

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1716

## PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato GIRO

Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali

*Presentata il 27 settembre 2006*

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge cerca, come primo obiettivo, di garantire la massima protezione e cura del malato di mente. Un intero articolo, il 4, è dedicato ai diritti del malato e dei suoi familiari. La cura del malato è basata su:

*a)* potenziamento delle strutture territoriali, soprattutto in senso organizzativo e di orientamento del malato, e con particolare riguardo ai problemi di inserimento sociale e lavorativo, nonché ai problemi di convivenza e di ricovero;

*b)* limitazione dell'ospedale ai ricoveri di urgenza o per motivi diagnostici;

*c)* creazione di un numero adeguato di strutture residenziali comunitarie, che costituiscano il fulcro dell'assistenza terapeutica.

Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) viene visto come un elemento terapeutico da effettuare, pur mantenendo tutte le forme più adatte alla cura della malattia.

Si prevede quindi un TSO domiciliare e un TSO ospedaliero, quest'ultimo limitato solo a procedure di urgenza o a necessità diagnostiche. Si prevede infatti, come in Inghilterra, un TSO di urgenza limitato a 72 ore e un TSO da effettuare nei luoghi e con le modalità più adatti ad una efficace terapia. Peraltro le procedure di difesa dal TSO del malato sono ulteriormente potenziate. Al riguardo è istituita una commissione per i diritti del malato di mente (articolo 3) incaricata di decidere in prima istanza sulla convalida dei TSO.

Ci si propone il superamento dell'attuale stato di abbandono e di inattività del malato di mente. La cura deve essere

efficace e continuata evitando le attuali situazioni di « porta girevole »: l'ingresso, cioè, e l'uscita del malato dalla struttura ospedaliera senza la possibilità di alcuna vera ed efficace continuità terapeutica.

Le strutture sono a gestione pubblica o privata. Si potenzia peraltro grandemente il controllo sulle strutture, attraverso l'istituzione di apposite commissioni regionali e nazionali.

Ci si propone inoltre, in tale modo, attraverso meccanismi di selezione, di aumentare l'efficienza delle strutture, che attualmente risulta essere bassa, e la motivazione del personale.

La rete dei servizi di assistenza ai malati e alle loro famiglie viene integrata dal supporto fornito, nei rispettivi ambiti di operatività, dalle scuole e dai soggetti del terzo settore; per questi ultimi, in particolare, le regioni promuovono l'instaurarsi di un rapporto di collaborazione con gli enti deputati all'erogazione dei servizi e degli interventi, ovvero i comuni, secondo gli specifici indirizzi dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei mi-

nistri 30 marzo 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 188 del 14 agosto 2001.

Viene eliminato l'anacronismo del manicomio criminale attraverso la creazione di apposite strutture regionali, con caratteristiche terapeutiche.

Le strutture degli ex ospedali psichiatrici devono essere, per quanto possibile, utilizzate per la creazione delle strutture comunitarie. Ove questo non sia possibile il ricavato della loro alienazione deve andare esclusivamente a vantaggio della psichiatria.

Viene infine stabilito il numero di posti disponibili a favore dei malati in relazione alla popolazione.

In caso di mancata attivazione da parte delle aziende sanitarie locali o delle regioni, lo Stato potrà intervenire per l'attivazione di una adeguata assistenza. Così pure è sancita, data l'attuale situazione di abbandono, la possibilità per i prefetti, per un periodo transitorio, di requisire edifici pubblici e privati da destinare alle strutture previste dalla presente proposta di legge.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

*(Abrogazione di norme).*

1. Gli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

## ART. 2.

*(Norme sui modelli organizzativi).*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge secondo i principi e criteri ivi stabiliti.

