

ONOREVOLI COLLEGGHI!

La legge n. 180 del 1978, di seguito «legge 180», ha introdotto in Italia una «rivoluzione» nel campo della salute mentale perché:

- 1) ha disposto la chiusura dei manicomi;
- 2) ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale sono volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni;
- 3) ha statuito che «gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri».

Dal 1978 a oggi i due primi principi «rivoluzionari» della legge 180 sono entrati nelle pratiche quotidiane della salute mentale italiana.

Il primo e più importante, quello della chiusura dei manicomi, è ormai consegnato alla storia.

Il secondo, sui trattamenti sanitari obbligatori, fa ancora oggi periodicamente discutere, ma secondo noi impropriamente.

Il terzo, sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, non ha trovato nella legislazione ordinaria e soprattutto nelle pratiche quotidiane un percorso e un radicamento applicativo adeguati.

Di fatto a tutt'oggi «gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri» difettano di una cornice di principi generali chiari, forti e condivisi per orientarne l'operatività e non sono sufficientemente definiti sotto il profilo del «chi fa che cosa dove e quando».

L'unico atto legislativo dello Stato, dal 1978 ad oggi, che si è occupato di normare i principi della legge 180 è stato il progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1988-2000», di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999. Un testo per molti versi condivisibile, che ha tracciato il perimetro entro cui sono chiamati a muoversi gli istituendi Dipartimenti di salute mentale, intesi quali organi di coordinamento per garantire l'unitarietà e l'integrazione dei servizi di salute mentale di un dato territorio. Un testo peraltro privo per sua propria natura della «forza» giuridica necessaria e soprattutto ormai ampiamente datato.

La maggioranza delle regioni ha emanato leggi in tema di salute mentale, ma evidentemente senza un respiro nazionale e tra loro ovviamente del tutto scollegate.

Inoltre è purtroppo sempre mancata a livello ministeriale e regionale una rete che, a maggior ragione in assenza di un impianto legislativo «forte», tenesse insieme il variegato e diversificato mondo della salute mentale italiana cercando di fornire dati, buone pratiche, obiettivi, linee di lavoro e indirizzi condivisi.

Da ormai più di quarantacinque anni nel Paese si continua ancora a «discutere» sulla legge 180, tra chi la considera una legge sbagliata e perciò da cambiare e soprattutto responsabile di tutto quanto non funziona nella salute mentale italiana e chi la considera un'icona immutabile.

Basta leggerla per capire che la legge 180 (come ripresa dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale) non è nata per disegnare le cose da fare nel quotidiano della salute mentale.

La legge 180 era e resta una legge «quadro» fissata a quei tre principi che abbiamo richiamato all'inizio.

Riempire di contenuti quella rivoluzione spettava e spetta ad altri provvedimenti legislativi e a un'infinità di atti coerenti e conseguenti affidati alla buona volontà di molti uomini operanti nelle aziende sanitarie locali, nelle amministrazioni, nella politica nazionale e locale e nella comunità tutta, nonché al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale italiani ai quali troppo poco in questi anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e di protagonismo.

Quindi il litigare sulla questione «legge 180 sì o legge 180 no» appare mal posto e fuorviante. La legge 180 è un atto di grande valore etico e politico a cui dobbiamo la chiusura di luoghi dove centinaia di migliaia di cittadini italiani, con variegati problemi di salute mentale e spesso solo e del tutto impropriamente per motivi di ordine pubblico, hanno subito la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome.

Abbiamo perso tempo prezioso, sprecato sul brutto altare di dispute ideologiche e di cattivi principi, che avremmo dovuto dedicare a tradurre in fatti coerenti e conseguenti il terzo principio contenuto nella legge 180, quello del «chi fa che cosa dove e quando», per garantire a tutti i cittadini italiani, in tutti i loro luoghi di vita, cure appropriate. A partire dal dato vero, ma non sufficiente, che in alcune aree, poche, del Paese lo

spirito e i principi della legge 180 sono stati in buona misura realizzati e dal dato altrettanto vero che nella maggioranza del Paese la qualità degli interventi forniti dai Dipartimenti di salute mentale è del tutto carente/insufficiente.

E prima ancora avremmo potuto e dovuto individuare alcuni pochi principi generali, che in quanto tali sarebbero dovuti rimanere di competenza del legislatore nazionale, in grado di animare l'operatività quotidiana dei Dipartimenti di salute mentale con un respiro che trascendesse la mera indicazione di singoli comportamenti virtuosi, ma che riuscisse a tracciare la cornice di un sistema di buona salute mentale. Un sistema che facesse del pensare positivo, dell'incontro e del riconoscimento tra sapere professionale degli operatori e sapere esperienziale di utenti e familiari e perciò del «fare assieme» tra utenti, familiari, operatori e cittadini, della partecipazione attiva di utenti e familiari nella vita dei Dipartimenti, riconoscendo loro responsabilità e presenza nella co-progettazione e nella co-produzione del miglioramento continuo della qualità prestazionale dei Dipartimenti, del saper vedere prima le risorse e poi i problemi, il suo primo riferimento portante. Un approccio, come argomenteremo nel proseguo di questa relazione introduttiva, in grado di elevare esponenzialmente la qualità prestazionale dei nostri dipartimenti e a dar vita a climi di lavoro positivi, che sono il miglior antidoto a situazioni di conflitto e di aggressività che oggi sempre più spesso caratterizzano la quotidianità dei dipartimenti, con una ricaduta mediatica che mette ulteriormente sotto cattivi riflettori lo stato della nostra salute mentale.

Quello che appare doveroso è di «dare a Cesare quel che è di Cesare», di consegnare alla storia i meriti della legge 180 e di preoccuparsi di rendere realmente operativa quella territorializzazione dei Dipartimenti che essa, per la sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non declinava nel merito.

Perché nessuno oggi vuole seriamente riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione debbano essere attuati sul territorio.

Rimane in qualche misura oggetto di periodici dibattiti la questione sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO), questione TSO che, a nostro avviso, non richiede modifiche né di durata né di collocazione.

Negli ultimi quattro decenni sono stati presentati alla Camere numerosi progetti di legge volti a modificare la legge 180, ma si sono quasi tutti in larga misura, e in molti casi in via esclusiva, concentrati sull'obiettivo di prolungare nel tempo i TSO e/o a proporre strutture (pseudo) riabilitative con decine e decine di posti letto e logiche gestionali ad alto rischio neomanicomiale.

Sicuramente riteniamo si possa discutere di TSO, ma non pensiamo in alcun modo che questo rappresenti un tema centrale, né che da sue proroghe ad infinitum possano emergere le soluzioni ai mali della salute mentale italiana. Mentre voler aprire strutture di stampo neomanicomiale è quanto di più lontano da un progetto di buona salute mentale di comunità, come peraltro sostiene anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, questi obiettivi fondamentali:

- 1) essere in continuità con lo spirito e con i principi che hanno animato la legge 180 e riprendere e aggiornare i contenuti di base del citato progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000»;
- 2) definire alcuni principi generali che sono oggi ineludibili per dare «gambe robuste» a una buona salute mentale di comunità, quale quella attesa da più di quarant'anni in tutto il Paese;
- 3) garantire la declinazione di alcuni degli aspetti più importanti del «cosa dove come quando e perché» per garantire uniformità di prestazioni e di diritti ai cittadini italiani;
- 4) garantire il massimo coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari nei percorsi di cura, valorizzandone al meglio il sapere esperienziale, attribuendo loro responsabilità in tema di partecipazione attiva a tutti gli aspetti della vita dei Dipartimenti;
- 5) garantire nelle prestazioni un'attenzione continua ai processi di miglioramento continuo della qualità, ivi compreso contesti lavorativi che tutelino tutti gli attori della salute mentale;
- 6) garantire in tutto il territorio nazionale omogeneità di assetti organizzativi provvedendo a uniformare, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, la composizione del Dipartimento di salute mentale includendo tra le sue competenze le dipendenze patologiche, l'alcolologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia clinica e i disturbi del comportamento alimentare.
- 7) garantire che i Dipartimenti di salute mentale integrino le loro diverse aree operative in logiche di stretta collaborazione, siano ispirati ai principi della recovery, siano collegati a tutti i Servizi confinanti, alle

Istituzioni, Agenzie e Associazioni del proprio territorio, siano riconosciuti parte vitale e integrata della propria comunità di riferimento, di cui sono bene comune.

Esemplifichiamo l'importanza di dipartimenti di salute mentale, integrati al loro interno e nella comunità. Nella presente proposta di legge, come ormai sta accadendo sempre più spesso nelle Regioni italiane, i Dipartimenti di salute mentale vanno a ricomprendere, come già richiamato più sopra, d'intesa con la Conferenza Stato Regioni, tra le proprie competenze, oltre alla salute mentale concernente gli adulti come è stato di norma in passato, le dipendenze patologiche, l'alcolologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia clinica e i disturbi del comportamento alimentare. Questa nuova architettura organizzativa dei Dipartimenti sta entrando nelle pratiche della salute mentale, intesa in senso più ampio e lato, in modo ancora sostanzialmente poco chiaro e definito per almeno 2 ordini di ragioni. Da un lato ogni Regione decide autonomamente quali competenze attribuire ai «suoi» dipartimenti di salute mentale, cosa evidentemente a dir poco bizzarra e certo non accettabile in una logica di coerenza e correttezza di programmazione e gestione dei servizi, dall'altro perché anche nelle realtà dove sono stati inserite le competenze, che anche questa proposta di legge indica, appare evidente che l'integrazione e la collaborazione tra i diversi ambiti operativi del dipartimento sono in molto spesso mere affermazioni di principio a cui non seguono comportamenti coerenti e conseguenti. Citiamo 3 esempi che sono particolarmente dimostrativi e che creano disagi importanti agli utenti e ai loro familiari chiamati in causa. Il primo, e in questo periodo storico più problematico esempio, ci viene dalle collaborazioni molto difficili, quando non assenti, tra neuropsichiatria infantile e psichiatria adulti. Negli ultimi anni si è registrato un incremento importante di problematiche anche severe in una fascia di età afferente alla neuropsichiatria infantile e che va dai 10 ai 18 anni. La natura di tali problematiche coinvolge l'ambito della psichiatria adulti per molteplici fattori, che vanno dalle caratteristiche cliniche del disagio che richiamano spesso più le competenze della psichiatria adulti che quelle della neuropsichiatria infantile, al sempre più ricorrente «problema» dei ricoveri di minori in Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), evenienza che fino a 15-20 anni fa era del tutto eccezionale e a cui oggi è sempre più urgente trovare soluzioni alternative. Se a questo si aggiunge che molto spesso minori in situazioni di grave criticità fanno uso di sostanze, e quindi richiamano anche il coinvolgimento dei SerD, si capisce quanto la collaborazione e l'integrazione delle diverse aree operative dei dipartimenti è una *conditio sine qua non* se si vogliono dare risposte che abbiano tassi di efficacia sufficienti ad affrontare un fenomeno per cui la salute mentale mostra a tutt'oggi carenze e difficoltà decisamente importanti. Un secondo esempio già presente da tempo, ma ancora in sofferenza, riguarda la coesistenza nello stesso utente di problematiche di salute mentale e di uso di sostanze. È purtroppo un «classico» in queste situazioni che la collaborazione tra SerD e salute mentale adulti annaspi e troppo spesso sembra che l'obiettivo principale sia trovare il modo per scaricarsi tra servizi l'onere della presa in carico primaria, piuttosto che occuparsi seriamente del prendersi congiuntamente cura della persona con doppio disagio. Un ultimo esempio, anch'esso negli ultimi anni sempre più spesso entrato nella quotidianità dei dipartimenti e nella cronaca quotidiana della vita delle nostre città, ci viene dai comportamenti che confliggono con l'ordine pubblico, a volte a torto a volte a ragione, imputati a storie, e perciò a persone portatrici di disagio psichico. Come negli esempi precedenti troppo spesso a farla da padrone è un contenzioso, che esce dallo specifico dei dipartimenti, e che si consuma tra infiniti rimpalli di responsabilità con le municipalità, le forze dell'ordine, le scuole, altre Istituzioni della comunità che hanno al riguardo competenze concorrenti. E mentre si litiga su chi deve occuparsi dei «comportamenti disturbanti» di Giovanni, la sua situazione non può che peggiorare e altrettanto il clima relazionale di quella comunità. Da qui, ancora una volta, la necessità di uscire dalla logica dello «scaricabarile» per entrare in quella delle collaborazioni convinte, con tutti gli attori in gioco determinati a fare la propria parte con lucida e generosa responsabilità. Una sfida nella sfida a cui questa proposta di legge crede, crede nell'impegno doveroso e assoluto chiesto ai dipartimenti e altrettanto nell'impegno che non può a quel punto non seguire da parte delle altre Istituzioni della comunità coinvolte. E gli esempi potrebbero continuare. Tutto ciò per dire che integrare le diverse aree operative e le relative competenze, afferenti alla salute mentale in senso più ampio e lato, in un unico dipartimento appare una misura di assoluto buon senso, necessitata dall'aumento esponenziale di situazioni che vedono al proprio interno sofferenze diverse. Allo stato questa integrazione, a cui questa proposta di legge crede fermamente, non ha dato ancora i risultati

attesi e va quindi considerata una priorità assoluta creare nei dipartimenti di salute mentale «allargati» le capacità e le volontà di integrarsi nella concretezza dei fatti e delle collaborazioni attive, senza fermarsi a mere affermazioni di norma e di principio. Coinvolgendo virtuosamente, come nell'ultimo esempio, anche altre istituzioni della comunità, come peraltro i dipartimenti di salute mentale sono chiamati a fare nel loro ordinario operare per essere di quella comunità parte attiva e vitale. Con l'obiettivo dichiarato di esistere non solo per migliorare la qualità della vita degli utenti e dei familiari che hanno in carico, ma per essere linfa vitale, bene comune a disposizione della comunità tutta.

