

Disegno di legge (bozza del 4/10/16)

DISPOSIZIONI IN MATERIA DI TUTELA DELLA SALUTE MENTALE VOLTE ALL'ATTUAZIONE ED ALLO SVILUPPO DEI PRINCIPI DI CUI ALLA L. 13 MAGGIO 1978, N. 180. DISPOSIZIONI PER L'INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI A LIVELLO NAZIONALE E TERRITORIALE PER LA PROMOZIONE E GARANZIA DELLA SALUTE MENTALE IN ITALIA.

Articolo1

(Finalità)

La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge del 28 dicembre 1978 n. 833, negli articoli 34, 35 e 36, del progetto obiettivo Tutela salute mentale 1998-2000, del piano d'azione nazionale della salute mentale (2013), del WHO Mental Health Action Plan globale ed europeo 2013/20, della Carta Verde del Consiglio d'Europa (2006), della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (United Nation, Convention on the Rights of Persons with Disability - UN CRPD), recepita dal Governo italiano con legge 18/2009, delle Linee d'indirizzo per la salute mentale del 20/03/2008, del Piano di azioni nazionale per la salute mentale (2013), dei Livelli essenziali di assistenza (2016), nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali persegue le seguenti finalità:

- a) operare per rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale e partecipare a promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza;
- b) implementare e rendere effettive le disposizioni previste dalla legge n°833/78, negli artt. 34, 35, 36, in particolare in merito alle modalità di attivazione ed esecuzione del Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), al fine di evitare ogni forma di coercizione, garantendo al contempo la tutela della salute, in sintonia con l'articolo 32 della Costituzione e la Convenzione della Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;
- 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, alla famiglia, al lavoro, alla scuola, alla comunità e alla società in senso lato;
- d) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di un percorso personalizzato complessivo e integrato attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, centrate sulla persona e sul suo ambito relazionale;
- e) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura nel contesto di vita;

- f) attivare e valorizzare programmi di reinserimento abitativo, lavorativo e sociale;
- g) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale;
- h) ridefinire gli indirizzi in materia dei profili professionali e della formazione nel settore della salute mentale.

Articolo 2

(Principi generali)

E' diritto di ogni cittadino ricevere valutazioni diagnostiche e cure relative alla propria salute mentale ed è dovere del servizio pubblico per la tutela della salute mentale, rappresentato dai relativi Dipartimenti delle aziende sanitarie, garantire tutte le fasi e i livelli di tale percorso, attraverso politiche pubbliche orientate al rispetto dei seguenti principi, stabiliti dall'OMS:

- a) accesso e copertura sanitaria universale: indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza, etnia di appartenenza, orientamento sessuale secondo il principio di uguaglianza; le persone con disturbo mentale devono poter accedere ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro di arginare il rischio di deriva sociale, avviare percorsi di ripresa, raggiungere la migliore condizione di salute e un'appropriate qualità della vita, ricevendo di norma interventi e supporti assistenziali nel loro ambiente di vita, anche durante fasi critiche, o comunque secondo il principio della massima prossimità e accessibilità;
- b) approccio fondato sui diritti umani: le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono essere aderenti alla Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità e alle altre risoluzioni internazionali, nazionali e regionali in materia di diritti umani;
- c) interventi basati su evidenze scientifiche: le strategie, le azioni e gli interventi riguardanti il trattamento, la prevenzione e la promozione in salute mentale devono basarsi sulle evidenze scientifiche e sulle evidenze delle pratiche presenti nel paese che raggiungono i migliori risultati;
- d) intervento multisetoriale: coinvolgimento globale e coordinato dei settori pubblici, dalla sanità all'istruzione, al lavoro, alla giustizia, all'abitare, all'assistenza sociale e ad altri settori rilevanti quali la cooperazione sociale e il settore privato, secondo modalità appropriate alla situazione dei contesti locali e regionali;
- e) emancipazione e responsabilizzazione delle persone con disturbo mentale e disabilità psicosociali: le persone con disturbo mentale e disabilità psicosociale devono essere

rafforzate e coinvolte nel patrocinare e difendere i propri diritti nelle politiche di salute e di salute mentale, nella pianificazione, nella discussione delle leggi, nella prestazione di servizi, nel monitoraggio, nella ricerca e nella valutazione.

