiquattro ore giornaliere, a livello territoriale e domiciliare. È altresì assicurato, per ogni ASL, un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti e istituzioni e strutturato in modo tale da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.
5. Il DSM è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, domiciliare, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Il DSM presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o alla consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o con il suo rappresentante legale e, ove opportuno, con i familiari che convivono con il malato o che si occupano in modo continuativo dello stesso, fatta eccezione per le condizioni di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).
6. L'ASO è proposto da un medico del SSN. I DSM devono prevedere strutture idonee, preferibilmente situate presso la sede del dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), per l'effettuazione di un'osservazione clinica che non superi le quarantotto ore di degenza, al termine delle quali sono segnalate al paziente e al medico curante le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare al paziente.
7. Il TSO per malattia mentale, che assume la definizione di trattamento sanitario necessario (TSN), in quanto senza consenso, dura ventuno giorni e si applica con la procedura di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le condizioni che hanno dato origine al TSN devono essere verificate per iscritto dopo dieci giorni. Il TSN può essere interrotto ove il paziente non presenti più le suddette condizioni. Qualora tali condizioni permangano, il

TSN può essere rinnovato per altri ventuno giorni e, ove necessario, ulteriormente. Il TSN può essere effettuato:

- a) in condizione di degenza ospedaliera, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- b) presso le strutture residenziali di riabilitazione delle ASL;
- c) presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di sicurezza per lo stesso e per la sua famiglia.

8. Il TSN si effettua quando:

- a) esistano condizioni cliniche che richiedono un urgente trattamento terapeutico;
- b) non vi sono diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente e al suo livello di autonomia;
- c) l'assenza di trattamento sanitario comporta comunque un serio rischio di aggravamento per la tutela della salute del malato, non essendo il paziente cosciente della malattia e rifiuta gli interventi terapeutici.

9. Il TSN deve essere preceduto dalla convalida della proposta, di cui al terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte di uno psichiatra del DSM. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSN, il paziente, quando se ne ravvedono le condizioni di urgenza, può essere ricoverato presso la struttura del DEA destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche ai sensi del comma 5. La proposta del TSN deve contenere le motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

10. Il procedimento relativo all'ASO e al TSN, senza consenso, nonché la tutela giurisdizionale di tali procedimenti, sono regolati dall'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

11. È istituito il trattamento necessario extraospedaliero prolungato (TSNEP), senza consenso, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato. Il TSNEP ha una durata di sei mesi e può essere interrotto o ripetuto. Il TSNEP è un progetto terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del DSM in forma scritta, nel quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia. Il TSNEP è disposto dal sindaco entro quarantotto ore dalla trasmissione del progetto da parte dei DSM ed è approvato dal giudice tutelare. Il TSNEP è finalizzato alla possibilità di vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici quali, l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi. Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione. Lo psichiatra responsabile del progetto che motiva il TSNEP verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta almeno ogni tre mesi al giudice tutelare un aggiornamento sull'andamento dello stesso. Il TSNEP può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del progetto del medesimo TSNEP. In caso di gravi o di protratte violazioni del progetto, è effettuata un'apposita comunicazione al giudice tutelare il quale, su proposta dello psichiatra, provvede alle modifiche necessarie o alla sospensione del TSNEP. Il Giudice tutelare nomina per la persona sottoposta al TSNEP un amministratore di sostegno.

12. Qualora sia presente la volontarietà, si può ricorrere ad un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari eventualmente coinvolgibili e lo psichiatra del DSM cui spetta lo sviluppo del programma terapeutico-riabilitativo del paziente. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il TSNEP, dopo che ne sia stata data comunicazione al Sindaco e al Giudice Tutelare, che può revocare la nomina dell'amministratore di sostegno. Il DSM è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico vincolante e dell'adesione allo stesso da parte sia delle persone preposte alla cura che del paziente.

13. Nei casi in cui il paziente, dopo aver sottoscritto il contratto terapeutico vincolante, rifiuti ugualmente le terapie ivi illustrate, lo psichiatra curante del DSM, ove riscontri che il dissenso del paziente non sia informato, consapevole, autentico ed attuale ne dà atto in una relazione che deve essere trasmessa al Sindaco ed al Giudice Tutelare. Nella relazione dello psichiatra deve essere indicato anche il percorso terapeutico ritenuto idoneo per la tutela della salute del paziente.

14. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura deve disporre di spazi adeguati ad accogliere pazienti in trattamento volontario ed in trattamento sanitario obbligatorio. Esso deve inoltre assicurare un'adeguata consulenza per i problemi di salute mentale dei pazienti ricoverati negli altri reparti dell'ospedale generale.

Art. 4 (Attività di riabilitazione)

1. Il DSM assicura le attività riabilitative psico-sociali con gestione, diretta e indiretta, nelle seguenti strutture:

- a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;
- b) strutture residenziali, quali presidi di cura e riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo, e residenze sanitarie assistite;
- c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale.