Come risulta chiaro dalla presente relazione e dall'articolato, quello che soprattutto si vuole è portare «aria nuova e fresca» in un dibattito che da troppi anni ha prodotto quasi solo conflitti ideologici.

Nella presente proposta di legge si pensa alla salute mentale come a un mondo ricco di risorse positive che può contribuire a rilanciare una dimensione di comunità dove abbiano particolare diritto di cittadinanza alcune parole chiave, legate alla salute mentale, ma anche capaci di dare il loro contributo, per rilanciare un'Italia che sa guardare al futuro in modo positivo e sorridente.

Questa proposta di legge nasce dalla collaborazione con il movimento «Le Parole ritrovate» e dal loro approccio del «fare assieme» che vede il più possibile l'impegno condiviso di utenti, familiari, operatori e cittadini. Ciascuno con le sue difficoltà, ma ciascuno anche con le sue risorse e il suo sapere. Impegnati non tanto a combattere contro qualcosa o qualcuno, ma a costruire una casa comune, aperta e colorata, dove ciascuno trova il suo posto e contribuisce a migliorare quello del vicino. Menti e cuori che si intrecciano, si scambiano esperienze e saperi, diventano reciprocamente compagni di strada, di scuola e di vita.

Vi era un tempo in cui cambiare il mondo era doveroso, semplice e possibile. In quella stagione entusiasmante abbiamo chiuso i manicomi, emblemi di morte civile. Abbiamo dichiarato a noi stessi e al mondo che «Giovanni», che rappresenta una persona con un disturbo psichico importante, poteva e perciò doveva ritrovare nella sua comunità dignità e futuro.

In Italia oggi sono più di 900.000 le persone che soffrono di malattie mentali importanti. Sommiamo a esse oltre 2 milioni di familiari a loro particolarmente vicini e superiamo i 3 milioni di persone che tutti i giorni devono confrontarsi con il dramma della malattia mentale «grave». Il 5% della popolazione italiana!

Una battaglia tra le più pesanti che può capitare nella vita di una famiglia. Un «11 settembre», come ci ricorda ogni tanto qualche genitore. L'impensabile irrompe nel quotidiano. Un coniuge, un figlio o una figlia, una sorella o un fratello, che fino al giorno prima camminava sereno al nostro fianco è diventato altro: straziato dal convincimento di essere al centro della peggiore delle congiure, inseguito da voci che lo maltrattano, perso in ragnatele di profonde inquietudini, alla deriva nella sua comunità, spesso intrappolato nell'uso di sostanze, incapace di guardare alle piccole cose quotidiane se non per vedervi la fine del mondo. E sempre più spesso nel mondo post Covid ad avvicinarsi a questi mondi di anime morte sono i più giovani, i nostri figli, il nostro futuro! Un motivo in più per impegnarsi in questa battaglia a cui l'etica dei valori e il diritto all'equità delle cure per tutti, ci chiama con forza.

Chi ha incontrato la malattia e ne ha fatto esperienza impara che se da un lato c'è la speranza della guarigione e che molti, almeno i due terzi guariscono, dall'altro c'è l'incubo della «brutta bestia» che finisce prima o poi per ritornare, per incollarsi alla tua schiena, per stravolgere il tuo quotidiano come mai avresti immaginato, lasciandoti troppo spesso senza fiato e senza speranza. Perché non capisci cosa ti è successo, non capisci cosa ti aspetta ancora. Ti guardi intorno e non trovi consolazione, non vedi futuro. Capisci che la tua famiglia, per quanto fino al giorno prima magari forte e unita, ha «perso la bussola» e va alla deriva in un mare sconosciuto.

Paradossalmente, ma non troppo, il manicomio una sua risposta la dava. Cancellava Giovanni, e con il tempo consegnava ai parenti una sorta di oblio nebbioso, come quello che accompagna il migrante in terre lontane dalle quali si intuisce non esserci un ritorno.

La rivoluzione della legge 180 ha cancellato l'obbrobrio del manicomio facendo più che bene e ha riportato migliaia di Giovanni a vivere nel proprio paese, nella propria famiglia.

Ma ci ha lasciato un impegno, un impegno di quelli che vanno onorati, nonostante mille difficoltà: l'impegno di accompagnare Giovanni e la sua famiglia attraverso la malattia, mettendoci scienza, coscienza e passione, per assicurare a Giovanni e alla sua famiglia la migliore delle vite possibili. Perché tutte le volte che dalla malattia non si può, o non si riesce, a guarire si può sempre comunque garantire a Giovanni una

qualità di vita almeno decorosa. Parliamo di quelli che oggi vanno sotto il nome di percorsi di recovery e la recovery oggi è considerata dalla letteratura internazionale l'architrova portante di una buona salute mentale di comunità. I percorsi di recovery trovano la giusta linfa per nascere e svilupparsi se Giovanni, e tutte le persone importanti per lui, ci credono e Giovanni si trova in un contesto che lo accompagna senza pretendere di dirigerlo. E allora Giovanni quei percorsi può percorrerli, passo dopo passo, per riprendersi in mano il volante della sua vita; per assumersi la responsabilità che questo comporta; per maturare la consapevolezza che occorre fare i conti con la propria sofferenza, imparando, quando serve, a convivere. Nei «buoni» percorsi di recovery le persone e gli operatori importanti per Giovanni «camminano» al suo fianco, ne sostengono con «leggerezza» le speranze, gli interessi, le risorse, gli sforzi. Mettendoci creatività, fiducia, passione e «amore»! E così Giovanni si riavvicina, dopo esserne stato, a volte per anni, dolorosamente tagliato fuori, alla sua comunità, alla vita!

Quando abbiamo chiuso i manicomi davamo per scontato, senza chiedercelo molto, che questo sarebbe successo sempre e dovunque, che tutti i nostri «matti» avrebbero avuto certezza di buone cure e così le loro famiglie, che avrebbero avuto sostegno e aiuto.

Abbiamo almeno in parte, e almeno alcuni di noi, scambiato la prima tappa di un lungo cammino con la conclusione del viaggio. Chiudendo i manicomi abbiamo avviato una sfida di cui (forse) non eravamo fino in fondo consapevoli. Una sfida sacrosanta e su cui nessun dubbio ci deve cogliere. Ma una sfida che dobbiamo, per amore della verità, riconoscere di avere finora, almeno nella più parte di Italia, più perso che vinto, o pareggiato, se vogliamo farci qualche sconto. Una sfida che ritroviamo tutte le volte che Giovanni o un suo familiare arriva ai dipartimenti di salute mentale a gridare la sua disperazione.

L'Italia è uno strano Paese, capace di fare cose straordinarie e altrettanto capace di non meritare la sufficienza di fronte a doveri elementari. E così Giovanni trova tutto e il contrario di tutto quando arriva in un dipartimento di salute mentale: cure tra le migliori al mondo, se pur raramente, incuria e ignavia delle peggiori, troppo spesso.

Questo è il motivo tanto semplice quanto radicale per cui gli dobbiamo una nuova legge. Gli dobbiamo quella equità di cure, che lo deve accompagnare da Bolzano a Trapani, da Lecce ad Aosta.

Oggi non è così. Eppure oggi curare la follia è possibile e spesso è possibile guarirla e, se non guarirla, almeno ammorbidirne e ammortizzarne i percorsi e gli esiti. E se si può fare dobbiamo farlo, in tutto il Paese.

Noi pensiamo, e per fortuna non siamo i soli, che occorre «aiutare» le realtà in ritardo. Aiutarle con l'esempio, con la buona pubblicità, con il «passaparola» e anche con una legge. Una legge che non sarà rivoluzionaria come la legge 180, ma che dovrà costringere gli ignavi a onorare l'impegno assunto anni fa.

Per capire cosa vuole realizzare questa proposta di legge diamo voce e spazio anzitutto a undici, tra le azioni più importanti (e di facile presentazione), che dobbiamo garantire a Giovanni e alla sua famiglia, che oggi latitano ancora in troppe parti d'Italia e che sono tra le cose che maggiormente vogliamo garantire. E ci dedichiamo ampio spazio per rendere chiaro quale è lo spirito profondo che anima questa proposta di legge.

È un compito facile anche perché l'abbiamo costruito insieme agli amici del movimento «Le Parole ritrovate» e con tanti di loro abbiamo girato l'Italia della salute mentale in questi anni. E questo nostro esserci incontrati e questo viaggiare ci ha permesso di cogliere buone pratiche da importare a casa di tutti, ma anche di conoscere tante, troppe, cattive pratiche raccontate da utenti e da familiari, troppo spesso angosciati e disperati.

Da quei racconti si potrebbe ricavare un'antologia degli orrori, una lamentazione infinita sulla pochezza di troppi uomini che sono venuti meno ai loro doveri. Qui l'uso che ne faremo sarà di segno opposto perché ci servirà a scrivere cosa di bello possiamo e vogliamo fare in tutte le nostre città.

Nello stesso spirito positivo e innovativo che ha visto nascere la legge 180 di cui questa proposta di legge si sente assolutamente figlia.

#### 1. La fiducia e la speranza.

La Dichiarazione d'indipendenza degli Stati Uniti d'America sancisce per tutti i cittadini il «diritto alla ricerca della felicità». Questa proposta di legge vuole sancire il diritto alla fiducia e alla speranza per tutti gli utenti e i familiari che frequentano i dipartimenti di salute mentale e le due cose sono strettamente legate. Quando Giovanni e i suoi familiari iniziano un percorso nella malattia, e perciò nei servizi deputati a curarla,

di fiducia e di speranza ne hanno ben poca. Non perché medici e operatori siano necessariamente indifferenti o cattivi, ma perché il dramma che li ha colpiti lascia ben poco spazio a dimensioni come la fiducia e la speranza. Oggi è chiaro, anche a chi scrive i «sacri testi» della scienza ufficiale, che senza fiducia e speranza pretendere di curare la malattia mentale è come guidare di notte a fari spenti e pensare di arrivare sani e salvi alla meta. Nella pratica quotidiana ancora pochi operatori (ma anche pochi familiari, pochi amici, pochi cittadini) colgono fino in fondo l'importanza di una cosa di così ovvio buon senso. E infatti mettere al primo posto un rapporto di fiducia e un investimento sulla speranza cos'è se non buon senso? Eppure se chiediamo a cento utenti pescati a caso nell'Italia della salute mentale siamo fortunati se ne troviamo un terzo che pensano di avere con chi li «cura» un rapporto che cresce all'insegna della fiducia e della speranza. Che poi vuol dire, ovviamente, capacità di accoglienza, sorriso, positività e tutto quello che fa dei rapporti umani un'esperienza che merita di essere vissuta. Che vuol dire credere ciascuno nelle risorse, nell'importanza, nell'unicità dell'altro: il medico nel paziente, il paziente nel medico. Diciamolo forte, non perché sia uno slogan, ma perché così deve essere nel mondo delle «buone» cure. Questa proposta di legge mette la fiducia e la speranza al primo posto, al primo articolo. E pretende che sia misurata. Perché anche le leggi hanno un cuore, se lo vogliamo.

## 2. Luoghi belli per la salute mentale.

Chi gira l'Italia dei servizi di salute mentale, molto raramente entra in luoghi dove viene spontaneo dire «che bel posto», poltroncine colorate, quadri alle pareti, tabelle indicative non fatte in fretta e male al computer. È vero che i dipartimenti di salute mentale hanno «solo» poco più di quaranta anni di vita, ma sicuramente si poteva e si doveva collocarli in luoghi ben più decorosi. Negli ultimi anni, ogni tanto, qualcosa di meglio si vede, ma è ancora davvero troppo poco. E ovviamente questo non è dettato dal bisogno di ostentare lusso, ma dall'importanza di dare voce alla sofferenza in luoghi che non la mortifichino ulteriormente. Non sarà la poltroncina comoda o la parete color pastello a «guarire» Giovanni, ma non lo aiuterà nemmeno sedersi su sedie rotte, attraversare corridoi che non sono stati ridipinti da anni, scoprire che una bella pianta è guardata come si guarda a uno yacht da 60 metri.

E allora questa proposta di legge pretende che i luoghi che ospitano la sofferenza mentale abbiano un decoro che in una scala da 1 a 10 valga almeno 7. Perché colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre. E allora lo scriviamo che questa proposta di legge lancia una campagna all'insegna del principio «in salute mentale il bello è di casa» e che i soldi, nell'Italia del benessere non ancora del tutto defunto li andiamo a cercare dovunque ci sono e anche nei bilanci in attivo delle aziende disponibili, di buon cuore si sarebbe detto qualche lustro fa, e di tante fondazioni importanti che guardano sempre più con attenzione al nostro mondo, finanziando sempre più spesso progetti che vanno a sopperire alle carenze di volontà e di risorse dell'ente pubblico.

## 3. Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli Esperti in Supporto tra Pari (ESP), un jolly prezioso.

Che un medico sia esperto di malattie è cosa risaputa e condivisa, che lo sia il cosiddetto paziente lo è molto meno e, a volte, per niente. Eppure chiunque di noi ha fatto, o sta facendo, un'esperienza di malattia, tanto più se duratura nel tempo, di quella malattia inevitabilmente diventa anche lui esperto. Pensiamo a chi ha il diabete o l'ipertensione, un tumore che va e viene o l'ulcera allo stomaco: il medico gli dà le medicine e gli prescrive gli esami, ma a «vivere» tutti i giorni con la malattia ci pensa lui, il «paziente». È lui quello che ha tutte le informazioni giuste, che coglie le sfumature, gli effetti dell'ultima pillola, la differenza tra la teoria dei risultati attesi e la pratica della realtà vissuta. Il medico, più è bravo e intelligente, più sfrutterà l'esperienza del suo paziente per curarlo al meglio. Succede spesso? Purtroppo no! Perché? Perché la medicina, come molti campi della scienza soffre di presunzione cronica, una malattia antipatica che toglie, a chi ne soffre, l'abilità di sfruttare l'esperienza del paziente, quasi che, a farlo, il medico diventasse meno medico e il paziente meno paziente. Ma è vero il contrario: riconoscendo e valorizzando le esperienze e i saperi reciproci tutti diventano più sapienti. Questa proposta di legge vuole «insegnare» questa semplice verità a chi ha a che fare con la malattia mentale, sia esso un medico, un paziente o un familiare. Perché chi sente le voci, chi è depresso, chi non trova più la porta di casa per uscire, di tutti questi brutti disturbi è indubbiamente esperto e, opportunamente invogliato, mette a disposizione il valore della propria esperienza.