Articolo 3

(Obiettivi)

Il Servizio sanitario nazionale è teso a garantire l'omogeneità dell'offerta di servizi e di cure sul territorio nazionale, di concerto con le Regioni, il Parlamento e il Governo, con il Ministero della Salute, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, definiscono con provvedimento ampliativo i nuovi livelli essenziali dell'assistenza in materia di diritto alla salute mentale sulla base dei seguenti principi:

- a) garantire l'integrazione delle attività di promozione della salute mentale e della prevenzione della morbilità tra tutti i livelli territoriali e le agenzie, anche diverse dai Dipartimenti di salute mentale (Dsm);
- b) offrire, nell'ambito della responsabilità dei servizi pubblici sulla salute dei cittadini, la presa in carico e la continuità di cura in un territorio determinato;
- c) valorizzare in particolare l'integrazione delle prestazioni con i percorsi sanitari diversi da quelli per i quali sono responsabili i Dsm, specie nelle aree di confine e di transizione per età o patologia, e con i supporti offerti dai servizi sociali, dal terzo settore, dalla cooperazione sociale e dai programmi di formazione e inserimento al lavoro;
- d) sviluppare e potenziare, quale indicatore della presa in carico e della cura, i Programmi terapeutici riabilitativi individuali (Ptri) come percorsi esigibili individualmente a differente intensità, in rapporto ai bisogni di cura;
- e) coinvolgere fattivamente la persona con l'esperienza del disturbo mentale 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.

Articolo 4

(Definizione delle linee guida)

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 19 della presente legge, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della medesima, anche ai fini della predisposizione di un nuovo piano nazionale per la salute mentale che definisca e prescriva standard a livello nazionale riguardante:

- a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi della cura e dove si erogano le prestazioni che siano specifici per le funzioni ambulatoriali e territoriali, semiresidenziali e residenziali che essi svolgono e dei principi e obiettivi cui rispondono, tenendo in particolare conto della dotazione di risorse umane, economiche e strumentali, della parametrizzazione alle aree di riferimento territoriali, della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso a essi, della promozione delle relazioni, delle persone che li frequentano e degli operatori che ivi prestano la loro attività, nonché rispettosi del diritto alla libertà e della sicurezza della persona (art. 14 della UN CRPD) e a non essere sottoposto a tortura e a trattamenti crudeli, inumani o degradanti (art. 15, UN CRPD), a favore del principio di impiegare un trattamento non restrittivo e “a porta aperta”;
- b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle cure, ovvero degli interventi e dei percorsi e i relativi indicatori, con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta nelle situazioni di urgenza, emergenza e crisi, alla continuità dell'assistenza, all'integrazione sociale, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni della persona e dei familiari sulla qualità delle cure;
- c) l'attenzione prioritaria alle persone con disturbi mentali severi nelle strategie sanitarie e nei programmi terapeutici individuali, garantendo la risposta alle condizioni complesse, con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva sociale e di esclusione;
- d) l'attenzione a che tutti i cittadini abbiano le medesime possibilità di accedere alle cure sanitarie per i disturbi fisici e mentali, intraprendendo azioni volte a migliorare l'accesso delle persone con disagio mentale alle cure sanitarie fisiche e in particolare alle cure urgenti;
- e) il monitoraggio degli indicatori di salute e i relativi fattori di rischio, con particolare riguardo all'uso razionale degli psicofarmaci e ai programmi di educazione e trattamento che promuovano un cambiamento nello stile di vita delle persone con disagio mentale;
- f) le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione dei disturbi mentali.

Articolo5

(Dipartimento di Salute Mentale)

1. Il Dipartimento strutturale di salute mentale (Dsm) garantisce la promozione e la tutela della salute mentale dell'area di riferimento all'interno dell'azienda sanitaria, tenendo conto

delle caratteristiche culturali, orografiche e di percorribilità per una popolazione mai superiore 500.000 abitanti. Governa tale funzione mediante la gestione dei fattori produttivi. È dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

2. Le Strutture organizzative complesse (Soc) del Dsm che afferiscono al livello di assistenza distrettuale sono i servizi territoriali denominati Centri di salute mentale (Csm). I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), che trovano ubicazione nelle strutture ospedaliere deputate, e restano parte integrante del Dsm. L'integrazione delle funzioni con le altre strutture distrettuali, nonché la sinergia con l'ospedale, sono assicurate dal Distretto sanitario.

3. Il Dsm svolge le sue funzioni attraverso:

- a) l'integrazione, a livello aziendale o interaziendale, delle discipline che si occupano della salute mentale della popolazione;
- b) la predisposizione delle linee di indirizzo assistenziale per specifici programmi di intervento relativi ad aree critiche della popolazione, al fine di dare omogeneità ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sviluppati dai Csm;
- c) la messa in campo di azioni e risorse per la presa in carico delle persone che hanno commesso un reato, affette da disturbo mentale, e che sono a rischio di condanne penali o di misure di sicurezza, attraverso programmi terapeutico riabilitativi individuali d'intensità modulata in rapporto alle esigenze di cura e riabilitazione della persona, evitando in prima istanza l'invio alle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (Rems), incentivando le attività di tutela della salute mentale e di cura rivolte ai detenuti e agli internati nell'istituto di pena di competenza territoriale;
- d) la promozione dell'integrazione tra il sanitario e il sociale, tra il pubblico e il privato sociale e le associazioni incentivando iniziative orientate a contrastare la marginalità sociale e a promuovere l'inclusione sociale;
- e) la valorizzazione e la formazione degli operatori e lo sviluppo delle competenze professionali;
- f) la garanzia dei flussi informativi definiti a livello regionale e statale e il monitoraggio delle risposte ai bisogni di salute mentale;

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 e per quanto di competenza con i responsabili dei servizi di assistenza ospedaliera;

5. Il Dsm riconosce valore fondamentale al ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari,

nonché al loro coinvolgimento nel Ptri e nel percorso di cura e di abilitazione della persona che vive l'esperienza del disturbo mentale.