2. La prevenzione e la cura delle malattie mentali sono effettuate attraverso il dipartimento di salute mentale (DSM).

3. I DSM attuano la prevenzione e la cura delle malattie mentali sul territorio o su parte del territorio dell'azienda sanitaria locale (ASL) di competenza e hanno la responsabilità della cura del malato e del suo recupero sociale, in relazione al suo stato. Il responsabile del DSM deve essere un medico psichiatra con esperienza e capacità direttive ed è nominato dalla ASL di competenza ai sensi delle vigenti norme legislative e contrattuali, previo parere, non vincolante, di appositi organismi rappresentativi dell'utenza. I DSM comprendono le seguenti strutture, di cui almeno una per ogni tipo:

a) centro di salute mentale (CSM): ha la responsabilità del malato in tutti i suoi aspetti sociali, legali e terapeutici; svolge attività anche di urgenza, è aperto 24 ore su 24 ed è articolato su tutto il territorio nazionale. In particolare ha il compito di:

1) curare il malato al suo domicilio;

2) assicurare al malato un'attività lavorativa e sociale compatibile con le sue possibilità;

3) assicurare una adeguata attività di *day-hospital*, anche attraverso convenzioni, comprendenti attività ricreative e lavorative. I *day-hospital* devono essere dotati di almeno 10 posti ogni 100 mila abitanti e devono essere aperti per almeno 50 ore settimanali;

4) organizzare e controllare l'inserimento, volontario od obbligatorio, del malato nelle strutture di tipo residenziale, liberamente scelte dal malato stesso o dai suoi familiari, anche se non facenti parte del territorio di competenza del DSM;

5) seguire e controllare il passaggio del malato nelle varie strutture, tenendone informati i familiari o i conviventi;

6) assicurare al malato i necessari esami periodici sul suo stato fisico di salute, oltre agli esami preliminari volti ad escludere eventuali fattori organici della malattia;

7) assicurare, direttamente o mediante organizzazioni convenzionate, il servizio di emergenza psichiatrica territoriale, funzionante 24 ore su 24 per le situazioni in cui è richiesto un intervento domiciliare;

b) struttura residenziale con assistenza continuata (SRA): è destinata ai pazienti che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi, volontari od obbligatori, non erogabili a domicilio o nei *day-hospital*. Tali strutture devono essere dotate di adeguati spazi verdi e di ricreazione. Le strutture per giovani e per adulti devono assicurare al malato, per almeno quattro ore al giorno, attività lavorative, ricreative e di attività fisica. Deve essere assicurato, considerate le strutture pubbliche e le strutture convenzionate, un numero di posti corrispondenti ad almeno 80 ogni 100 mila abitanti. Ogni struttura non può avere più di 50 ospiti. In ogni regione devono essere organizzate almeno tre SRA per accogliere i malati più gravi, pericolosi

per sé e per gli altri o che rifiutano l'inserimento in comunità aperte. I malati destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario sono ricoverati, alla data di entrata in vigore della presente legge, in tali strutture regionali. Le SRA sono suddivise in tre gruppi:

1) per giovani da 15 a 25 anni di età, prevedendo la possibilità di accogliere anche i giovani dai 14 ai 22 anni di età;

2) per adulti;

3) per anziani con autosufficienza limitata o non autosufficienti.

4. Alcune o tutte le strutture del DSM di cui al comma 3 possono essere raggruppate in una unica zona o gruppo di edifici, qualora questo garantisca una migliore efficacia nella continuità dei trattamenti terapeutici.

5. I DSM hanno l'obbligo di collaborare con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione delle malattie mentali e di informazione al corpo insegnante e per la realizzazione degli interventi di cui all'articolo 10.

6. Gli ospedali generali e le cliniche universitarie si possono dotare di un reparto psichiatrico con compiti di terapia dei malati in fase acuta o in situazione di emergenza, nonché per l'effettuazione di esami clinici dei malati che richiedano la degenza ospedaliera.

7. Almeno un ospedale ogni 500 mila abitanti deve essere dotato di un servizio di pronto soccorso psichiatrico, in cui è assicurata la presenza di uno psichiatra 24 ore su 24.