Per fare al meglio questa operazione di «scambio di saperi», fondamentale per costruire una buona salute mentale di comunità, la presente proposta di legge mette «dentro» il sistema sanitario, «dentro» i dipartimenti di salute mentale, utenti e familiari che hanno fatto un buon percorso di cura, che sono consapevoli del valore della loro esperienza e che quella esperienza sanno trasferirla ad altri utenti e familiari che sono ancora nel disagio. E anche, cosa tutt'altro che secondaria, a operatori scettici o pigri. Li riconosce formalmente e si propone di pagarli in quanto «professionisti del sapere esperienziale». In gergo sono diventati gli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) e stanno portando piccole rivoluzioni in tutte le realtà dove hanno messo piede. Confortati dalla letteratura internazionale che vede in loro una straordinaria occasione per aumentare la centralità e il protagonismo di tutti gli utenti, fiducia, speranza e adesione ai trattamenti e miglioramento della qualità di vita di utenti e familiari e della qualità prestazionale dei dipartimenti. Una risorsa straordinaria che sempre più vogliamo arricchisca la vita dei nostri dipartimenti. Come è già prassi consolidata in molti paesi esteri, soprattutto in quelli di area anglofona. Un segnale importante verso il radicamento degli ESP anche in Italia ci viene dall'impegno che alcune realtà hanno investito in questi ultimi anni nella costruzione della «Prima Carta nazionale - Esperti nel supporto tra pari in Salute Mentale» che ha finalmente aggregato la più parte delle esperienze presenti in questo campo oggi in Italia. Alla Carta ha fatto seguito la costituzione della prima «Associazione italiana di Persone Esperte in Supporto tra Pari» (AIPESP), che ha aggregato circa cinquecento ESP e sicuramente costituirà il volano fondamentale per il loro ulteriore sviluppo e radicamento dei dipartimenti di salute mentale. Anche a fronte di un auspicato riconoscimento da parte del Ministero delle Imprese e del Made in Italy nell'elenco delle professioni non organizzate in ordini e collegi ai sensi della Legge 4 del 2013.

La presenza di utenti esperti si sta inoltre diffondendo nei mondi delle malattie/disagi protratti nel tempo (tumori, diabete, cardiopatie, ipertensione, dialisi, trapianti, decadimenti cognitivi, etc) aprendo delle straordinarie opportunità in tema di miglioramento di qualità di vita dei malati «cronici», a fronte del supporto reciproco e dello scambio di sapere esperienziale che si mette in moto e delle collaborazioni virtuose che si vengono a creare tra professionisti e utenti. Così come succede nel campo della salute mentale. Un orizzonte che opportunamente sostenuto potrà portare nel mondo della salute e dei servizi sanitari grandi vantaggi a tutt'oggi ancora poco valorizzati.

#### 4. Stigma e pregiudizi, no grazie!

Se c'è una cosa su cui tutti, ma proprio tutti, sono d'accordo è che stigma e pregiudizi intorno alla malattia mentale non rischiano mai la disoccupazione! Nessuno, potendo scegliere, vede in Giovanni la persona con cui parlare, andare a cena o fare un viaggio al mare. Lo vediamo, ancora prima di averci seriamente riflettuto, incomprensibile, pericoloso e imm modificabile nella sua malattia. Prototipo della diversità, Giovanni paga da sempre un prezzo altissimo all'etichetta che lo accompagna. Lui, e con lui la sua famiglia, rischiano quasi sempre di venire cancellati dai «file» delle nostre vite e delle nostre comunità, in nome di un quieto vivere, che tanto ci convince in astratto, quanto poco poi ci rende felici nel quotidiano.

Ma i pregiudizi sono questo: idee negative su cose e su persone di cui non abbiamo esperienza concreta o giudizio autonomo. E allora Giovanni e la sua famiglia sono accerchiati da questo sentire negativo, ancora prima che noi cittadini «per bene» ne abbiamo fatto conoscenza reale. E questo sentire negativo li accompagna nel profondo, li fa sentire ancora più bersagliati dalla sorte. Ne complica i percorsi di cura.

Perché questo capita. Tanto più su Giovanni si addensano stigma e pregiudizi, tanto più la sua guarigione si allontana e il suo percorso di cura è in salita. Basta leggere i giornali per vedere come la follia compaia a segnare raptus di ogni tipo, fatti di sangue ed eventi i più diversi che tanto più appaiono brutti e cattivi tanto più si macchiano di quell'etichetta.

Come tutti i pregiudizi anche quello sulla follia non ha basi che lo giustifichino. I «matti» non commettono più reati dei «normali», non sono, se li avviciniamo con occhio libero, così incomprensibili e guariscono spesso. Le comunità hanno bisogno dei diversi per pensarsi normali e i «matti» in questo svolgono un ruolo utilissimo, ma ad alto prezzo per Giovanni e la sua famiglia e anche per noi «normali», che perdiamo punti nella costruzione di una comunità dove anche noi staremo meglio se Giovanni starà meglio.

Per questo la presente proposta di legge vuole che sullo stigma e sui pregiudizi si lavori sul serio, cosa che fino ad ora quasi nessuno ha fatto. E per combattere stigma e pregiudizi anzitutto bisogna curare bene Giovanni che rimane il primo sponsor di se stesso. Ma poi possiamo e dobbiamo raccontare la «verità» sulla follia, nelle scuole innanzitutto e con la voce dei protagonisti veri. E se li ascoltiamo, subito quel quadro

negativo della malattia mentale, che anche senza volerlo abbiamo messo dentro di noi, cambia radicalmente significato e colore. E ancora facendo in tema di salute mentale cose belle e importanti, perché i media ne parlino e dicano che follia non è solo cronaca nera. E impegnandoci tutti insieme a dare voce e presenza agli utenti e ai loro familiari in tanti spazi di vita comunitaria. Un modo piacevole per scrivere un'Italia migliore.

5. Il «patto di cura»: fare squadra è bello e avere un garante che ci aiuta ancora di più.

«Squadra» è diventata sempre più una parola chiave sinonimo di successo, di armonia e di risultato positivo nello sport, nel lavoro e nella vita in generale. Mettiamo la «squadra» anche dentro il quotidiano dei dipartimenti di salute mentale. Ecco la formazione che gioca nel «patto di cura»: Giovanni, la sua famiglia, il medico, l'infermiere o l'educatore che lo accompagna nei luoghi di cura, un amico importante se c'è, il medico di base e, ancora, chi per Giovanni è importante. Una squadra piccola con un obiettivo chiarissimo: vincere la battaglia con la malattia, con il sintomo, con l'isolamento, con i cattivi pensieri, con le sostanze, con la depressione, con le voci, per ritrovare senso di vita, lavoro, socialità e sorriso. «Lavorando assieme!» Peccato che nei nostri dipartimenti di salute mentale di tali «squadre» se ne vedano davvero poche. Una volta è Giovanni che si chiama fuori, un'altra la famiglia che è in crisi, più spesso sono gli operatori che invocano la privacy, il tempo che non c'è e la difficoltà a tenere insieme un gruppo che ancora non si riconosce tale.

Questa proposta di legge crede nella squadra del «patto di cura», sempre, perché lo dice la scienza e, ancora prima, lo dicono il buon senso e le esperienze di chi ci ha provato, senza alibi e senza pigrizie.

Naturalmente a funzionare, le squadre dei nostri «patti di cura», qualche problema lo incontrano. Ciascun partecipante può avere le sue piccole ragioni per scantinare, prendere tempo o chiamarsi fuori. Ma sono problemi superabili, l'unione fa la forza se solo ci crediamo. E per aiutare a crederci e soprattutto per portare a casa il risultato sono molto utili tre cose: avere strumenti chiari che tengono conto di quello che la squadra sta facendo e farà e avere un diario di bordo, come quello delle navi, tenuto da tutti i membri della squadra e non solo dal comandante, per registrare i desideri, le difficoltà, gli obiettivi, i risultati raggiunti, da Giovanni e da tutta la squadra.

E, infine, avere nella squadra un «garante», una persona esterna al gruppo e che partecipa per aiutare il gruppo a fare bene tre cose: dare voce a tutti in un clima di rispetto e di condivisione, ricordarsi di prendere accordi chiari e di sottoscriverli, ritrovarsi periodicamente per verificare cosa è andato bene e cosa no. Un ESP laddove sono presenti. Sembra l'uovo di Colombo e lo è.

6. Il dramma della prima, della seconda e della terza crisi.

Trasmesso con il pudore di chi fatica a raccontare le proprie disgrazie capita di ascoltare, un numero di volte ancora troppo frequente, il racconto di genitori che appena capiscono che stai un po' dalla loro parte cercano sollievo al loro dolore raccontandotelo.

Quando quei drammi vengono alla luce viene sempre da chiedersi come sia possibile, per questi genitori, tollerare ferite così devastanti e essere ancora lì in prima linea ad affrontarne di nuove e, subito dopo, come sia possibile che a questi drammi chi è pagato per farvi fronte sappia trovare, non sempre ma troppo spesso, un impressionante campionario di alibi e di scuse per sottrarsi.

Quando il nostro Giovanni, preso nei vortici della malattia, dà sfogo estremo al suo disagio, non ci sono alibi giustificabili: gli operatori della salute mentale devono intervenire in prima persona. Giovanni, prima di passare il segno, ha sempre lanciato segnali. Se i dipartimenti di salute mentale sono stati al suo fianco li hanno colti e se li hanno colti quasi sempre li hanno saputi incanalare, limitare o prevenire.

Quando questo non succede, quando nella famiglia, lasciata colpevolmente sola al suo destino, scoppia il primo o l'ennesimo dramma (e non è il raptus imprevedibile della follia di tanti brutti titoli di giornale) a parlare e ad agire è la malattia, che chi doveva, non ha saputo ascoltare e curare, e allora il dipartimento di salute mentale deve esserci e non il giorno dopo o la settimana dopo. Il papà o la mamma raccontano le telefonate, tanto disperate quanto inutili, fatte ai dipartimenti di salute mentale a chiedere aiuto mentre sullo sfondo si sentono i rumori della guerriglia e le risposte sono «Giovanni non vuole curarsi, provate a convincerlo a venire lui da noi». «È un problema di ordine pubblico, chiamate il 113». «Ha un appuntamento giovedì, accompagnatecelo».

Questa proposta di legge stabilisce che i dipartimenti di salute mentale non possono chiamarsi fuori, che devono esserci e come devono esserci, in modo preciso, a partire dai luoghi di vita di Giovanni, con tempi di risposta in giornata con strumenti per accompagnare quello che si fa, con responsabilità chiare e definite, con il coinvolgimento di quanti possono contribuire a ridurre il peso della crisi, dal medico di famiglia all'amico del cuore.

E se la crisi proprio non si risolve nei servizi territoriali e nei luoghi di vita di Giovanni ci sono, *extrema ratio*, i reparti ospedalieri, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), troppo spesso luoghi di mero contenimento murario dove l'unico intervento è il farmaco. Noi li vogliamo luoghi di vita, dove la persona è accolta con calore e dove da subito si lavora perché la crisi sia occasione di crescita e di ritorno, il prima possibile, al proprio quotidiano.

E non vogliamo più che, oltre alla contenzione dei muri, ci sia quella ben peggiore dei corpi, legati ai letti con strumenti che null'altro sono se non le camicie di forza dei vecchi manicomi. Un impegno etico che ci chiedono l'Europa e il Comitato nazionale di Bioetica, e che già la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ha condiviso. Ma se andiamo a visitare gli SPDC italiani scopriamo che nemmeno il 10 per cento di essi ha preso questa strada e che legare le persone ai letti rimane ancora una pratica «normale».

#### 7. Famiglie da «aiutare», famiglie grandi risorse.

La famiglia gioca un ruolo centrale in tutte le nostre storie. Che sia quella di origine o quella acquisita, è sempre lì in prima fila a soffrire con Giovanni, a combattere con lui e per lui. Un Giovanni, adulto, con il mal di cuore o con il diabete, raramente si fa rappresentare dai genitori o dal coniuge per avere cure e rispetto. Un Giovanni che sente le voci e che vive straniero nel nostro mondo difficilmente chiede aiuto e spesso, addirittura, lo rifiuta ostinatamente. Così è la malattia mentale. E allora chi ne prende le parti, chi corre a cercare aiuto, se non genitori e coniugi, figli e amici? Sconvolti e devastati se è la loro prima volta, più esperti, ma sicuramente non sereni, anche se sono ormai degli habitués.

A questi genitori, a questi parenti variamente disperati, terrorizzati e arrabbiati dobbiamo sempre il massimo dell'ascolto, dell'attenzione e della presenza, anche quando può sembrare di aver già fatto tutto quello che si poteva, anche quando si pensa che con Giovanni dovrebbero essere più severi o più concilianti, anche quando arriva la centesima telefonata.

Ogni famiglia ha i suoi tempi per prendere dimestichezza con la «brutta bestia» e questi tempi non sono i dipartimenti di salute mentale a deciderli. I dipartimenti possono e devono rispettarli e accompagnarli, sapendo che questi tempi saranno tanto più brevi quanto più a queste famiglie sarà dato aiuto incondizionato mettendosi dalla loro parte, provando a essere «noi» per qualche giorno «loro», andando magari a vivere in quelle famiglie: una settimana con loro sarebbe un tirocinio migliore di tanti mesi passati sui banchi di scuola.