Articolo 6 (forme di partecipazione)

1. Il Dsm programma con continuità incontri e attività con le persone seguite e con i loro familiari, con finalità informativa sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi e di conoscenza e comprensione dei percorsi di cura, al fine di accrescere la consapevolezza e la partecipazione; facilita e incoraggia inoltre la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto ai fini di confronto e scambio delle reciproche esperienze. Le Regioni organizzano corsi di formazione finalizzati alla promozione di un ruolo appropriato delle persone seguite dai servizi e dei loro familiari nella collaborazione con i servizi e nei percorsi di cura.
2. Le persone seguite e i loro familiari che partecipano ai percorsi di formazione di sostegno tra pari, sulla base degli indirizzi definiti dal Dsm, collaborano 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 delle persone nei rispettivi percorsi di cura. Le Regioni favoriscono, nell'ambito della definizione dei profili professionali degli operatori addetti ai servizi sociali, socio assistenziali e socio educativi, l'inserimento di figure formate nel supporto tra pari;
3. Il Dsm adotta strumenti finalizzati a promuovere l'adozione del Ptri sulla base del principio della negoziazione e della massima condivisione, con la partecipazione attiva della persona in considerazione delle sue preferenze, delle sue aspettative e della sua facoltà di scelta. La persona può avvalersi delle figure che essa ritiene significative e di aiuto in tale processo, inclusi familiari, persone di fiducia, pari, associazioni e figure di garanzia. In caso di Trattamento sanitario obbligatorio (Tso), il garante del Tso (art. 9, comma 6 del presente ddl) sostiene e tutela la persona sottoposta al provvedimento in tale processo.
4. Il Dsm può avvalersi della collaborazione di altre persone con esperienza diretta e di familiari in tutte le fasi di tali percorsi.

Articolo 7 (Strutture e servizi del Dsm. Centro di Salute Mentale e Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura)

1. Il Centro di salute mentale (Csm) è la struttura complessa polifunzionale afferente al Dsm 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. Il territorio di competenza è definibile su scala distrettuale e comunque dimensionato su piccola scala per una popolazione mai superiore ai 100.000 abitanti onde favorire conoscenza, accessibilità e la 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 12 ore al giorno per 7 giorni alla settimana, provvedendo a forme di ospitalità diurna e notturna, almeno in un Csm ogni due, per tutti i casi per i quali non necessiti il ricovero ospedaliero. Per tali scopi esso 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, mobile e capace di fornire risposte integrate nei luoghi di vita della persona, anche in situazioni di crisi. L'equipe del Csm provvede a identificare al suo interno, nella formulazione del Ptri, uno psichiatra o un operatore di riferimento diverso dallo psichiatra, 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 se da essa autorizzati a ricevere informazioni.

4. Sono in capo al CSM le attività di:

- a) accoglienza, valutazione della domanda e attività diagnostiche;
- b) definizione e attuazione della presa in carico e della continuità di cura nell'attuazione dei Ptri, con le modalità proprie dell'approccio integrato, tramite interventi ambulatoriali, domiciliari, di "rete" secondo il principio della continuità terapeutica;
- c) attività di 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 l'offerta di appropriato e competente trattamento psicologico, psichiatrico anche presso i presidi ospedalieri, ai portatori di gravi patologie organiche;
- e) attività di autorizzazione, di filtro ai ricoveri e di controllo della degenza nelle case di cura neuropsichiatriche private, al fine di assicurare la continuità terapeutica.

5. Il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (Spdc) è un servizio del Dsm, ubicato nella struttura ospedaliera, dove vengono attuati trattamenti psichiatrici volontari e obbligatori in condizioni di ricovero; esso inoltre esplica attività di consulenza agli altri servizi ospedalieri. E' parte integrante del Dsm e può svolgere funzioni interaziendali attraverso la stipula di apposite

convenzioni o protocolli. Ciascun Spdc dispone di un numero di posti letto non superiore a 16, come previsto dalla legge. Il Dsm è comunque tenuto a garantire alternative al ricovero in Spdc e di ospitalità diurna e diurno-notturna come risposta a condizioni di crisi, pre-crisi e post crisi, sia nelle sedi dei Csm che con soluzioni residenziali idonee transitorie.