2. Il DSM attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare o abituale ovvero in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, in organico collegamento e in continuità terapeutica con i servizi che costituiscono il DSM e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

3. Le procedure di accreditamento delle strutture residenziali pubbliche e private devono prevedere la definizione delle varie tipologie strutturali (comunità terapeutica, residenza protetta, casa alloggio, centro diurno o altro) le risorse umane necessarie, le attività che vi debbono essere svolte e i meccanismi di controllo di qualità.

Art. 5 (Rapporti tra DSM e università)

1. Nell'ambito degli accordi tra le regioni e le università, le cliniche psichiatriche universitarie sono tenute: a) allo svolgimento di un'attività soprazonale (attraverso un'adeguata dotazione di posti letto e l'attivazione di centri di riferimento per la diagnosi e la terapia di specifici disturbi mentali e per la pratica di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi); b) ad assumere la responsabilità della tutela della salute mentale in un'area territoriale definita, di norma attraverso la gestione di un DSM, a seguito di convenzione tra l'azienda universitaria e l'azienda sanitaria locale di competenza.

Art. 6 (Assistenza psichiatrica dei detenuti)

1. In attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, le ASL nel cui territorio di competenza insistono le case circondariali attivano adeguate risorse per l'erogazione delle prestazioni da parte dell'*équipe* del DSM competente per l'assistenza ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei detenuti che necessitano di assistenza psichiatrica o

psicologica. Sono stipulati specifici protocolli d'intesa tra le ASL e l'autorità giudiziaria per reperire spazi adeguati all'interno delle case circondariali da destinare al trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei malati di mente autori di reato che, per la persistenza della pericolosità sociale, non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permangono in stato di detenzione perché imputabili.

2. Le regioni individuano, in collaborazione con i tribunali ordinari e di sorveglianza, specifici percorsi di trattamento alternativi al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), da realizzare con la collaborazione della rete dei servizi esterni al carcere e finalizzati alla tutela del diritto alla cura dei soggetti malati di mente autori di reato, sia nella fase del giudizio che in quella dell'esecuzione della pena. In qualunque fase del percorso di trattamento alternativo all'OPG, i compiti e gli oneri delle cure sono posti a carico del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, tramite le regioni; i compiti e gli oneri della custodia del soggetto malato di mente, autore di reato e socialmente pericoloso, sono di competenza del Ministero della giustizia. Gli OPG esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono la loro organizzazione per tutta la fase iniziale di realizzazione della rete dell'assistenza ai sensi del presente articolo da parte del servizio sanitario regionale nelle case circondariali.

Art. 7

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

1. Al fine di prevenire l'aggravarsi delle condizioni cliniche in caso di esordio della psicopatologia, su segnalazione dei familiari o conviventi, o di assicurare la continuità assistenziale, lo psichiatra del DSM si reca presso il domicilio del paziente affetto da disturbi psichici che non si presenta all'appuntamento fissato nell'ambito del progetto terapeutico il prima possibile e comunque entro i cinque giorni successivi all'incontro stabilito e disertato dal paziente stesso. In caso di omissione lo psichiatra competente deve fornire motivate giustificazioni scritte al fine di non incorrere in sanzioni.

Art. 8

(Diritti dei familiari)

1. Lo psichiatra del DSM è tenuto ad informare sullo stato di salute mentale del paziente in carico affetto da disturbi psichici e sulle cure necessarie: al coniuge, ai genitori, ai fratelli o alle sorelle, ai figli maggiori o ai parenti conviventi, o in assenza di questi, agli eventuali conviventi stabili previa autorizzazione del giudice tutelare, che si occupano abitualmente dello stesso.
2. Nei casi in cui la convivenza dei familiari con la persona affetta da problemi psichiatrici comporta dei rischi per l'incolumità fisica del malato stesso o dei suoi familiari, il DSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, trova una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona affetta da problemi psichiatrici.

Art. 9

(Quota di riserva dei livelli essenziali di assistenza)

1. Una quota percentuale del 7% (da riconsiderare annualmente) di quanto destinato ai Livelli Essenziali di Assistenza di cui al D.P.C.M. 29/11/2001 è destinata, con vincolo di spesa,

all'assistenza, ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale residenziale e ospedaliera per persone con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie.

2. L'Assessore alla Salute, coadiuvato dall'Agenzia di cui all'art. 1 comma 3, di ogni Regione vigila ed è responsabile della corretta ed effettiva allocazione di spesa della quota di riserva ivi prevista e, a tal fine, rende il conto della gestione di tale quota di riserva su base annuale al Presidente della Giunta regionale che lo riferisce, ai fini del necessario controllo, alla Conferenza Stato-Regioni e al Ministero della Salute.

Art. 10

(Disposizione finale)

1. Le Regioni, entro sei mesi dall'approvazione della legge, devono individuare le strutture residenziali di riabilitazione intensiva presso cui sia possibile disporre il TSN (con almeno un posto per 20.000 abitanti).

2. Le Regioni inadempienti a due anni dall'approvazione della legge, dopo richiamo da parte del Ministero della Salute, sono sottoposte a nomina di speciali commissari *ad acta* per l'applicazione della legge stessa.