Quindi anzitutto tripla AAA: Ascolto Aiuto e Accompagnamento, sempre, e vedrete che nessuna agenzia di rating toglierà qualche A, ma segnalerà quelle che mancano e, purtroppo, sono ancora tante, in tanti luoghi diversi d'Italia.

Garantito questo, ci sono molte altre cose che devono essere offerte alle famiglie, sapendo che non sempre le accoglieranno quando verranno proposte loro, che ci vorranno tempo e pazienza, una proposta da ripetere per almeno il «70 volte 7» di biblica memoria. Anzitutto cicli di informazione, di psico-educazione, per fare sì che le famiglie sappiano il più possibile della malattia, dei farmaci, delle cose che il dipartimento di salute mentale può e deve offrire ai loro cari. Incontri in cui, oltre all'informazione, si comincino a scambiare i saperi tra operatori e familiari e, cosa importantissima, le famiglie si trovino tra loro a scambiarsi esperienze e a «scoprire» che non sono «uniche» nel loro dramma, ed è una scoperta non da poco. E poi offerta di gruppi di auto-aiuto, una palestra eccezionale per imparare dall'esperienza e trovare modi per stare meglio con sé stessi, prerequisito per stare meglio con i propri familiari. E, ancora, sportelli autogestiti da familiari per dare informazioni ad altri familiari e su questa lunghezza d'onda tanto altro ancora.

Tutto all'insegna di una cosa tanto straordinaria quanto semplice: quelle famiglie che all'inizio del percorso nella malattia erano sole eperate ora sono diventate una straordinaria risorsa, non solo per il loro congiunto, ma anche e a volte soprattutto per tanti altri Giovanni, per tanti altri familiari che dalla loro esperienza possono trarre stimoli importantissimi nei loro percorsi di cura e di vita.

## 8. Accoglienza calda, come nella pubblicità.

Negli spot televisivi si sente sempre più spesso la voce della signorina di turno dire «Sono Mariella, cosa posso fare per lei?». E anche nella realtà, almeno quella commerciale, funziona sempre più spesso così.

Se facciamo una piccola inchiesta in cento dipartimenti di salute mentale italiani la risposta suona un «poco» diversa. Quasi mai chi risponde si qualifica e ancora meno spesso usa una frase di cortesia, senza contare i tempi d'attesa che costano denaro e fatica. Qualcuno potrebbe dire «Ma con tutti i problemi che abbiamo, con la malattia che colpisce sotto la cintura voi vi preoccupate di un po' di gentilezza in più al telefono?».

Ebbene sì, ce ne preoccupiamo e molto per due motivi: se un dipartimento di salute mentale non è capace di fare una cosa così semplice come riuscirà a fare quella cosa sicuramente più complicata che è «curare» la persona? E ancora, chi telefona o viene a cercare aiuto, tutte le volte che si sente accogliere da una voce garbata o da un sorriso, tira subito un sospiro di sollievo e affronta la situazione almeno un poco rinfancato. Questo vale al telefono, che spesso suona a vuoto e lascia la persona che chiede aiuto ancora più sola, ma altrettanto, anzi spesso di più, vale quando Giovanni o la sua famiglia viene di persona a chiedere qualcosa.

Un qualcosa che va dal ritirare una ricetta o un certificato, al segnalare che il mondo ancora una volta è crollato. La solita indagine su cento servizi di salute mentale ci presenterebbe un quadro a dire poco sconsigliante.

Ecco quello che questa proposta di legge vuole: una persona gentile e sorridente che accoglie tutti in tempo reale e che in un tempo molto breve capisce cosa l'interlocutore chiede. Se si tratta di consegnare una ricetta lo farà subito, se è la segnalazione del mondo che è di nuovo crollato saprà trasmettere comprensione e calore e indirizzerà la persona a chi se ne potrà occupare. E questo qualcuno, medico, infermiere o educatore, sarà disponibile in un tempo minimo garantito, circa cinque minuti, e farà della buona accoglienza, dell'ascolto e della gentilezza da manuale la sua ragione di vita. Nell'attesa, tanto più se dovesse durare eccezionalmente più a lungo, chi ha accolto per primo la persona se ne occuperà comunque e farà quelle cose di gentile buon senso che tutti noi ci aspettiamo quando ci troviamo ad affrontare «l'uomo nero».

E ritornando ai colori pastello mettiamo sale d'attesa che non sembrino quelle delle stazioni ferroviarie dei film del neo-realismo, ma sono colorate, hanno sedie dignitose e piante fiorite. Perché la buona accoglienza passa anche da queste piccole cose.

## 9. Sapere a chi rivolgersi, sempre.

Chi è entrato nel sistema della salute mentale si vede di solito assegnare un medico psichiatra, o di disciplina affine, che lo vedrà in ambulatorio, a volte un infermiere o un educatore che ne segue la vicenda a casa, altri operatori che lo accompagnano in luoghi diversi dove la malattia lo porterà, dal reparto ospedaliero a un centro diurno, da una casa protetta a un laboratorio per l'inserimento lavorativo.

Può succedere che Giovanni si trovi a confrontarsi anche con dieci operatori che in momenti e in luoghi diversi si occupano di lui, una cosa spesso buona perché dimostra che il sistema è ricco e offre cose diverse in luoghi diversi per bisogni momentaneamente diversi. Premessa di questo ragionamento è che per Giovanni è vitale avere nel tempo operatori di riferimento che non cambino a ogni stagione. Se costruire un rapporto di fiducia è la pietra angolare di ogni buona cura è chiaro che a ogni cambiamento di operatore bisogna ricominciare da capo a costruire reciproca fiducia.

Quindi i cambiamenti sono «permessi» in poche e inevitabili situazioni: la pensione (evento peraltro sempre più raro), le gravidanze e i trasferimenti, e ultimamente la «fuga» dal pubblico. E, infine, evenienza invece decisamente più frequente, la richiesta fatta da Giovanni di cambiare il medico. La richiesta di cambiare infermieri o educatori è molto più rara. La «libera» scelta del medico è garantita dalla legge, ma spesso è disattesa e questo non è certo positivo. Ascoltare Giovanni vuol dire confrontarsi con lui e capirne le ragioni, anche quando dice che vuole cambiare il medico, e una volta ragionato e appurato che la richiesta di Giovanni è ferma e decisa e per lui importante occorre farlo, piaccia o no.

Su queste premesse occorre dare a Giovanni il massimo delle informazioni possibili perché lui, e con lui, la sua famiglia, sappia chi sono i suoi «operatori di riferimento». Per i dipartimenti di salute mentale appare tutto scontato, è scritto nella cartella clinica, magari nel sistema informativo se l'azienda sanitaria locale lo

possiede e viene usato, ma Giovanni, uomo a volte confuso e spesso sofferente, non ha la mente fatta come una banca dati e allora bisogna dirglielo e ridirglielo a costo di sembrare ripetitivi, e non solo a Giovanni, ma anche alla sua famiglia che troppo spesso è ancora tenuta fuori dalle «sacre stanze» delle cure.

10. Abitare, lavoro, socialità. Ce ne occupiamo (anche) noi.

Vexatissima quaestio! Ossia questione molto dibattuta e importante. Nei dipartimenti di salute mentale italiani ci sono almeno due partiti su questa questione. Quelli che pensano che quando Giovanni ha problemi di casa, di lavoro e di socializzazione nel tempo libero, sono altri (o soprattutto altri) a doversene occupare.

Quelli che pensano che i dipartimenti di salute mentale devono fare una parte importante, che non possono chiamarsi fuori. Naturalmente entrambi i partiti sanno bene che per offrire un buon percorso di cura a Giovanni, per riportarlo a una qualità di vita almeno dignitosa quei tre campi, cioè casa, lavoro e socialità, sono essenziali. Il dibattito è altrove. I primi hanno un'idea della cura centrata su un approccio medico, i dipartimenti di salute mentale sono servizi sanitari e devono occuparsi di cure mediche e la casa o il lavoro non sono cose mediche, quindi che se ne occupino altre agenzie. I secondi pensano che «curare» Giovanni comporta un approccio integrato, medico-psico-sociale, e che delegare in toto ad agenzie altre quei tre campi essenziali vuol dire curare solo a metà. Perché per quanto brave siano le agenzie esterne (laddove ci sono e sono efficienti) non si può abdicare a intervenire in queste tre aree vitali per Giovanni e per la sua famiglia.

E non è un caso che parlando con familiari in tutta Italia, insieme ai vuoti di intervento nelle situazioni di crisi, l'altra grande lamentela riguardi proprio il lavoro e la casa. Come dire che i genitori hanno chiaro, per esperienza diretta, che insieme alle cure più «mediche» la «cura» di gran lunga più importante è il lavoro e subito dopo, laddove ci sono difficoltà di convivenza, una casa.

La presente proposta di legge su questa vexatissima quaestio è chiaramente schierata. I dipartimenti di salute mentale sono in primissima linea su questi tre fronti. Ci sono anzitutto con operatori «dedicati» che se ne occupano specificatamente, cosa oggi tutt'altro che presente e scontata, e già questo è un pessimo indicatore.

Garantito questo, sul fronte della casa, l'impegno è quello di valorizzare le risorse di Giovanni e di puntare su soluzioni abitative che lo vedano il più possibile protagonista. Un esempio tra tutti. Oggi troppo spesso Giovanni è schiacciato tra comunità che lo ospitano per un tempo assolutamente irragionevole e l'essere «abbandonato» a esperienze di solitudine che non sa affrontare. Dove la si è sperimentata, funziona molto bene la convivenza tra due o tre Giovanni. Scattano la messa in comune delle risorse, il profumo di una maggiore libertà, la cintura di sicurezza di non essere soli e altro ancora. E oltre alle convivenze, gli affidi a famiglie disponibili, gli appartamenti a cosiddetta bassissima protezione, gli alloggi da condividere con gli studenti universitari o con i rifugiati politici, risorsa, quest'ultima, tanto preziosa quanto misconosciuta e che dove è stata sperimentata ha dato risultati straordinari in termini di clima affettivo e di ritrovata autonomia, sia per gli utenti che per i richiedenti asilo, e altro ancora.

Sul fronte del lavoro si impegnano «con» le agenzie esterne a cercare, anche in questi tempi di crisi, ogni possibile spazio per inserire Giovanni in luoghi dove il lavoro sia vero e presente. Usando le leggi nazionali che esistono, quelle regionali che anche di solito esistono, le clausole sociali dei grandi appalti e le cooperative. E poi usando la fantasia per trovare, anche dentro i dipartimenti di salute mentale e con partner disponibili, come ad esempio cittadini attivi e competenti, nicchie di lavoro (e di mercato) a partire da chi sta peggio e quelle altre piste non può percorrerle. Per realizzare prodotti, belli e vendibili, che servano a fare reddito, anche se magari piccolo, e a far (ri)trovare abilità, competenze e soprattutto dignità.

11. Dulcis in fundo. Il dipartimento di salute mentale che vogliamo

Ne abbiamo già parlato nelle prime pagine di questa relazione introduttiva, ma riprenderlo in questo ultimo punto vuole marcare l'importanza che questa proposta di legge dà al ruolo che utenti e familiari vengono ad avere nella vita dei dipartimenti di salute mentale.

Il dipartimento di salute mentale che vogliamo coinvolge il più possibile alla pari utenti familiari e operatori nei percorsi di cura e in tutte le attività, i gruppi e le aree di lavoro del dipartimento. Sposta un approccio di sistema in cui utenti familiari e operatori imparano a «pensare e lavorare assieme», in cui si valorizzano le

presenze e le risorse di tutti, in cui il sapere professionale degli operatori e quello esperienziale di utenti e familiari si incontrano e costruiscono un sapere plurale, in un clima amicale e ricco di affettività.

Nel dipartimento che vogliamo si affronta la malattia in una logica di squadra, si crede e si investe nel supporto tra pari. E programmi, azioni, prestazioni sono progettati e prodotti assieme.

Il dipartimento che vogliamo è sempre alla ricerca di far crescere il benessere della comunità, alimentato il più possibile da tutti i suoi attori.

Questo è il filo rosso che attraversa tutta questa proposta di legge, nel convincimento profondo che un dipartimento così orientato, oltre a essere del tutto allineato all'attuale letteratura internazionale, garantisce i migliori risultati possibili in termini di appropriatezza e equità di «cure» ed è il migliore approccio per garantire, tra tanti altri, 3 obiettivi oggi particolarmente sentiti:

- offrire contesti e climi lavorativi positivi e «sorridenti», la miglior cintura di sicurezza per tutelare al meglio possibile tutti gli attori della salute mentale;
- favorire il più possibile che i Dipartimenti di salute mentale integrino le loro diverse aree operative in logiche di stretta collaborazione, sia al proprio interno che nella comunità tutta, di cui diventano bene comune;
- contrastare stigma e pregiudizi.

E infine, e forse è l'aspetto più importante in questo momento, contrastare, in modo documentabile, che non sono solo la mancanza di soldi e di operatori a fare sempre più del nostro paese terra di cattiva salute mentale. Un modo semplicistico e scorretto per togliere responsabilità a troppi uomini che nelle aziende sanitarie locali, nelle amministrazioni, nella politica nazionale e locale e nella comunità tutta, trovano in questo modo la giustificazione nel sottrarsi ai loro doveri. Certo soldi e operatori mancano, e non da oggi. Ma non sono l'unica e a volte nemmeno la principale causa delle difficoltà sempre maggiori che i nostri dipartimenti vivono.

Chiudiamo questo ragionamento con un aspetto per noi fondamentale. Questa proposta di legge si batte con forza perché sia riconosciuta partecipazione attiva a utenti e familiari nella vita dei dipartimenti di salute mentale italiani, utenti e familiari ai quali nulla o troppo poco in questi anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e di protagonismo. Nelle poche realtà dove questo realmente avviene il problema della carenza di soldi e di operatori non si risolve magicamente, ci mancherebbe, ma assume immediatamente un peso e un valore completamente diverso e meno importante. E non è cosa da poco se guardiamo a questo tema, oggi così centrale in ogni ragionamento sullo stato della salute mentale italiana, con occhio limpido e onestà intellettuale. Senza dimenticare, ed è ancora più importante, che così facendo qualità di vita di tutti e di prestazioni aumentano e non di poco!