8. Al personale dipendente dall'amministrazione dell'ospedale di cui al comma 7 è fatto obbligo, al momento del ricovero del paziente, di richiedere immediatamente informazioni su di esso e la sua cartella clinica al CSM di appartenenza, di tenere informato il CSM delle terapie effettuate, avvisarlo preventivamente sulle dimissioni e concordare con questo le modalità con cui è assicurata la continuità delle terapie al paziente.

## ART. 3.

*(Norme sul trattamento sanitario obbligatorio).*

1. Ogni trattamento sanitario obbligatorio (TSO) deve essere effettuato dopo che è stato attuato ogni valido tentativo per ottenere il consenso del malato.

2. Il TSO può essere:

a) TSO di urgenza. Può essere richiesto da chiunque ne abbia interesse. Deve essere convalidato da uno psichiatra, esercitante la professione. Ha validità massima di 72 ore e deve essere effettuato negli ospedali generali o nelle cliniche psichiatriche sedi dei reparti di psichiatria. Non è rinnovabile. Deve essere effettuato solo se esistono alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi. Può essere effettuato anche in caso di patologie fisiche che il malato rifiuta di curare. I medici del reparto possono interrompere il ricovero, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari e il CSM;

b) TSO. Può consistere in visite mediche a domicilio o presso il CSM; in somministrazione a domicilio di farmaci; in ricoveri presso le strutture residenziali; in esami clinici e di laboratorio e, in genere, in trattamenti diagnostici da effettuare presso gli ospedali dotati di reparti di psichiatria. Ha una durata massima di due mesi, rinnovabile. Può essere richiesto dai familiari, da operatori sociali che hanno in cura il malato, da uno psichiatra o dal CSM.

3. Il TSO deve essere confermato da due psichiatri, di cui uno dipendente da una struttura pubblica, che hanno visitato il malato e che certificano con motivazione scritta la loro decisione.

4. Il TSO presso i reparti di psichiatria ospedalieri può essere protratto oltre le 72 ore solo a scopo diagnostico o nell'attesa di trovare strutture alternative e, comunque, non è rinnovabile allo scadere del

termine di due mesi, previsto dal comma 2, lettera *b*).

5. I TSO possono essere interrotti dal medico responsabile della struttura o dal medico curante, se si tratta di prescrizione di farmaci, qualora siano venuti meno i motivi del trattamento e con motivazione scritta e dopo essersi assicurati della possibilità di continuità del trattamento terapeutico.

6. L'abbandono del malato in caso di TSO configura, salvo che il fatto costituisca reato più grave, omissione di soccorso.

7. Il TSO è effettuato di regola da personale sanitario e nel massimo rispetto delle relazioni sociali e della personalità del malato. Solo in caso di evidente pericolosità può essere richiesto l'intervento della forza pubblica.

8. Il TSO, se richiesto per inserimento in strutture residenziali od ospedaliere, è effettuato nelle strutture indicate dal malato o dai familiari e dagli operatori sociali che l'hanno in cura o nelle quali opera il medico curante.

9. Il responsabile della struttura sanitaria deve inoltrare con la massima sollecitudine, e comunque non oltre le 24 ore, alla commissione per i diritti del malato di mente di cui al comma 10, con indicazione della motivazione dello stesso, salvo il caso di TSO di urgenza, notifica del TSO, degli obiettivi del trattamento nonché della sua presumibile durata. Deve altresì inoltrare con le stesse caratteristiche di urgenza alla citata commissione i ricorsi dei malati avverso il TSO.

10. È istituita presso ogni sede di giudice tutelare una commissione per i diritti del malato di mente con funzioni ispettive e di controllo.