ARTICOLO 8

(Diritto all'abilitazione e alla riabilitazione, alla vita indipendente e all'inclusione nella società)

1. In base all'art. 26 della UN CRPD, 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, che abbia inizio nelle fasi più precoci possibili e sia basata su una valutazione multidisciplinare delle abilità e dei bisogni di ciascuno. Il Dsm organizza 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 nel contesto territoriale, eventualmente articolata su più sedi o all'interno del Csm. E' aperto almeno otto ore al giorno per sei giorni a 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 dal Dsm, attraverso una propria équipe, eventualmente integrata da operatori di cooperative sociali e organizzazioni di volontariato, o direttamente dal privato sociale e imprenditoriale. In tal caso, fatti salvi i requisiti previsti dal DPR 14.1.1997, i rapporti con il Dsm sono regolati da apposite convenzioni, che garantiscano la continuità della presa in carico.

3. I percorsi di residenzialità devono privilegiare le soluzioni abitative maggiormente atte a promuovere nelle persone autonomia e responsabilità, quali appartamenti a bassa protezione e soprattutto libere convivenze e accoglienze da parte di famiglie disponibili e di cittadini a vario titolo competenti nell'offrire contesti relazionali affettivamente appropriati. Nell'ambito del diritto alla vita indipendente e all'inclusione nella società, sancito dall'art. 19 UN CRPD, va reso possibile l'abitare assistito fuori da istituzioni, e secondo adeguati livelli di vita in base all'art. 28 della stessa Convenzione, sia in forma individuale che in piccoli nuclei di convivenza con adeguato supporto, come tendenza evolutiva a prescindere dal grado di disabilità e prevedendo anche forme transizionali di residenzialità. Il Dsm avvia, ove necessario, percorsi

di residenzialità riabilitativa e di abitare assistito posti sotto il governo clinico e il monitoraggio costante dei Csm. I relativi costi sono sostenuti dal Dsm attraverso il budget affidatogli e le modalità di costruzione del Ptri che prevede la partecipazione alla spesa anche di altri soggetti. Il Csm programma e verifica l'attività terapeutico riabilitativa e la qualità dei processi di inclusione. I progetti personalizzati vanno graduati per intensità secondo il diverso livello di bisogni sanitari e sociali della persona nel proprio percorso di cura e sostenuti dal Budget di salute individuale (Bds).

4. 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, ha lo scopo di offrire una rete di rapporti e di opportunità emancipative, all'interno di specifiche attività riabilitative. La Sr, pertanto, non va intesa come soluzione abitativa. Le Strutture residenziali dovranno soddisfare i requisiti minimi strutturali e organizzativi, indicati dal DPR 14.1.1997. Saranno, quindi, differenziate in base all'intensità di assistenza sanitaria (24 ore, 12 ore, fasce orarie) e non avranno più di 10 posti. Esse sono definite secondo il quadro di interventi dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) 2016.

5. Vanno previste in particolare:

- a) soluzioni residenziali, per ospitalità temporanea secondo le necessità individuali, con caratteristiche abitative di edilizia civile, organizzati in piccoli appartamenti, a diversificata offerta socio-assistenziale e sanitaria sulle 24 ore, gestiti da personale assistenziale ed educativo professionalmente formato in ambito psichiatrico.
- b) case-famiglia, senza vincoli temporali di permanenza, come tipologia di alloggi non-sanitarizzati, dotati di posti-letto non superiori ai sei, che sono gestiti da poche e stabili figure professionali, con competenze socio-assistenziali, ma preventivamente formate rispetto alle problematiche dei disturbi psichici e disponibili a un rapporto di convivenza con l'utenza.
- c) gruppi-appartamento, con caratteristiche dell'edilizia civile, dotati di posti-letto non superiori ai sei, la cui gestione assistenziale potrebbe 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"; per tale tipologia non sarebbe necessaria la presenza di personale sanitario e di requisiti minimi di funzionamento dovrebbero garantire solo una offerta socio-assistenziale di supporto alle attività della vita quotidiana delle persone.