Naturalmente quanto sin qui argomentato non esaurisce tutto quanto deve essere fatto per migliorare la qualità delle cure che i dipartimenti di salute mentale italiani devono offrire. E molti aspetti importanti e puntuali li troveremo nell'illustrazione e nel testo dell'articolato. Garantiscono però, dal nostro punto di vista, un contributo importante per assicurare una base e una cornice, solide e al tempo stesso ricche di spunti positivi e innovativi, su cui costruire pratiche di «buona» vita nei nostri dipartimenti e di «buona» quotidianità prestazionale, fortemente condivise e radicate nelle nostre comunità.

Una base e una cornice che scommettono sul positivo e che vogliono introdurre, nelle logiche spesso asfittiche della tecnica legislativa formale, contributi di fantasia e di intelligenza, di scienza e di passione.

Concludendo, preme rimarcare ancora una volta che lo spirito e la lettera di questa proposta di legge non sono fatti di dispute ideologiche o dell'aspettare sempre e solo dagli altri le soluzioni.

La cultura di riferimento di questa proposta di legge parte da quel «fare assieme» che gli amici del movimento «Le Parole ritrovate» ci hanno un po' trasmesso, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori, utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e nel credere nella dimensione del cambiamento sempre possibile che è diventato il nostro riferimento ideale, anche nei meandri più bui della malattia mentale.

Si può dire tutto questo, si può dire che fare le cose «insieme» è importante e bello e lì fermarsi. Oppure si può crederci e comportarsi di conseguenza. In questo modo il disagio psichico ritrova posto e dignità nel quotidiano di tutti noi, in una comunità in cui ciascuno è un po' più responsabile per tutti.

Non si può non ricordare, in conclusione, che da troppi decenni si dice, in legge e in ogni occasione in cui si parla, ad ogni livello, di salute mentale, che a quel settore va destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale. Dichiarazioni a cui non è mai seguito nessun atto coerente e conseguente. Anzi negli anni si è visto un decremento delle risorse destinate alla salute mentale che allo stato superano di poco il tre per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale.

In questa proposta di legge noi riproponiamo quel «mitico» cinque per cento, a maggior ragione a fronte di una proposta di allargamento delle competenze attribuite ai dipartimenti di salute mentale. E parimenti vogliamo garantire una dotazione di personale che sia sufficientemente adeguate ai fabbisogni oggi in larga parte inevasi.

#### Illustrazione dell'articolato

La presente proposta di legge si compone di quattro capi per un totale di ventiquattro articoli.

##### Il Capo I

Il capo I si pone come obiettivo la statuizione dei principi fondamentali su cui fondare la proposta di legge attraverso quattro articoli.

##### Articolo 1 (Finalità).

La proposta di legge si pone in continuità con la legge 180 e con tutti i documenti emanati in materia di salute mentale dalla Commissione europea e dall'Organizzazione mondiale della sanità. Le principali finalità sono volte a contrastare ogni forma di esclusione nei confronti dei soggetti affetti da disagi o disturbi mentali, a porre in essere attività finalizzate alla prevenzione, a garantire equità di accesso ai servizi di salute mentale a ogni cittadino senza discriminazioni di nessun genere, a garantire la territorializzazione dell'assistenza privilegiando la prossimità e l'accessibilità, a promuovere l'integrazione e la collaborazione tra le varie competenze inserite nella nuova architettura organizzativa del dipartimento di salute mentale come previsto all'art. 5 comma 2, a promuovere l'integrazione con i servizi socio-sanitari confinanti e con gli enti pubblici e privati concorrenti, a garantire le prestazioni di maggiore efficacia e basate su prove di evidenza scientifica, a mettere al centro l'utente e i suoi familiari valorizzandone il sapere esperienziale, a promuovere percorsi di cura centrati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, a riconoscere priorità agli interventi finalizzati alle aree del lavoro, dell'abitare e della socialità, a ridefinire gli indirizzi ottimali in materia di personale, formazione e miglioramento continuo della qualità, a coinvolgere gli utenti nei propri percorsi di cura secondo i principi della recovery e a definire percorsi di cura a varia complessità omogenei a livello nazionale e definiti all'interno dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

##### Articolo 2 (Obiettivi).

Impegna il Servizio sanitario nazionale, d'intesa con le regioni e con le province autonome, a perseguire come principali obiettivi l'integrazione nella promozione della salute mentale di tutti i portatori di interesse, a promuovere nell'utente e nei suoi familiari la fiducia e la speranza nei percorsi di cura loro offerti, a coinvolgere concretamente gli utenti e i loro familiari nei percorsi di cura e a promuoverne la partecipazione attiva e responsabile in tutte le aree della salute mentale.

##### Articolo 3 (Nuovo piano nazionale per la salute mentale).

Impegna il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata, a emanare, entro sei mesi dalla data di entrata della legge, un nuovo piano nazionale per la salute mentale che contenga le linee guida di cui all'articolo 4, le linee di indirizzo di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale e i LEA concernenti la salute mentale.

##### Articolo 4 (Definizione delle linee guida).

Indica le linee guida da attivare a livello nazionale concernenti i requisiti minimi di qualità dei luoghi dove si erogano prestazioni di salute mentale, la facilità di accesso e la sicurezza degli stessi, i requisiti per la valutazione delle prestazioni erogate secondo un ordine di priorità e il coinvolgimento degli utenti e dei loro familiari, le modalità di presa in carico concernenti gli utenti a maggiore carico e con scarso o nullo tasso di adesione ai percorsi di cura, le modalità di presa in carico concernenti gli utenti a minore carico ma con una significativa compromissione della qualità di vita, i percorsi volti a garantire le cure appropriate a

fronte di patologie fisiche che possono determinare una minore aspettativa di vita degli utenti, il monitoraggio dei fattori di rischio concernente l'uso degli psicofarmaci e più in generale lo stile di vita, le modalità di recupero degli utenti che hanno abbandonato i servizi di salute mentale senza averlo concordato, le modalità di coinvolgimento degli utenti in tutti gli ambiti che li vedono coinvolti e a tutti i livelli, nonché le strategie di promozione e di prevenzione della salute mentale.

## Il Capo II

Il capo II si pone come obiettivo, attraverso dieci articoli, la formulazione delle caratteristiche fondamentali dei dipartimenti di salute mentale e la declinazione delle azioni e delle aree di intervento che maggiormente qualificano e garantiscono quanto prioritariamente deve essere realizzato dai dipartimenti in materia di prevenzione, cura e riabilitazione del disagio e del disturbo psichico.

### Articolo 5 (Dipartimento di salute mentale).

Ripropone, opportunamente rivisitati, i fondamentali del dipartimento di salute mentale come unità organizzativa centrale nell'erogazione delle prestazioni attinenti alla salute mentale, riattualizzando quanto previsto dal citato progetto obiettivo «Tutela della salute mentale 1998-2000». L'articolo, prevedendo il coinvolgimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di uniformare i dipartimenti di salute mentale in tutto il territorio nazionale, ne prevede una composizione omogenea includendo tra le loro competenze le dipendenze patologiche, l'alcolologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia e i disturbi del comportamento alimentare, in una logica e in una pratica di forte integrazione e collaborazione. Sono inoltre definiti gli ambiti di popolazione, i profili professionali e i collegamenti strutturati con tutte le realtà operative confinanti e concorrenti.

### Articolo 6 (Accoglienza).

Valorizza, anche attraverso operatori dedicati e utenti esperti in supporto tra pari, il valore dell'accoglienza, in tutte le aree del dipartimento, sempre pronta e attenta, centrata sull'ascolto, sulla fiducia, sulla cortesia e sul rispetto, quale momento fondamentale per avviare un percorso di cura il più appropriato possibile.

### Articolo 7 (Continuità nella referenza di cura).

Intende garantire a ogni utente la presenza di operatori stabili nel tempo, referenti per tutte le aree operative del dipartimento di salute mentale presso il quale l'utente è seguito nei momenti diversi del suo percorso di cura e dei servizi confinanti in modo da assicurare una presa in carico e un punto di riferimento stabile nel tempo.

### Articolo 8 (Ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari).

Riconosce il valore fondamentale del ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari, del coinvolgimento nel percorso di cura del proprio congiunto e della valorizzazione del loro sapere esperienziale. Su queste basi è offerta ai familiari una molteplicità di percorsi coerenti con quanto oggetto di evidenza scientifica.

### Articolo 9 (Supporto tra pari).

Riconosce valore fondamentale al sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale, secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari. A tale scopo, d'intesa con le loro associazioni, sono organizzati corsi di formazione che attivano gli Esperti in Supporto tra Pari (ESP). Gli ESP mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale a utenti e familiari in difficoltà, operando in tutte le aree operative del dipartimento di salute mentale, collaborano con gli operatori, promuovono fiducia e speranza verso le prestazioni offerte e favoriscono la centralità dell'utente nel proprio percorso di cura.

### Articolo 10 (Condivisione dei percorsi di cura: il patto di cura).

Promuove percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, operatori e familiari, finalizzati ad accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori. Il patto di cura è articolato in sezioni, che riguardano le aree principali del percorso di cura e che ogni partecipante può sottoscrivere e condividere con gli altri partecipanti. Il patto di cura è accompagnato da un garante esterno, per esempio un ESP dove sono presenti, per favorire al meglio un confronto costruttivo e paritario.

### Articolo 11 (Gestione delle situazioni di crisi a livello territoriale).

Si impegna a garantire risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi. La risposta deve essere garantita entro la giornata, o al più tardi entro le 24 ore, mettendo in campo tutte le risorse più appropriate e coinvolgendo tutti coloro che, a vario titolo, possono dare un proprio contributo

nell'intervento. È fondamentale spendere tutte le possibili risorse per accompagnare l'utente in un percorso che lo veda aderire volontariamente alla proposta di cura, utilizzando al meglio gli operatori che lo hanno in carico, gli ESP e quanti hanno capacità di incidere positivamente sulla sua situazione critica, nei tempi, nei luoghi e nei modi più utili al fine di evitare accertamenti o trattamenti obbligatori.

Articolo 12 (Gestione delle situazioni di crisi a livello ospedaliero).

Conferma quanto già previsto dalla legge 180 in materia di ricoveri volontari e obbligatori in regime ospedaliero, con una attenzione particolare a possibili ricoveri di minori, per cui vanno individuate offerte alternative al ricovero in SPDC, e pone come obiettivo qualificante la prevenzione della contenzione fisica, ai sensi di quanto disposto dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome, nonché l'abolizione totale della contenzione fisica entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Articolo 13 (Azioni finalizzate all'individuazione di soluzioni abitative e per l'inserimento lavorativo e sociale).

Prevede operatori dedicati alle aree dell'abitare, del lavoro e della socialità, considerati settori di assoluta priorità per offrire percorsi di cura integrati e appropriati, con particolare riferimento agli utenti con maggiori difficoltà. Per l'abitare vuole soprattutto promuovere soluzioni che promuovano autonomia, responsabilità e recupero, quali le convivenze tra utenti e le accoglienze da parte di famiglie o di singoli disponibili in grado di offrire contesti ricchi di affettività. Per l'inserimento nel mondo del lavoro, oltre a utilizzare quanto previsto da leggi nazionali e regionali, si valorizzano competenze specifiche espresse dal mondo del volontariato tramite cittadini competenti. Per l'inserimento sociale si coinvolgono tutte le possibili risorse, pubbliche e private, attive in materia di inclusione sociale.

Articolo 14 (Erogazione delle prestazioni).

Privilegia le prestazioni erogate direttamente dai dipartimenti di salute mentale e quelle co-prodotte in una logica di co-progettazione e di condivisione di pratiche e di obiettivi con particolare riferimento a realtà associative che vedono al loro interno utenti e familiari.

### Il Capo III

Il capo III si pone come obiettivo, attraverso sette articoli, di affrontare temi che vertono sull'integrazione del Dipartimento di salute mentale con altri ambiti concorrenti o che afferiscono al Dipartimento al di fuori delle attività di cura e riabilitazione trattate al Capo II.

Articolo 15 (Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti penitenziari e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - REMS).

Attiva i dipartimenti di salute mentale affinché prevedano progetti che intervengano nella drammatica situazione penitenziaria con particolare riguardo a detenuti affetti da disagi psichici e con misure alternative al ricorso alla detenzione negli istituti penitenziari e alle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) in stretta collaborazione e continuità con la rete delle aree operative dei dipartimenti di salute mentale. La normativa proposta è in linea con il decreto-legge n. 52 del 2014, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 81 del 2014, che ha sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e che promuove nelle REMS progetti individualizzati per limitare al massimo la permanenza degli utenti, anche attraverso percorsi formativi rivolti agli operatori dedicati. Richiama il pronunciamento della Corte Costituzionale di cui alla sentenza del 27.1.2022 n. 22.

Articolo 16 (Promozione della salute mentale e prevenzione).

Considera le attività volte alla promozione e alla prevenzione della salute mentale come priorità di salute pubblica. Tali attività competono a una pluralità di soggetti pubblici e privati che hanno una finalità concorrente in materia e non ai soli dipartimenti di salute mentale. Per raggiungere gli obiettivi tale pluralità di soggetti è impegnata a intervenire sui determinanti sociali che concorrono a migliorare la qualità della vita e l'inclusione comunitaria. Nel piano nazionale per la salute mentale è prevista una strategia articolata per contrastare stigma e pregiudizi verso la malattia mentale, concernente tutto il ciclo di vita e con un'attenzione prioritaria al mondo della scuola e alle famiglie, a vario titolo, in difficoltà. È prevista inoltre una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio, secondo gli indirizzi dell'Organizzazione mondiale della sanità. Prevede la partecipazione attiva di utenti e familiari in tutte le attività previste.

Articolo 17 (Integrazione socio-sanitaria).