11. La commissione di cui al comma 10 è presieduta da un giudice tutelare ed è composta dal giudice stesso, da uno psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale in strutture pubbliche o convenzionate e da un rappresentante delle associazioni dei familiari presenti sul territorio. I membri aggiunti della commissione, fino a tre unità, durano in carica tre anni e la loro attività è remunerata su base oraria corrispondente agli emolu-

menti dei dirigenti di enti pubblici. I membri della commissione devono dare la massima garanzia di moralità pubblica; sono estratti a sorte da un elenco di dieci candidati indicati, rispettivamente, dall'associazione professionale e dalle associazioni dei familiari.

12. La commissione di cui al comma 10, che può avvalersi dell'opera dei consulenti aggiunti previsti dal comma 11, decide in merito a:

a) la convalida dei TSO;

b) l'esame dei ricorsi sui TSO da parte dei malati, o di chiunque ne abbia interesse;

c) i reclami o le segnalazioni da parte di cittadini sul funzionamento delle strutture che effettuano TSO operanti sul territorio, per gli eventuali opportuni procedimenti a carattere civile o penale.

13. Il malato, e chiunque ne abbia interesse, può appellarsi in qualsiasi momento alla commissione di cui al comma 10 per chiedere l'annullamento o una modifica dei termini del TSO.

14. Il ricorso di cui al comma 13 non può essere presentato più di una volta durante la durata del TSO. La commissione di cui al comma 10 ha l'obbligo di comunicare per scritto le sue decisioni entro una settimana dall'avvenuto ricevimento del ricorso.

15. L'omissione della comunicazione di TSO, dei ricorsi del malato e delle decisioni della commissione di cui al comma 10 configura, salvo che il fatto costituisca reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

16. Nel caso di TSO ripetuti per oltre sei mesi, il malato, o chi ne abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dalla commissione di cui al comma 10. Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore, o farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante semplice



lettera scritta. Il presidente fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero. Il presidente del tribunale decide entro dieci giorni, sentiti le parti e il pubblico ministero. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

ART. 4.

*(Diritti del malato di mente  
e dei suoi familiari).*

1. Il malato ha diritto alla cura anche quando la sua alterazione mentale lo porta rifiutare ogni aiuto. Deve essere comunque sempre cercato il suo consenso e le cure farmacologiche devono essere intraprese dopo una attenta valutazione del rapporto tra costi e benefici, tenendo conto anche degli inconvenienti, sia fisici sia relativi alla vita di relazione, dovuti agli effetti collaterali della cura stessa.

2. I malati di mente devono essere inseriti nelle liste di collocamento obbligatorio al lavoro per portatori di *handicap*. Le strutture curative hanno l'obbligo di supportare l'attività lavorativa del malato in modo che sia di utilità all'azienda in cui è inserito. Quando viene meno la capacità del malato a un lavoro in una struttura normale, gli deve essere proposto un lavoro in una delle strutture protette allo scopo costituite.

3. Il malato di mente deve ricevere dalla sua attività un emolumento corrispondente al valore economico del lavoro effettivamente svolto. Da tale emolumento possono essere detratte le spese per gli operatori adibiti alla cura del malato e per le strutture protette costituite ai sensi del comma 2, fermo restando il diritto del malato stesso a godere di non meno di un quarto degli emolumenti di sua competenza.

4. Il malato di mente ha diritto al rispetto della propria personalità. La sua situazione di abbandono non costituisce motivo di un inserimento coatto in una

struttura protetta, a meno che il proseguimento della sua vita abituale non comporti un serio pericolo per la sua salute o per le sue capacità intellettive o il malato stesso non costituisca pericolo per altri. La difesa degli interessi del malato può essere demandata a persone allo scopo nominate.

5. Le strutture di terapia residenziale devono prevedere, pur nel rispetto delle regole di vita comunitaria, almeno quattro ore giornaliere di libera uscita, nonché permessi prolungati per viaggi o per visite presso familiari o amici, se da questi esplicitamente accettati. Le disposizioni del presente comma non si applicano in caso di TSO.

6. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati di mente maggiorenni. Devono essere proposte forme di sussidio ai familiari disponibili a mantenere in famiglia il malato; il CSM deve adoperarsi al fine di incentivare la convivenza e garantire ai familiari i necessari aiuti e le convenienti pause nella convivenza stessa.

7. Il malato di mente ha diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e di supporto. Le strutture del territorio di appartenenza possono essere adeguatamente proposte ma non possono essere fatte oggetto di scelta coatta. In caso di incapacità di intendere e di volere del malato di mente, il diritto garantito ai sensi del presente comma si intende riferito ai suoi familiari o a chi ne fa le veci.

8. Il malato di mente e i familiari devono essere incentivati a costituire associazioni per la tutela dei loro interessi. Le associazioni devono essere preliminarmente e primariamente ascoltate dalle strutture del DSM in tutte le decisioni relative alla politica psichiatrica sul territorio.

#### ART. 5.

##### *(Gestione dei servizi).*

1. I servizi del DSM possono essere a gestione pubblica o privata. Devono essere a diretta gestione pubblica il CSM, salvo per

quanto riguarda le emergenze e il *day-hospital*, e almeno una struttura residenziale per tipo e per ASL. Le strutture incaricate dell'ispezione, ai sensi del comma 2, devono essere sempre pubbliche.

2. La regione controlla, tramite i suoi ispettori, la conformità delle strutture del DSM, sia pubbliche che private, alle disposizioni della presente legge e delle leggi regionali vigenti emanate in materia ai principi di un corretto e umano trattamento dei malati di mente. Le ispezioni devono essere almeno biennali e non devono essere precedute da alcuna forma di avviso.

3. La regione stipula convenzioni con le strutture sanitarie esistenti sul proprio territorio, abilitandole al trattamento delle malattie mentali e tenendo presente il parere dei responsabili del DSM e dell'utenza, e, in maniera prioritaria, il risultato delle ispezioni effettuate ai sensi del comma 2. Tali convenzioni danno alle strutture stesse la possibilità di essere utilizzate dalle ASL come parte integrante della organizzazione del DSM, mediante contratti allo scopo stipulati, qualora la ASL non ritenga di dover utilizzare esclusivamente strutture proprie. Nella utilizzazione di strutture private è data la precedenza alle strutture a carattere cooperativo o che utilizzano il lavoro, anche parziale, di malati di mente.

#### ART. 6.

##### *(Ruolo delle regioni).*

1. Nell'ambito dell'assessorato competente per la sanità, le regioni hanno l'obbligo di istituire un ufficio di psichiatria con funzioni ispettive, di stimolo e di indirizzo per tutte le ASL e per la raccolta di dati epidemiologici.

2. Gli uffici di cui al comma 1 sono altresì incaricati di effettuare le ispezioni biennali su tutte le strutture pubbliche e private esistenti sul territorio regionale, ai sensi dell'articolo 5, comma 2. A tale riguardo devono essere ascoltati le associazioni dei familiari e adeguati campioni dell'utenza.

3. Gli uffici di cui al comma 1 hanno altresì il compito di valutare l'efficienza delle iniziative di socializzazione e di riabilitazione intraprese a favore dei malati di mente; di controllare il rispetto dei diritti dei ricoverati nelle strutture pubbliche e private, nonché il livello di aggiornamento professionale dei lavoratori; di promuovere l'avvio di esperienze di riabilitazione lavorativa e l'istituzione di cooperative dei soggetti ricoverati.

4. Le regioni sono tenute a controllare l'aggiornamento professionale degli operatori psichiatrici e a promuovere i necessari corsi di formazione, in collaborazione con l'università e con le strutture riabilitative delle ASL.

5. I gruppi di studio e le commissioni regionali istituiti in materia di malattie mentali ai sensi del presente articolo devono prevedere una adeguata rappresentanza dell'utenza.