Articolo 9

(Urgenza, emergenza e crisi a livello territoriale)

1. Le Regioni, attraverso i Dsm garantiscono risposte mobili, rapide ed efficaci nelle situazioni di urgenza, emergenza e crisi. Il Dsm è tenuto ad assicurare con la massima tempestività e comunque entro 24 ore dalla segnalazione, il proprio intervento anche a domicilio, per la gestione della situazione di urgenza, emergenza e crisi avvalendosi degli operatori del Servizio di salute mentale competente per territorio, e coinvolgendo attivamente la rete relazionale, segnatamente i familiari, il medico di medicina generale e altri Servizi aziendali. Il Servizio d'emergenza medica generale chiamato a intervenire in una situazione di urgenza o emergenza psichiatrica, o ritenuta tale, deve collegarsi operativamente con le strutture del Dsm, in particolare col Csm competente territorialmente e con il Spdc.
2. I Servizi di salute mentale garantiscono l'accesso e la prima valutazione in condizioni urgenti e di crisi nelle 24 ore, tramite i Csm, a domicilio o in sede, nelle ore di apertura, anche tramite appositi servizi o protocolli con le agenzie dell'emergenza.
3. L'intervento prevede decisioni di trattamento prioritariamente assicurando le cure nel luogo di vita delle persone ed evitando quanto più possibile l'uso del ricovero ospedaliero.
4. In caso di mancata collaborazione della persona, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno, per tenere attiva la negoziazione col fine ultimo di ottenere il consenso al trattamento da parte della persona stessa. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi 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 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 trattamento, come previsto dalla legge 833/78, propongono il Tso all'Autorità competente.
5. Il Tso viene attivato presso il competente Spdc dell'azienda sanitaria di riferimento, solo nel caso in cui ricorra la necessità di utilizzo della struttura ospedaliera nel suo complesso. Qualora sia possibile adottare tempestive e idonee misure extra ospedaliere, il Tso può essere eseguito presso il Csm e presso il domicilio.
6. Contestualmente alla convalida del provvedimento del Sindaco, 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 in concreto il rispetto dei diritti della persona sottoposta a

Tso e di sostenerla nella negoziazione del programma di cura con il Csm competente, favorendo livelli, sia pure parziali, di consenso al trattamento.

7. Al momento dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, e nel corso del trattamento è vietata ogni forma di misura coercitiva che si configuri quale ulteriore limitazione della libertà personale. Chiunque ne venga a conoscenza è tenuto ad informare il garante e attraverso di esso, il giudice tutelare

8. Gli SPDC sono comunque impegnati entro 2 anni dall'entrata in vigore della presente legge ad abolire ogni forma di contenzione fisica al loro interno promuovendo, attività dedicate di formazione, aggiornamento e di monitoraggio continuo della qualità degli interventi.

Articolo 10

(Percorsi di cura ed equità)

1. Nell'ottica della tutela della salute mentale come componente essenziale del diritto alla salute, si privilegiano percorsi di cura in una prospettiva di presa in carico della persona col complesso dei suoi bisogni, piuttosto che costituiti su singole prestazioni, e sulla base del carattere negoziale e partecipativo del processo di presa in carico;

2. I percorsi di cura esigibili, definiti in forma contrattuale, prevedono livelli di complessità crescente, con omogeneità sul territorio nazionale, e sono pertanto definiti all'interno dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Essi sono garantiti dal Dsm e dalla sua articolazione con i Distretti sanitari.

3. Il primo livello garantisce un contatto a scopi di valutazione, consultazione, su invio da parte 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, le comorbidità, e si può svolgere sia come prima visita individuale che d'equipe, sia a domicilio che in strutture sanitarie da parte di professionalità afferenti alle equipe dei Csm cui di riferiscono.

4. Il secondo livello consiste nell'entrata in un rapporto di cura o di presa in carico, che prevede un Ptri comprendente trattamenti psichiatrici, psicologici e multidisciplinari ambulatoriali e domiciliari, psicoterapie individuali, familiari o di gruppo, col coinvolgimento informato dei familiari se accettato dalla persona e l'individuazione di un operatore di riferimento, prevedendo il possibile rinvio al medico curante al termine del percorso.

5. Il terzo livello è costituito dal percorso terapeutico di riabilitazione e reintegrazione sociale per disturbo psichiatrico rilevante, integrato con componenti sociosanitarie e l'eventuale impiego di strumenti di integrazione sociosanitaria, quali budget individuale di salute. Include trattamenti territoriali intensivi, specialmente nelle situazioni di basso livello di consenso alle

cure; 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 carico familiare, promozione dell'auto-mutuo-aiuto, programmi di inclusione sociale attiva. L'equipe del Csm viene integrata dal supporto tra pari, professionalità e servizi riabilitativi offerti da privato-sociale, progetti di inserimento lavorativo, reti di supporto formali e informali.

6. Il quarto livello prevede la presa in carico con uso di risorse aggiuntive individualizzate, ad alta integrazione sociosanitaria, e viene garantito per persone che presentano bisogni complessi, elevata disabilità, ad alto carico per il Servizio e per la rete sociale e che necessitano di supporti per l'abitare assistito e percorsi terapeutico riabilitativi residenziali, con aggiunta di altre componenti per l'inclusione sociale.

Articolo 11

(Integrazione socio sanitaria)

1. Le Regioni, nell'ambito dell'azione legislativa di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali assicurano la risposta ai bisogni di cura, di salute e di integrazione sociale attraverso un approccio multisettoriale e intersettoriale.