Vede nell'integrazione socio-sanitaria un fattore fondamentale per le prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale, con particolare riferimento ai diritti di cittadinanza, a partire dall'abitazione, dal lavoro e dalla socialità. Nelle situazioni a particolare tasso di complessità socio-sanitaria è attivabile un budget dedicato, finanziato e co-gestito dai diversi enti coinvolti al fine di corrispondere al meglio ai bisogni complessi dell'utente.

Articolo 18 (Diritto alla salute fisica delle persone affette da disturbo mentale).

Promuove la sicurezza dei trattamenti e la parità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche, al fine di garantire la stessa aspettativa di vita alle persone affette da disagio o disturbo mentale rispetto a quella garantita alla popolazione generale, attivando altresì programmi specifici concernenti fumo, alcol, alimentazione e attività fisica.

Articolo 19 (Formazione).

Garantisce a tutte le figure professionali la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione continua a partire dagli ambiti previsti nella legge, assicurando, inoltre, un pacchetto informativo e formativo agli utenti e ai familiari di almeno 40 ore all'anno, con particolare riguardo ai principi e agli obiettivi della presente legge.

Articolo 20 (Sistema informativo e ricerca).

Vuole implementare l'informatizzazione dei dipartimenti di salute mentale, sia a livello prestazionale che di efficacia e di esito. A tale fine attiva collaborazioni con le università e con tutti i portatori di interesse e promuove controlli di qualità utilizzando organismi indipendenti.

Articolo 21 (Ruolo e rapporti con l'università).

Intende integrare al meglio le cliniche e gli istituti universitari di psichiatria all'interno dei dipartimenti di salute mentale, secondo logiche e pratiche di collaborazioni paritarie, nonché valorizzare nei piani di studi delle scuole di specializzazione in psichiatria i contenuti della presente legge.

#### Il Capo IV

Il capo IV, attraverso tre articoli, istituisce l'Osservatorio nazionale e gli Osservatori regionali per la salute mentale e stabilisce le disposizioni finanziarie.

Articolo 22 (Osservatorio nazionale per la salute mentale).

Istituisce presso il Ministero della salute l'Osservatorio nazionale per la salute mentale. L'Osservatorio è composto da 23 membri: esperti e rappresentanti delle regioni, degli utenti e dei familiari, delle realtà portatrici di interessi e degli operatori. L'Osservatorio orienta e monitora le politiche sulla salute mentale a livello nazionale. In particolare contribuisce a fornire gli strumenti per la verifica dei risultati, a definire gli standard minimi connessi ai trattamenti posti in essere dai dipartimenti di salute mentale, a sviluppare e a consolidare nuovi modelli organizzativi, nonché a fornire consulenza al Ministro della salute per tutto quanto concerne le politiche di salute mentale.

Articolo 23 (Osservatori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale).

Istituisce presso le regioni e le province autonome osservatori per la salute mentale, composti fino a un massimo di 21 membri: esperti, rappresentanti degli utenti e dei familiari, delle realtà portatrici di interesse e degli operatori. Gli Osservatori regionali e delle province autonome collaborano con l'Osservatorio nazionale ed esercitano funzioni di orientamento e di monitoraggio delle politiche di salute mentale nel territorio di competenza, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.

Articolo 24 (Disposizioni finanziarie).

Si pone l'obiettivo, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, di razionalizzare l'impiego delle risorse destinate alla salute mentale, attribuendo priorità al finanziamento dei progetti innovativi conformi alle finalità della presente legge e al contenimento della spesa relativa alle strutture residenziali a cosiddetta alta protezione. Si prevede, inoltre, che, al settore della salute mentale sia destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale, a maggior ragione a fronte di una proposta di allargamento delle competenze attribuite ai dipartimenti di salute mentale. E parimenti vogliamo garantire una dotazione di personale che sia sufficientemente adeguata ai fabbisogni oggi in larga parte inevasi.

Infine, per la realizzazione dei citati progetti innovativi è istituito un apposito fondo di 50 milioni di euro annui a partire dall'anno successivo a quello della data di entrata in vigore della presente legge,

privilegiando progetti a basso costo che prevedono percorsi di recovery, la partecipazione attiva di utenti e di familiari, nonché interventi per l'inserimento lavorativo e per la residenzialità leggera.

## PROPOSTA DI LEGGE

### CAPO I

#### PRINCÌPI GENERALI

##### ART. 1.

###### (Finalità)

1. La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, degli articoli 34, 35 e 36 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, del progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000» di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999, del Libro Verde «Migliorare la salute mentale della popolazione – Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea », di cui alla comunicazione COM (2005) 484 della Commissione europea del 14 ottobre 2005, della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, approvata a New York il 13 dicembre 2006 e resa esecutiva dalla legge 3 marzo 2009, n. 18, del Piano di azioni nazionale per la salute mentale approvato dalla Conferenza unificata il 24 gennaio 2013, del Piano di azione per la salute mentale 2013-2020 dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei livelli essenziali di assistenza (LEA) per l'anno 2016, nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali, persegue le seguenti finalità:

- a) rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione ed esclusione nei confronti delle persone affette da disagio o disturbo mentale e per promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza e umani;
- b) 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;
- c) garantire equità di accesso ai dipartimenti deputati alla salute mentale a tutte le persone affette da disagio o disturbo mentale, indipendentemente da età, sesso, situazione socio-economica, razza e orientamento sessuale secondo il principio di uguaglianza, al fine di avviare al meglio percorsi di cura e di recovery per raggiungere la migliore condizione possibile di salute psichica e fisica e di qualità della vita;
- d) garantire il massimo livello di integrazione e collaborazione tra le diverse competenze attribuite al dipartimento di salute mentale, come all'art. 5 comma 2, a fronte di un incremento di patologie di confine, in specie tra salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e SerD e di una situazione a tutt'oggi gravemente carente al riguardo, anche a seguito della pandemia di Covid 19;
- e) garantire interventi e supporti assistenziali nel normale ambiente di vita della persona affetta da disagio o disturbo mentale, con particolare riguardo alle fasi critiche della malattia e alle situazioni di urgenza e secondo il principio della massima prossimità e accessibilità;
- f) promuovere la collaborazione e l'integrazione dei settori pubblici della sanità, dell'istruzione, del lavoro, della giustizia, dell'abitare e dell'assistenza sociale con altri settori quali la cooperazione sociale, l'associazionismo, il terzo settore e il quarto settore e ogni altra realtà strutturata che persegue le medesime finalità;

- g) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di percorsi di cura personalizzati, fondati sui principi della recovery, sulla condivisione paritaria e la qualità delle relazioni tra utenti, familiari e operatori, volti al miglioramento complessivo dell'assistenza alla malattia mentale e al fine di accrescere l'adesione ai trattamenti, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, basate su prove di evidenza scientifica, sicure e centrate sull'utente, sui suoi progetti, sui suoi desideri e realizzate prioritariamente nel suo ambito relazionale e nel suo contesto di vita sociale con particolare riguardo alla sua partecipazione attiva, alla sua responsabilità e consapevolezza;
- h) definire linee guida volte ad assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni che metta al centro l'utente e i familiari, valorizzi il loro sapere esperienziale e ne promuova un ruolo di partecipazione attiva nella co-progettazione e co-produzione delle prestazioni;
- i) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura, nel contesto di vita, fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, su percorsi di recovery e sul supporto tra pari;
- l) riconoscere valore fondamentale al reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente e dei familiari;
- m) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale;
- n) ridefinire gli indirizzi in materia di personale, di qualità e di formazione nel settore della salute mentale, attraverso la riqualificazione delle strutture, la garanzia di adeguati standard di personale qualificato e di appropriate risorse finanziarie;
- o) emancipare e responsabilizzare le persone affette da disagio o disturbo mentale, al fine di rafforzarne il coinvolgimento nel patrocinare i propri diritti nelle politiche di salute mentale;
- p) predisporre percorsi di cura con livelli di complessità crescente, omogenei nel territorio nazionale e definiti all'interno dei LEA, da attuare nel piano generale di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale;
- q) aggiornare costantemente l'organizzazione e la qualità delle prestazioni in tema di salute mentale, in coerenza con i pronunciamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, delle linee guida e della letteratura internazionale, con particolare riguardo ai principi e ai percorsi ispirati alla recovery e alle finalità e agli obiettivi della presente legge.

## ART. 2

### (Obiettivi)

1. Il Servizio sanitario nazionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, in accordo tra loro, fermi restando gli obiettivi di cui all'articolo 2 della legge 833 del 23 dicembre 1978 n. 833, perseguono i seguenti obiettivi:
  - a) garantire l'integrazione delle attività di promozione della salute mentale, della prevenzione dei disagi e dei disturbi mentali e della loro cura a tutti i livelli, con particolare attenzione all'integrazione e alla collaborazione a fronte della nuova architettura organizzativa prevista per i dipartimenti di salute mentale, attraverso tutte le realtà pubbliche e private coinvolte e tutti i portatori di interesse;
  - b) promuovere e sviluppare nell'utente e nei familiari la fiducia e la speranza nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni erogate ai fini del buon esito dei percorsi di cura, orientati alla recovery;
  - c) coinvolgere concretamente gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuoverne la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in materia di salute mentale e alla loro co-progettazione e co-produzione.

## ART. 3

### (Nuovo piano nazionale per la salute mentale)

1. Il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22 della presente legge, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, un nuovo piano nazionale per la salute mentale.
2. Il nuovo piano nazionale per la salute mentale contiene le linee guida di cui all'articolo 4, le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale di cui all'articolo 5 e i LEA concernenti la salute mentale, con particolare attenzione alla nuova architettura dipartimentale che vede presenti nuove

competenze operative che allo stato soffrono di livelli di integrazione e collaborazione ancora decisamente insufficienti.

3. Le linee guida e le linee di indirizzo di cui al comma 2 sono sottoposte a revisione triennale con le modalità stabilite dal comma 1.

#### ART. 4

(Definizione delle linee guida)

1. Le linee guida contenute nel nuovo piano nazionale per la salute mentale sono volte a indicare a livello nazionale:

- a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi nei quali si erogano le prestazioni di salute mentale tenendo conto della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso a essi nonché della sicurezza dei medesimi luoghi per gli operatori che vi prestano la loro attività e per gli utenti e i familiari che vi accedono;
- b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle prestazioni erogate e dei relativi indicatori, con particolare riferimento alla prima accoglienza e all'accoglienza in generale in tutte le aree del dipartimento, al clima relazionale ispirato a fiducia e speranza, al sostegno e al coinvolgimento dei familiari, alla integrazione e alla collaborazione attiva e fattiva tra le diverse competenze operative della nuova architettura dipartimentale, di cui all'art 5 comma 2, in specie tra salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e SerD, alla condivisione dei percorsi di cura, a partire dalla centralità e dalla partecipazione attiva dell'utente, alla priorità assegnata ai principi e ai percorsi della recovery, alla risposta alle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi e al contenimento dei Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), alla riduzione fino alla abolizione della contenzione fisica come richiamato all'articolo 12, alla continuità dell'assistenza, all'integrazione sociale, alle risposte fornite alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa, al grado di soddisfazione di utenti e familiari nel rapporto con gli operatori e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate;
- c) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali severi o complessi, con particolare riferimento agli utenti con scarsa adesione alle cure e a più alto rischio di deriva o di esclusione sociale e nelle aree di confine e di transizione per età o per patologia;
- d) le modalità di recupero degli utenti che hanno abbandonato il servizio di salute mentale senza averlo concordato, con particolare riferimento agli utenti con patologie severe, i cosiddetti «persi di vista», indicatore fondamentale per valutare l'efficacia dell'operato del dipartimento;
- e) le modalità di presa in carico delle persone affette da disturbi mentali a minore impatto psico-sociale, ma che comportano comunque livelli significativi di sofferenza e di compromissione della qualità della vita;
- f) i percorsi volti a garantire a tutte le persone affette da disturbo mentale le cure appropriate, a fronte di patologie fisiche, per contrastarne la minore aspettativa di vita;
- g) le modalità di monitoraggio degli indicatori di salute e dei relativi fattori di rischio, con particolare riguardo all'uso degli psicofarmaci, ai loro effetti collaterali e ai programmi finalizzati alla riduzione dei loro dosaggi, nonché ai programmi di educazione alla salute che promuovano un positivo cambiamento nello stile di vita delle persone affette da disagio o disturbo psichico;
- h) le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari in tutti gli ambiti che li vedono direttamente coinvolti e in tutte le scelte di progettazione e di realizzazione degli interventi in materia di salute mentale;
- i) le strategie di promozione della salute mentale e di prevenzione dei disturbi mentali e dei tentativi di suicidio e di suicidio.

#### Capo II

#### I DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALI: CARATTERISTICHE FONDAMENTALI E AZIONI PRIORITARIE

#### ART. 5

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il dipartimento di salute mentale, che ha natura strutturale, in conformità al progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000» di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 274 del 22 novembre 1999, è l'unità organizzativa fondamentale, istituita presso ogni azienda sanitaria locale, che coordina e assicura direttamente o indirettamente tutti gli

interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale ed educazione sanitaria alle persone di età correlata alle diverse aree di competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale come rivisitati nella propria architettura organizzativa, secondo il comma successivo del presente articolo.

2. Al fine di garantire in tutto il territorio nazionale omogeneità di assetti organizzativi, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvede a uniformare la composizione del dipartimento di salute mentale includendo tra le sue competenze le dipendenze patologiche, l'alcolologia, la neuropsichiatria infantile, la psicologia clinica e i disturbi del comportamento alimentare.

3. Al fine di cui al comma 2, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano definisce la popolazione di riferimento dei dipartimenti di salute mentale e dei centri di salute mentale che rappresentano le loro articolazioni operative principali. I dipartimenti non possono avere un bacino di utenza superiore a 600.000 abitanti e i centri non possono avere un bacino di utenza superiore a 150.000 abitanti. Sono previste deroghe per le zone a bassa densità abitativa.