#### ART. 7.

##### *(Ruolo del Ministero della salute).*

1. Presso il Ministero della salute è istituito, nei limiti delle dotazioni di organico esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, l'Ufficio speciale di psichiatria. Tale Ufficio ha il compito di:

a) effettuare ispezioni presso le strutture regionali al fine di controllare l'attuazione e la conformità alle disposizioni della presente legge;

b) raccogliere ed elaborare dati statistici relativi alla diffusione e alle caratteristiche delle malattie mentali, allo stato delle strutture e al grado di attuazione della presente legge;

c) raccogliere informazioni sulle esperienze in altri Paesi, in particolare nei Paesi membri dell'Unione europea;

d) proporre studi e ricerche in campo epidemiologico, clinico e organizzativo, di intesa con il Ministero dell'università e della ricerca.

2. Presso il Ministero della salute è istituita la Commissione centrale di psichiatria, di seguito denominata « Commissione », organo di consulenza scientifica e organizzativa formato da:

a) un rappresentante per ogni commissione regionale di psichiatria istituita ai sensi dell'articolo 6, comma 5;

b) il direttore dell'Ufficio speciale di psichiatria di cui al comma 1;

c) due professori di università specializzati in psichiatria;

d) due responsabili di unità operative di psichiatria;

e) due rappresentanti delle associazioni dei familiari dei malati di mente a carattere almeno regionale.

3. La Commissione opera di intesa con l'Ufficio speciale di psichiatria di cui al comma 1 nella elaborazione di verifiche sull'attuazione della presente legge, sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e su eventuali proposte da sottoporre al Ministero della salute. I suoi membri durano in carica cinque anni.

#### ART. 8.

*(Norme sugli ex ospedali psichiatrici).*

1. Le aree e gli edifici degli ex ospedali psichiatrici sono utilizzati per la realizzazione di strutture a favore dei malati di mente. Qualora la loro ubicazione e le loro caratteristiche non li rendano adatti alla trasformazione nelle nuove strutture previste dalla presente legge, può esserne disposta l'alienazione, purché il ricavato sia destinato per l'apprestamento di strutture destinate ai malati di mente o per il loro funzionamento.

2. L'attività e il personale dei reparti ospedalieri e delle comunità situati negli ex ospedali psichiatrici devono essere integrati nelle strutture dei DSM all'atto della loro istituzione.

3. Le ASL possono ricevere in uso, con convenzione di durata almeno ventennale,

con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, al fine di destinarli alle attività dei DSM.

4. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso gratuito agli enti e alle associazioni convenzionati e del privato sociale beni di loro proprietà con vincolo di destinazione alle attività di prevenzione, recupero e reinserimento, anche lavorativo, del malato di mente.

#### ART. 9.

##### *(Ruolo delle università).*

1. Le università nelle quali sono istituite scuole di specializzazione di psichiatria partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, hanno la responsabilità di reparti ospedalieri.

2. Le università di cui al comma 1 possono, altresì, provvedere alla gestione di un DSM. Per le sedi universitarie dislocate in più poli di insegnamento è garantito che a ogni polo sia affidata la responsabilità di un DSM.

3. Le università sono abilitate a svolgere, anche a livello nazionale e regionale, attività diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e di assistenza di secondo livello per patologie di mente particolari.

4. Le università si attengono ai principi organizzativi e funzionali stabiliti dalla presente legge e dalle leggi regionali vigenti in materia.

5. Sono assicurate in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi di cui al presente articolo e la possibilità di organizzare gli stessi, in modo confacente alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e di specializzazione professionale e di ricerca scientifica, a condizione che siano sempre garantiti i diritti del malato di mente.

6. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano ad organizzare la ricerca e la didattica in maniera compatibile con i parametri regionali. Alle attività di ricerca e di studio svolte nell'ambito delle convenzioni partecipano, secondo le rispettive qualifiche e competenze, gli operatori del DSM indipendentemente dall'ente di appartenenza.

ART. 10.