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 possono prevedere apposita normativa per 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 residenziali. Esso 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 altri servizi, con definite risorse per definiti obiettivi che, a seconda di quanto stabilito nei Lea, possono comportare forme di compartecipazione dei beneficiari o dei loro familiari. Esso è realizzato in partenariato con compagini del privato sociale e del terzo settore in generale, prevede adeguata articolazione degli interventi dei supporti e una durata definita dal progetto e in relazione ai bisogni.

Articolo 12

(Diritto alla cura e uguale riconoscimento davanti alla legge. Raccordo tra i Dipartimenti di salute mentale, gli istituti di pena, le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza).

1. A sensi della convenzione UN CRPD (art. 12), le persone con disturbo mentale hanno diritto a uguale riconoscimento davanti alla legge e di conseguenza a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati come previsto dal DPCM 2008 sulla sanità penitenziaria, attraverso l'attività diretta delle equipe dei Dsm presso gli istituti di prevenzione e pene. Il Dsm si dispone per l'attuazione di misure alternative al fine di limitare, il ricorso alle misure di sicurezza detentive e alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems) a favore del principio della personalizzazione sia del percorso rieducativo della pena che del percorso di cura e di reinserimento sociale.
2. Le Rems sono strutture del Dsm, così da favorire l'integrazione con tutta la rete dei servizi e costruire appositi percorsi terapeutici e di reinserimento sociale tenendo conto dei seguenti criteri:
 - a) inapplicabilità, all'interno delle Rems, delle disposizioni dell'Ordinamento penitenziario;
 - b) limite massimo di capienza di venti posti letto, con conseguente legittimità di opporre, da parte del Sanitario responsabile, causa di rinvio dell'esecuzione per via del superamento del citato limite di capienza;
 - c) inapplicabilità dei Tso, di cui all'art. 34 della l. n. 833/78, all'interno delle Rems e loro esecuzione presso i 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;
 - 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 in contesti reali di esperienza;
 - g) possibilità di eseguire le misure di sicurezza detentive presso i Csm e gli Spdc;
 - h) divieto di aggiungere diversi moduli Rems in singoli edifici o comprensori e divieto di costituire Rems presso ex- OP o OPG, istituti di pena, strutture private;

- i) previsione di procedure di 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 delle persone private della libertà personale;
4. Al fine di adempiere all'obbligo, per le aziende sanitarie locali, di presa in carico all'interno dei Ptri dei pazienti psichiatrici autori di reato, come detto nel precedente comma, in modo tale 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, prevista dalla legge n. 81 del 2014.
5. Le Regioni, 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.
7. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione delle disposizioni previste dal presente articolo.

Articolo 13

(Promozione della salute mentale e prevenzione)

1. E' diritto del cittadino ricevere interventi volti alla prevenzione dei disturbi psichiatrici maggiori, del suicidio e delle dipendenze in quanto priorità di salute pubblica, e alla promozione del benessere mentale. Le attività di prevenzione e di promozione non competono solo ai Dsm, ma devono quindi riguardare anche altri soggetti istituzionali, enti locali o altre agenzie, e in particolar modo i Distretti sanitari.
2. La responsabilità di tutelare la salute mentale e di prevenire i disturbi mentali compete inoltre a tutti i settori e a tutti i servizi pubblici, sanitari e non, in modo da operare sui determinanti sociali tra cui il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la discriminazione, le violazioni dei diritti umani e l'esposizione a eventi di vita sfavorevoli, quali violenze sessuali, abuso e abbandono dei bambini, catastrofi naturali, emigrazione.
3. E' parte integrante del piano nazionale sulla salute mentale, di cui all'art 4 della presente legge, 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 combinare interventi universali con interventi selettivi atti a prevenire i disturbi mentali, a ridurre lo stigma, la discriminazione e le violazioni dei diritti umani, e che risponda ai bisogni specifici dei diversi gruppi vulnerabili.

4. Tale strategia, attraverso l'identificazione di specifici target e obiettivi, mira a salvaguardare e promuovere il benessere psicologico di tutti i cittadini, utilizzando le informazioni disponibili su rischi e fattori protettivi in ogni fase della vita, ponendo attenzione all'importanza del benessere mentale e dello stile di vita, e del ruolo della famiglia, della scuola e dei luoghi di lavoro nel promuoverli. Mira a realizzare misure di supporto per la salute mentale in fase prenatale e postnatale, a fornire sostegno alle famiglie dall'assistenza prenatale e postnatale, allo sviluppo della genitorialità, a operare nello screening per la violenza domestica e l'alcolismo, a sviluppare le capacità nell'assistenza sanitaria primaria per la promozione della salute mentale, la prevenzione e il riconoscimento precoce dei disturbi mentali, nonché l'assistenza psicologica a bassa soglia, e a favorire il reinserimento al lavoro delle persone con disturbo mentale.