4. Le regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, assicurano che ciascun dipartimento di salute mentale sia dotato di personale almeno nei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo, nonché altro personale qualora il dipartimento includa nuove aree disciplinari, o altro personale quale quello di cui all'articolo 9 della presente legge.

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

6. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone, nell'ambito del nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3, le linee di indirizzo per la riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

#### ART. 6

##### (Accoglienza)

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale, anche avvalendosi di operatori dedicati e degli Esperti in Supporto tra Pari (ESP) di cui all'articolo 9, ove presenti, provvedono a fornire sempre, in tutte le aree del dipartimento, una accoglienza pronta e attenta, centrata sull'ascolto, sulla fiducia, sulla cortesia e sul rispetto, a utenti e a familiari che a vario titolo si presentano nelle diverse aree operative, quale parte fondamentale dei progetti personalizzati, al fine di avviare il percorso di cura più appropriato, atto a promuovere subito un rapporto basato sulla comprensione, sulla fiducia e sulla speranza, nell'ambito di tutte le aree di intervento del dipartimento di salute mentale, integrate tra loro, anche ai sensi di quanto previsto all'articolo 4, comma 1, lettera b.

#### ART. 7

##### (Continuità nella referenza di cura)

1. Nelle diverse fasi del percorso di cura il dipartimento di salute mentale assicura a ogni persona in carico la presenza di un medico o di uno psicologo specialista nell'area di competenza operativa di riferimento dell'utente, e nelle situazioni di particolare complessità, di un operatore di riferimento, che gestisca i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti a vario titolo nel percorso medesimo, con funzioni di case manager.

2. Il dipartimento di salute mentale informa l'utente e i familiari dell'individuazione dello psichiatra di riferimento e del case manager e della facoltà di rivolgersi a loro e fornisce la garanzia per acquisire ogni informazione utile ad accompagnare il percorso di cura.

3. Il dipartimento di salute mentale si impegna a mantenere il più possibile stabili nel tempo gli operatori referenti del singolo percorso di cura, fatto salvo la richiesta motivata di cambiamento dello/degli stesso/stessi da parte dell'utente o dei familiari se sono delegati a tale fine dall'utente.

#### ART. 8

(Ascolto, sostegno e coinvolgimento dei familiari)

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce valore fondamentale all'ascolto e al sostegno dei familiari, nonché al loro coinvolgimento nel percorso di cura dell'utente e ne valorizza il sapere esperienziale.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, i dipartimenti di salute mentale garantiscono le seguenti iniziative nei confronti dei familiari:

a) incontri con finalità informativa, psico-educativa e di confronto e di scambio di saperi;

b) la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto;

c) gruppi di incontro finalizzati ad approfondire tematiche specifiche;

d) sportelli dedicati per l'ascolto e la raccolta di proposte, di reclami e di critiche possibilmente costruttive;

e) l'offerta di partecipare ai corsi di cui all'articolo 9 finalizzati alla formazione di ESP.

#### ART. 9

(Supporto tra pari)

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il valore del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne valorizza e promuove l'impiego nell'ambito di tutte le aree operative dei dipartimenti di salute mentale.

2. Il Ministro della salute con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari, come sostenuto nei pronunciamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

3. Per gli utenti e per i familiari che partecipano ai modelli operativi di cui al comma 2, le regioni organizzano corsi di formazione, d'intesa e in collaborazione con le loro associazioni rappresentative, finalizzati alla valorizzazione del loro sapere esperienziale e a fornire le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

4. Gli utenti e i familiari che partecipano con esito positivo ai corsi di formazione di cui al comma precedente sono denominati Esperti in Supporto tra Pari (ESP).

5. Gli ESP, sulla base degli indirizzi definiti dall'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22 e in coerenza con il nuovo piano nazionale per la salute mentale operano in tutte le aree operative dei dipartimenti di salute mentale, mettono a disposizione il proprio sapere esperienziale agli altri utenti e familiari assistiti dai medesimi dipartimenti, collaborando, altresì, con gli operatori al fine di promuovere un atteggiamento di fiducia e di speranza nei riguardi delle prestazioni e dei trattamenti erogati, nonché di promuovere il ruolo centrale degli utenti nei rispettivi percorsi di cura. Gli ESP utenti sono attivati in prestazioni di supporto e di sostegno rivolte a utenti in situazioni di disagio. Gli ESP familiari sono attivati in prestazioni di supporto e di sostegno rivolte a familiari in situazione di disagio. Dette prestazioni sono erogabili in tutte le aree del dipartimento di salute mentale. Le regioni, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvedono a stabilire che l'attività prestata dagli ESP ai sensi del presente comma sia remunerata, direttamente dai dipartimenti interessati o per il tramite di cooperative o associazioni partner, ai sensi della normativa vigente e sentito l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22. Parimenti sono impegnate a valutare i possibili percorsi amministrativi e/o legislativi finalizzati a strutturare rapporti di collaborazione coordinata e continuativa con gli ESP, come identificati nel presente articolo e come già sperimentato con pieno successo attraverso convenzioni ad hoc stipulate tra ASL e/o Regioni e Province autonome e terzo settore e associazioni impegnate in salute mentale.

#### ART. 10

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

1. Il dipartimento di salute mentale, tenendo conto degli indirizzi forniti dall'Osservatorio nazionale e dagli Osservatori regionali e delle province autonome di cui agli articoli 22 e 23 e in coerenza col nuovo piano nazionale per la salute mentale, adotta strumenti cartacei e informatici finalizzati a promuovere percorsi di cura fondati sui principi e sui percorsi della recovery, sulla condivisione paritaria tra utenti, familiari e operatori, ai sensi dell'articolo 1, al fine di accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare la qualità delle relazioni tra utenti, familiari e operatori, fermo restando la centralità dell'utente dei suoi progetti e dei suoi desideri nel percorso di cura, la sua partecipazione attiva, la sua responsabilità e la sua consapevolezza.
2. Gli strumenti di cui al comma 1 costituiscono il patto di cura e sono parte integrante della cartella clinica dell'utente.
3. Il patto di cura è concordato tra l'utente, i familiari, gli operatori e altre figure indicate dagli stessi, con particolare riguardo a quelle indicate dagli utenti, durante incontri periodici, a cadenza almeno trimestrale.
4. Il patto di cura si articola in sezioni riferite a:
  - a) verificare le informazioni ricevute dall'utente sulle offerte del Servizio, la diagnosi, i farmaci, e se carenti o assenti far sì che vengano fornite;
  - b) far esprimere l'utente in aree quali la consapevolezza, la fiducia e la speranza, il carico emotivo, gli obiettivi e i desideri, la qualità delle relazioni con gli altri partecipanti;
  - c) verificare le aspettative reciproche dei singoli partecipanti, con particolare riferimento alle aree dell'abitare, del lavoro e della socialità;
  - d) registrare e utilizzare i segni precoci in caso di crisi e i desideri in caso di crisi;
  - e) registrare gli interventi finalizzati a garantire la consapevolezza e la condivisione del percorso di cura.
5. Per ciascuna sezione del patto di cura ogni partecipante sottoscrive i propri impegni, finalizzati al buon esito del percorso di cura e che possono essere individuali o condivisi con gli altri partecipanti e che saranno verificati e se necessario aggiornati negli incontri successivi.
6. Il patto di cura non costituisce vincolo giuridico formale ed è volto a stimolare la massima assunzione di responsabilità possibile in tutti i partecipanti e la centralità dell'utente nel percorso di cura. Il patto di cura è proposto in via prioritaria, ma non esclusiva, agli utenti a maggiore complessità. L'adesione al patto di cura è su base volontaria e può essere lo stesso utente a chiederne l'attivazione.
7. Per facilitare e tutelare un confronto costruttivo e paritario, i partecipanti al patto di cura nominano un garante esterno individuato tra gli ESP, ove presenti, o tra soggetti esterni che abbiano svolto attività di volontariato nel settore delle malattie mentali e abbiano maturato adeguate competenze. Il garante non può esprimersi sul percorso di cura, né su eventuali altri interventi connessi alla cura. Il garante è chiamato a ottemperare alla legislazione vigente in materia di tutela della riservatezza.

#### ART. 11

(Gestione delle situazioni di crisi a livello territoriale)

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale, garantiscono risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di urgenza, di emergenza e di crisi degli utenti.
2. Il dipartimento di salute mentale è tenuto ad assicurare con la massima tempestività e comunque entro 24 ore dalla segnalazione il proprio intervento, anche a domicilio, o in altro luogo che risulti più appropriato, per la gestione della situazione di urgenza, di emergenza e di crisi dell'utente avvalendosi di operatori dedicati del medesimo dipartimento, e di ESP se presenti, e coinvolgendo attivamente lo stesso utente, i familiari, il medico di medicina generale, e altre persone se ritenute utili al perseguimento dell'obiettivo, compresi i servizi socio-sanitari già coinvolti nella situazione o di cui si ravvisa la necessità di un coinvolgimento, nonché le unità mediche di pronto intervento. In caso di mancata collaborazione dell'utente, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno, compresa la visita al domicilio dello stesso utente e comunque privilegiando sempre gli interventi posti in essere nei luoghi di vita abituali dell'utente e negoziando il più possibile l'adesione volontaria al trattamento proposto. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi in condizione di visitare il paziente e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, propongono all'autorità competente un accertamento sanitario obbligatorio (ASO), ai sensi dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978 n. 833. Qualora nell'effettuazione dell'ASO gli operatori medici accertino la presenza dei requisiti previsti dalla legge per un

trattamento sanitario obbligatorio (TSO), dopo aver esperito senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente al ricovero, come previsto dalla legge, propongono il TSO all'autorità sanitaria locale competente.

3. Qualora sia possibile adottare efficaci misure extraospedaliere, il TSO può essere effettuato presso il domicilio dell'utente, presso il centro di salute mentale o presso un altro luogo ritenuto idoneo.

4. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, dopo il secondo periodo sono aggiunti: "Contestualmente alla convalida del TSO da parte dell'autorità sanitaria locale competente, il giudice tutelare può nominare un garante. Il garante è scelto tra le persone iscritte a un apposito albo istituito presso l'ufficio del giudice tutelare, d'intesa tra lo stesso giudice e l'osservatorio regionale o della provincia autonoma competente, di cui all'articolo 23, e agisce al fine di verificare il rispetto dei diritti della persona sottoposta a TSO e di sostenerla nella negoziazione del programma di cura, favorendo il più possibile il consenso al trattamento. Il garante deve possedere comprovate competenze giuridico-relazionali ed essere accettato dall'utente interessato".

#### ART. 12

(Gestione delle situazioni di crisi a livello ospedaliero)

1. Qualora la situazione di crisi non sia gestibile a livello territoriale ai sensi dell'articolo 11, l'utente è ricoverato, in regime di trattamento sanitario volontario (TSV) o di TSO, se ne ricorrono i requisiti di legge, presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) dell'ospedale competente per territorio.

2. Gli SPDC operano in conformità a quanto disposto dalla presente legge, per la prevenzione della contenzione fisica ai sensi del documento 10/081/CR07/C7 della Conferenza delle regioni e delle province autonome del 29 luglio 2010, recante raccomandazioni circa «La contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione».

3. Una particolare attenzione va riservata ai potenziali ricoveri in SPDC che riguardano la fascia di età inferiore ai 18 anni, per cui occorre formulare nelle linee guida di cui all'art. 4 percorsi alternativi al ricovero in SPDC, ferma restando una stretta collaborazione con l'area di competenza della neuropsichiatria infantile che mantiene la referenza del caso;

4. A decorrere da tre anni dall'entrata in vigore della presente legge il ricorso a misure di contenzione fisica presso gli SPDC e in ogni altra area di lavoro del dipartimento di salute mentale o ad esso collegata è vietato. Gli SPDC sono comunque impegnati a ridurre percentualmente su base annua il numero delle contenzioni fisiche al fine di favorire l'abolizione del ricorso a esse nei tempi previsti dal presente comma. Altrettanta attenzione va rivolta alla riduzione delle misure di contenimento farmacologico, attraverso protocolli e linee guida che limitino l'uso degli psicofarmaci alle quantità minime indispensabili e per il tempo minore possibile, come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

#### ART. 13

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

1. Il dipartimento di salute mentale dispone di aree di attività e di operatori dedicati per le azioni di cui al presente articolo.

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

3. I percorsi di residenzialità devono individuare le soluzioni abitative più adatte a promuovere negli utenti autonomia, responsabilità e recovery, quali appartamenti a bassa protezione, libere convivenze tra utenti e accoglienze da parte di famiglie disponibili e di cittadini in grado di offrire contesti relazionali affettivamente ricchi ed emotivamente centrati su ascolto e fiducia, quali ad esempio le accoglienze tra richiedenti asilo e utenti che laddove sperimentate hanno dato ottimi risultati in termini di clima affettivo e di ritrovata autonomia, sia per gli utenti che per i richiedenti asilo.

4. In coerenza con quanto al comma precedente, occorre operare, all'interno del nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3, per contenere il numero di posti letto nelle strutture a cosiddetta alta protezione che prevedono la presenza di operatori h24. A questo scopo vanno ridotti i posti letto nelle strutture ad alta protezione di almeno il 5% su base annua per i cinque anni successivi all'entrata in vigore

della presente legge. Questo a fronte dei loro costi di gestione, che utilizzano una quota parte spesso insostenibile del budget dei dipartimenti di salute mentale con la conseguenza che agli stessi vengono a mancare le risorse da allocare per interventi prioritari territoriali e di recovery quali quelli previsti dalla presente legge, della loro frequente bassa efficacia, in presenza di gestioni spesso a impronta neomanicomiale.