*(Ruolo della scuola).*

1. Per l'individuazione precoce delle situazioni di rischio psico-patologico e dei disturbi mentali, il Ministro della salute, con proprio decreto, e in conformità a quanto stabilito all'articolo 2, comma 5, stabilisce le modalità di realizzazione di specifici programmi atti alla diffusione di idonei interventi presso le scuole di ogni ordine e grado, esclusivamente su segnalazione degli insegnanti e con il consenso dei genitori.

2. Qualsiasi forma di intervento disposta ai sensi del comma 1 deve prevedere, oltre al coinvolgimento del DSM competente per territorio, in ogni possibile causa di disagio:

a) l'effettuazione di controlli medici atti ad individuare le patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche;

b) l'esame di eventuali problematiche relative al percorso scolastico e all'approccio allo studio;

c) l'accertamento dell'esistenza di eventuali problemi familiari o di relazione con uno o più familiari o con uno specifico insegnante.

3. Gli interventi di cui al comma 1 devono comunque essere attuati nel rispetto delle caratteristiche psicologiche dei singoli alunni, con il coinvolgimento dei rispettivi genitori se necessario, privilegiando il metodo del dialogo interpersonale e dell'ascolto. È altresì fatto divieto di procedere ad analisi psicologiche finaliz-

zate a inquadrare i soggetti in categorie stereotipate o ad esercitare sugli stessi un controllo o una pressione psicologici.

4. Il Ministro della salute, con proprio decreto, prevede la realizzazione di appositi programmi informativi per la popolazione al fine di ridurre e di superare i pregiudizi legati ai disturbi mentali; promuove, altresì, la realizzazione di programmi di formazione per medici di medicina generale nel settore della salute mentale nell'età evolutiva con particolare attenzione all'incremento della capacità diagnostica nell'individuazione delle patologie organiche potenzialmente in grado di provocare alterazioni psichiche, nonché di programmi di ricerca, da attuare nel rispetto dei diritti dei minori e delle loro famiglie.

#### ART. 11.

*(Ruolo del volontariato).*

1. Le regioni, nell'ambito del ruolo loro affidato dalla presente legge nell'organizzazione e nel coordinamento della rete dei servizi di assistenza ai malati di mente e dei loro familiari, valorizzano l'apporto dei soggetti del terzo settore di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328, anche attraverso la promozione di forme di collaborazione con gli enti locali in base agli specifici criteri individuati dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30 marzo 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 188 del 14 agosto 2001.

#### ART. 12.

*(Norme sull'istituzione dei servizi).*

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni ASL sono istituiti i relativi DSM con i servizi e le strutture a gestione pubblica previsti dalla presente legge. Il personale può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti. La ASL deve inoltre porre ogni cura nell'assicurare, alla data



di cui al presente comma, il completamento dei servizi eventualmente anche tramite idonee strutture convenzionate.

2. I prefetti devono cooperare al reperimento delle strutture di cui al comma 1, su richiesta dei responsabili delle ASL o delle autorità comunali o regionali, anche mediante requisizione di edifici pubblici o privati, che rispondano, almeno provvisoriamente, ai requisiti previsti dalla presente legge.

3. Qualora una ASL non provveda all'istituzione dei DSM entro il termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale esonera dal servizio il responsabile della ASL e nomina un commissario *ad acta* con lo specifico compito di organizzare il DSM e di reperire personale e strutture.

4. Qualora, entro un mese dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale non abbia nominato il commissario *ad acta* ai sensi del comma 3, alla nomina provvede il Ministro della salute.

#### ART. 13.

*(Norme finanziarie).*

1. Le attività per la tutela della salute mentale sono finanziate con appositi fondi a carico del Fondo sanitario nazionale che sono allo scopo vincolati, in misura percentuale pari all'incidenza delle patologie psichiatriche rispetto all'insieme delle patologie registrate dalle statistiche sanitarie sul territorio del Paese.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,60



\*15PDL0015890\*