5. Sono proposti programmi universali e mirati di promozione della salute mentale nelle scuole, anche allo scopo di rilevare precocemente i problemi emotivi nei bambini e intervenire contro il bullismo allo scopo di evitare svantaggio sociale. Vengono rafforzati programmi di protezione territoriali per combattere gli abusi sui minori e altre violenze domestiche o nella comunità. Viene realizzata l'identificazione, la prevenzione ed il trattamento di problemi emozionali o comportamentali, soprattutto nei bambini e negli adolescenti.

6. Sono creati incentivi per i datori di lavoro che realizzano interventi volti a ridurre lo stress psicosociale e lavorativo, a migliorare il benessere sul posto di lavoro, a migliorare l'organizzazione del lavoro e dell'orario lavorativo onde meglio conciliare vita lavorativa e vita privata.

7. Vengono realizzati programmi e campagne per l'adozione di un'alimentazione sana e di uno stile di vita attivo a qualsiasi età tramite lo sport e altre attività, ed è favorita la creazione di spazi salubri e il contatto con la natura. Vengono favoriti programmi sugli ambienti di vita sociale e su quartieri sicuri ed accessibili agli anziani e ai disabili e che ne favoriscano la partecipazione sociale, la mobilità e l'autonomia. Sono forniti canali per l'apprendimento a distanza su misura per gli anziani, al fine di agevolare loro l'uso dei social network e l'adesione a programmi d'intervento precoce.

8. Priorità viene data alla verifica delle condizioni a rischio di discriminazione, e a campagne di informazione contro lo stigma e le violazioni dei diritti umani, per promuovere i diritti, le opportunità e le cure per le persone con disturbo mentale, in particolare in categorie o gruppi di popolazione più vulnerabili.

9. Viene sviluppata una strategia nazionale ad ampio raggio per la prevenzione del suicidio, prestando particolare attenzione ai gruppi identificati come a più alto rischio a seconda del contesto locale. Essa prevede la realizzazione di programmi di educazione sanitaria, la promozione di un'informazione responsabile da parte dei media, la protezione delle stesse categorie di persone ad alto rischio, identificando precocemente e affrontando i disturbi mentali e i comportamenti suicidari specie correlati ad uso di sostanze. Viene ridotto l'accesso agli strumenti di autolesione o di suicidio come le armi da fuoco, i pesticidi e i medicinali tossici. Viene realizzato un programma nazionale di monitoraggio del tasso di suicidio a cura del Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni.

Articolo 14

(Diritto alla salute fisica delle persone con disturbo mentale)

1. Le persone con disturbo mentale, al pari degli altri cittadini, hanno diritto a vedere tutelata la propria salute in generale come diritto costituzionale ed a ricevere cure adeguate per ogni condizione che le richieda, senza subire discriminazioni, anche in riferimento all'art 25 della UN CRPD che garantisce alle persone con disabilità il diritto di godere del migliore stato di salute possibile.

2. Va promossa pertanto la sicurezza dei trattamenti, allo scopo di garantire la medesima aspettativa di vita per le persone con disagio mentale rispetto alla popolazione generale, a parità di età e genere; le stesse possibilità di accesso ai Servizi sanitari per le cure fisiche nel caso di persone con disagio mentale e disturbi fisici come malattie cardiovascolari, diabete, cancro e problemi dentari; il riconoscimento e l'adeguato trattamento dei disturbi mentali nelle persone affette da patologie fisiche.

3. Nell'ambito delle strategie di prevenzione e promozione della salute, vengono promossi stili di vita sani attraverso programmi definiti su scala regionale e locale, che vedano l'inserimento attivo di persone con disturbo mentale nella prevenzione dell'uso di sostanze, di fumo e di alcol, nella correzione della dieta, nella promozione di programmi di attività fisica.

4. I Servizi monitorano gli indicatori di salute e i relativi fattori di rischio, nonché gli eventuali effetti indesiderati dei farmaci tra le persone con disagio mentale seguite dai Servizi territoriali e nelle strutture ospedaliere; prevedono il loro inserimento in programmi di

educazione alla salute che promuovano un cambiamento nello stile di vita delle persone con disagio mentale; valutano periodicamente lo stato di salute mentale delle persone affette da malattie fisiche croniche.

Articolo 15

(Sistema Informativo, ricerca e formazione)

1. La salute mentale viene inclusa all'interno dei sistemi informativi sanitari di uso corrente per identificare, raccogliere, riportare sistematicamente e utilizzare dati essenziali riguardanti i servizi, e dati epidemiologici sulla salute mentale, compresi quelli sui tentativi di suicidio e sui suicidi, allo scopo di migliorare l'offerta dei Servizi stessi e le strategie di promozione e di prevenzione.
2. Viene favorita la ricerca e la collaborazione accademica sulle priorità nazionali di indagine sulla salute mentale, in particolare la ricerca operativa con diretta rilevanza per lo sviluppo dei Servizi e per l'implementazione e l'esercizio dei diritti umani riguardanti persone con disturbo mentale, anche attraverso l'istituzione di centri d'eccellenza con criteri chiari, con il contributo di tutti i principali portatori di interesse.
3. L'Osservatorio Nazionale sulla salute mentale, costituito a livello del Ministero della Salute, istituisce controlli sulla qualità e la sicurezza, effettuati tramite organismi indipendenti dai fornitori dei servizi e con il coinvolgimento di utenti dei Servizi e familiari. Esso verifica che vengano assicurati i fondi per la ricerca e la formazione del personale sulla base delle migliori pratiche e delle evidenze disponibili, da assicurare su scala regionale.
4. Sono definite procedure volte a garantire la responsabilità degli operatori nell'erogazione di trattamenti rispettosi, sicuri ed efficaci; va consentito agli utenti dei Servizi di partecipare alle decisioni in merito all'ordine d'importanza, allo sviluppo e all'uso di trattamenti innovativi ed efficaci, sia a livello di sistema che individuale.

Articolo 16

(Formazione e personale)

1. Sono individuate le seguenti figure professionali operanti nell'ambito dei Servizi per la salute mentale:
 - a) medici psichiatri
 - b) psicologi
 - c) infermieri con percorso di specializzazione in salute mentale
 - d) educatori professionali

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

2. E' garantita a livello regionale, attraverso le strutture pubbliche accreditate, la pianificazione dell'aggiornamento e la formazione, inclusa la formazione sul campo, a tutte le figure professionali, attraverso percorsi adeguati a migliorare la governance, la gestione, il management, gli interventi dei Dsm in coerenza coi principi e con gli obiettivi della presente legge.

Articolo 17

(Ruolo dell'Università)

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi ai sensi dell'art 6, comma 2 del D.lgs. 502/92, 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 garantire i contenuti della presente legge e di quanto verrà previsto dalle linee guida e dalle forme di organizzazione dei Dsm, che derivano dalla 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 19

(Osservatorio e Consulta nazionale e regionale per la Salute Mentale)

1. Viene istituito, entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, un Osservatorio Nazionale sulla Salute Mentale, presso il Ministero della Salute, con il compito primario di programmare, verificare e monitorare in maniera indipendente, di concerto con la Conferenza Stato-Regioni, l'applicazione della presente legge in tutti i suoi aspetti, inclusa la realizzazione dei piani nazionali e regionali per la salute mentale.

2. Viene istituita altresì la Consulta Nazionale sulla Salute Mentale, comprendente, oltre a rappresentanti dell'Osservatorio, le associazioni degli utenti dei Servizi di salute mentale e i loro familiari. A livello regionale è istituita analoga Consulta Regionale che sottopone le proprie istanze alla Consulta Nazionale. La Consulta nazionale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale e in particolare:

- a) contribuisce a fornire gli strumenti per la verifica dei risultati;
- b) contribuisce a definire i criteri e gli standard minimi di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali delle attività connesse al trattamento e alla prevenzione dei disturbi mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte delle persone con l'esperienza del disturbo mentale e di esito dei trattamenti;
- c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento dei disturbi mentali;
- d) contribuisce a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione dei disturbi 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 sui disturbi mentali, le cure, le organizzazioni dei Servizi, l'attenzione all'ascolto e alle problematiche bioetiche;
- f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del nuovo piano nazionale per la salute mentale.

3. Ogni Dsm nomina, secondo quanto stabilito dall'Atto Aziendale, un Comitato di Partecipazione comprendente rappresentanti delle figure professionali, dell'utenza e delle associazioni accreditate.

Articolo 20

(Finanziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale)

1. La quantificazione delle risorse da destinare ai Dsm è effettuata in coerenza con le risorse finanziarie programmate dalle Regioni nel rispetto dei parametri fissati dallo Stato per i Lea.
2. Le Regioni dispongono con le ASL la ripartizione delle risorse per la salute mentale distinta per Dsm e verificano la garanzia del 5 per cento della spesa sanitaria di ogni ASL, come quota minima, inclusiva della spesa relativa a garantire i programmi e i servizi di abilitazione e riabilitazione in collaborazione col privato sociale, e con le strutture psichiatriche private regionali ed extraregionali.

3. Anche al fine di garantire standard minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, 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, con particolare attenzione al contenimento della spesa relativa al finanziamento delle strutture residenziali ad alta protezione pubbliche o private.
4. I Dsm possono essere ulteriormente finanziati per specifiche funzioni assistenziali individuate dalle programmazioni regionali, nonché per specifici obiettivi o progetti.