5. I percorsi di inserimento e di reinserimento nel mondo del lavoro di cui al comma 2 devono individuare le situazioni più adatte per l'utente, a partire da quelle che si avvalgono di leggi nazionali o regionali, di inserimenti nelle cooperative sociali, di clausole sociali presenti in appalti che le prevedono a tutela delle fasce deboli. Sono altresì promosse attività di avvicinamento al mondo del lavoro, per utenti non ancora pronti per l'inserimento in percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, valorizzando eventuali competenze professionali specifiche, apportate dal mondo del volontariato, rappresentato da cittadini singolarmente intesi o da loro associazioni.

6. I percorsi di inserimento e di reinserimento sociale devono valorizzare il più possibile risorse e responsabilità degli utenti e promuoverne l'inclusione in percorsi di recovery. Gli operatori dell'area dedicata collaborano con tutte le realtà pubbliche e private che sono attive a livello di inclusione sociale per raggiungere le finalità del presente comma, a partire dalle associazioni di volontariato, con particolare riguardo a quelle operanti nei settori sociali, culturali e sportivi.

#### ART. 14

(Erogazione delle prestazioni)

1. Le prestazioni previste dalla presente legge sono erogate direttamente dal dipartimento di salute mentale, coprodotte o, se erogate da soggetti terzi, monitorate dal dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.

2. Il dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni erogate o coprodotte rispetto a quelle esternalizzate nonché, ove possibile, le prestazioni fornite da cooperative e associazioni di cui fanno parte utenti e familiari e le prestazioni che prevedono l'impiego di ESP o delle loro associazioni rappresentative ovvero che prevedono percorsi di recovery.

3. All'articolo 14, comma 1, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, dopo le parole "degli utenti" sono inserite le seguenti: ",dei loro familiari". Conseguentemente, dopo le parole "organizzazioni di volontariato" sono inserite le seguenti: ",degli utenti e dei familiari degli utenti".

#### CAPO IV

#### ATTIVITA' INTEGRATE DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE

#### ART. 15

(Raccordo tra i dipartimenti di salute mentale, gli istituti penitenziari e le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza)

1. Le persone affette da disturbo mentale hanno diritto a ricevere, anche in condizioni di detenzione, servizi adeguati ai sensi di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, con particolare riferimento alla collaborazione attiva delle équipes dei dipartimenti di salute mentale presso gli istituti penitenziari.

2. All'articolo 1, comma 2, lettera b), del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, dopo le parole "psichico e sociale" sono inserite le seguenti: ", anche attraverso l'impiego del personale del dipartimento di salute mentale competente per territorio".

3. In coerenza con quanto riportato ai commi 1 e 2 del presente articolo, e stante la situazione drammatica delle carceri italiane con particolare riguardo ai detenuti che presentano disagi psichici, nel nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3 della presente proposta, vanno previsti all'interno degli istituti penitenziari aree fruibili di giorno dedicate a specifica assistenza psichiatrica rivolta a detenuti che presentano disturbi psichici importanti. L'assistenza in questione è fornita da personale specialistico presente negli orari di apertura dell'area, fornito dal dipartimento di salute mentale e integrato da educatori afferenti alla struttura

penitenziaria. In tali aree sono presenti un numero di operatori in grado di prestare tutti gli interventi idonei a contrastare e risolvere al meglio il disagio psichico di cui sono portatori i fruitori dell'area, con le stesse modalità attuate nei servizi di salute mentale territoriali. Un operatore del dipartimento di salute mentale, dedicato a tempo pieno, è responsabile dell'area sia sotto il profilo sanitario, ivi compresi gli accessi e le dimissioni, che gestionale.

4. Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui all'articolo 1, comma 1-quater, del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, sono strutture dei dipartimenti di salute mentale integrate con la rete dei propri servizi.

5. I dipartimenti di salute mentale si attivano, nel rispetto della legislazione vigente, per realizzare al proprio interno misure alternative volte a limitare il ricorso alle misure detentive negli istituti penitenziari e alle misure di ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui al comma 3, in favore di percorsi di cura attuati presso la rete delle proprie strutture territoriali.

6. Una REMS non può superare il numero di 20 posti letto. È fatto divieto di aggregare più REMS nello stesso edificio o in edifici attigui. È fatto altresì divieto di ospitare REMS negli ex ospedali psichiatrici giudiziari.

7. Per tutti i soggetti ricoverati presso le REMS sono formulati progetti di cura personalizzati, d'intesa tra la direzione della REMS e il centro di salute mentale competente per territorio. I singoli progetti sono finalizzati a garantire il maggiore collegamento possibile dell'ospite con il proprio territorio di appartenenza, attraverso tutte le azioni riabilitative che possono essere attuate, sia all'interno che all'esterno delle REMS, allo scopo di favorire la rivalutazione della pericolosità sociale del ricoverato da parte dell'autorità competente, e la sua precoce dimissione dalla REMS, anche avvalendosi delle risorse per il rafforzamento delle attività dei servizi previsti dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.

8. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi di quanto previsto dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di preparazione e di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e all'organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale per i pazienti psichiatrici detenuti negli istituti penitenziari, ricoverati presso le REMS o sottoposti a misure alternative nei servizi dei dipartimenti di salute mentale.

9. Il Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA 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, pubblicata nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 105 del 7 maggio 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione delle disposizioni previste dal presente articolo.

10. Il Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, sono impegnati, fermo restando le vigenti normative di legge, a dar corso al pronunciamento emesso dalla Corte Costituzionale con sentenza del 27 gennaio 2022, n. 22.

## ART. 16

(Promozione della salute mentale e prevenzione)

1. È diritto del cittadino fruire di interventi volti alla prevenzione dei disturbi psichiatrici maggiori, dei suicidi e delle dipendenze, in quanto priorità di salute pubblica. Tali interventi competono a una pluralità di soggetti pubblici e privati che hanno finalità concorrenti in materia di salute mentale e non possono essere delegati solo ai dipartimenti di salute mentale.

2. Per conseguire le finalità di cui al presente articolo la pluralità di soggetti di cui al comma 1 sono chiamati a operare su determinanti sociali quali il reddito, la situazione lavorativa, il grado di istruzione, il tenore di vita, la salute fisica, la coesione familiare, la qualità delle relazioni interpersonali nella comunità di appartenenza, l'esposizione a eventi di vita stressanti, le discriminazioni di genere, età, razza ed etnia, le violenze sessuali, gli abusi, i fenomeni migratori e le catastrofi naturali.

3. Nel nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3 è prevista una strategia nazionale di promozione e di prevenzione specifica per la salute mentale realizzata e integrata con i piani di prevenzione

regionali, con particolare riguardo a interventi finalizzati a contrastare, nella popolazione generale e in fasce di popolazione vulnerabili, stigma e pregiudizi verso la malattia mentale.

4. La strategia di cui al comma 3 riguarda l'intero ciclo di vita con particolare attenzione al ruolo della famiglia, della scuola, alla quale è dedicato un impegno prioritario, dei luoghi di lavoro e più in generale dell'intera comunità. Mira a realizzare misure di supporto per la salute mentale in fase prenatale e postnatale, a fornire sostegno alle famiglie per il supporto alla genitorialità, a sviluppare le capacità dell'assistenza sanitaria primaria per la salute mentale, la prevenzione e il riconoscimento precoce di disturbi mentali, nonché l'assistenza psicologica a bassa soglia.

5. È promossa una strategia nazionale per la prevenzione del suicidio rivolta alla popolazione e, in particolare, alle fasce di popolazione a maggiore rischio e che prevede appositi interventi per limitare strumenti e contesti atti a favorire azioni suicidarie

6. In tutte le attività di promozione della salute mentale e prevenzione di cui al presente articolo sono coinvolti utenti e familiari, in quanto portatori della loro testimonianza e del loro sapere esperienziale, elementi fondamentali per raggiungere le finalità del presente articolo.

7. È promossa una cultura di attenzione agli stili di vita sani, in conformità a quanto stabilito dell'Organizzazione mondiale della sanità.

#### ART. 17

(Integrazione socio-sanitaria)

1. Le regioni, nell'ambito dell'azione legislativa di programmazione e di 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. Al fine di cui al comma 1, le regioni programmano l'integrazione dei dipartimenti di salute mentale con gli altri servizi sanitari e sociali, i percorsi socio-sanitari, il supporto sociale di base, il diritto all'abitazione, i percorsi di formazione e di 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 attivare, nelle situazioni di particolare complessità e ad alto bisogno di integrazione socio-sanitaria, d'intesa con i servizi sociali e con altri servizi del privato sociale e del terzo settore, un budget dedicato e finanziato dai diversi enti coinvolti, finalizzato a corrispondere in maniera integrata e appropriata ai bisogni complessi dell'utente e alla conseguente realizzazione del progetto individualizzato.

#### ART. 18

(Diritto alla salute fisica delle persone affette da disturbo mentale)

1. Le persone affette da disturbo mentale, al pari degli altri cittadini, hanno diritto alla tutela della propria salute in generale, come diritto costituzionale, e a ricevere cure adeguate per ogni condizione che lo richieda al fine di fruire del diritto di godere del migliore stato di salute possibile.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, lo Stato promuove la sicurezza dei trattamenti, assicura le stesse possibilità di accesso ai servizi sanitari per le cure fisiche, con particolare riferimento alle malattie cardiovascolari, alle malattie oncologiche, alle patologie odontoiatriche e al diabete, per garantire la medesima aspettativa di vita alle persone affette da disturbo mentale rispetto alla popolazione generale.

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

4. I dipartimenti di salute mentale monitorano gli indicatori di salute e i relativi fattori di rischio, nonché gli effetti indesiderati dei farmaci nelle persone affette da disturbo mentale seguite nelle varie aree degli stessi dipartimenti, d'intesa con gli Osservatori di cui agli articoli 22 e 23 della presente legge.

#### ART. 19

(Formazione e aggiornamento)

1. In conformità a quanto previsto dagli articoli da 16 a 16-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, previo accordo in Conferenza Stato-Regioni al fine di definire il numero minimo delle ore di formazione, è

garantita a livello regionale, attraverso le strutture deputate, interne ed esterne all'azienda sanitaria locale, la pianificazione dell'aggiornamento e della formazione continua, anche sul campo, in favore di tutte le figure professionali attraverso percorsi atti a migliorare la governance, la gestione, il management e gli interventi dei dipartimenti di salute mentale, attraverso le diverse aree operative, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

2. I dipartimenti di salute mentale assicurano agli utenti e ai familiari che hanno in carico almeno 40 ore di informazione e di formazione su base annua, in coerenza con i principi e con gli obiettivi della presente legge.

3. Ai percorsi di informazione e formazione di cui al comma precedente partecipano come docenti ESP e/o utenti e familiari che hanno maturato percorsi di recovery.

#### ART. 20.

(Sistema informativo e ricerca).

1. Con decreto del Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22, da adottarsi entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, sono aggiornati i contenuti del Sistema Informativo per il monitoraggio e la tutela della salute mentale (SIMS) di cui all'articolo 4 del disciplinare tecnico allegato al decreto del Ministro della salute 15 ottobre 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 29 ottobre 2010, n. 254, con particolare riguardo all'inclusione dei dati valutativi riguardanti i requisiti, le modalità, le strategie, come previste dall'articolo 4 della presente legge per monitorare e migliorare il funzionamento complessivo dei dipartimenti di salute mentale, compresi i dati sui tentati suicidi e sui suicidi, allo scopo di migliorare l'offerta dei dipartimenti stessi al riguardo e le strategie di promozione e di prevenzione della salute mentale.

2. I dati prodotti dal SIMS sono trasmessi per opportuna conoscenza a tutte le realtà, a vario titolo interessate alla salute mentale, al fine di renderli il più possibile conosciuti e di conseguenza utilizzati per una corretta lettura della situazione della salute mentale italiana e per stimolarne possibili contributi migliorativi.

3. Il Ministro della salute, d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22, istituisce controlli sulla qualità e sulla sicurezza, effettuati tramite organismi indipendenti dai fornitori dei servizi e con il coinvolgimento di utenti e di familiari e delle loro associazioni.

#### ART. 21.

(Ruolo e rapporti con l'università)

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi accordi ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, 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 di ricerca, su un'area territoriale definita e all'interno del dipartimento di salute mentale.

2. Sono favorite la ricerca e la collaborazione tra dipartimenti di salute mentale e università sulle priorità nazionali in materia di salute mentale con il contributo di tutti i principali portatori di interesse e d'intesa con l'Osservatorio nazionale di cui all'articolo 22.

3. I piani di studio delle scuole di specializzazione in psichiatria, nel rispetto della legislazione vigente, valorizzano e garantiscono l'attuazione delle disposizioni della presente legge nonché delle linee guida e delle linee di riorganizzazione dei dipartimenti di cui agli articoli 4 e 5.

3. Le cliniche psichiatriche universitarie, nel rispetto della legislazione vigente, operano in stretto contatto con i dipartimenti di salute mentale secondo logiche e pratiche di integrazione e di collaborazioni paritarie e d'intesa con il Ministero dell'università e della ricerca.

#### CAPO IV

OSSERVATORIO NAZIONALE E OSSERVATORI REGIONALI E DELLE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO PER LA SALUTE MENTALE E DISPOSIZIONI FINANZIARIE

#### ART. 22.

(Osservatorio nazionale per la salute mentale)

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

2. L'Osservatorio è composto da un rappresentante del Ministero della salute con funzioni di presidente e da ventidue membri di cui:

- a) quattro esperti in materia di salute mentale nominati dal Ministro della salute;
- b) quattro rappresentanti nominati dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;
- c) sei rappresentanti degli utenti e dei familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale e proposti dalle loro associazioni rappresentative;
- d) quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi;
- e) quattro rappresentanti degli operatori proposti dalle loro associazioni rappresentative.

3. L'Osservatorio 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 e per i controlli di qualità di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- 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 delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;
- c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;
- d) contribuisce a sviluppare nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori, pubblici e privati, dagli utenti e dai familiari, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendoli anche in ambito regionale e delle province autonome di Trento e di Bolzano;
- e) coordina le attività di formazione sulle malattie mentali;
- f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del nuovo piano nazionale per la salute mentale previsto dall'articolo 3.

ART. 23.

(Osservatori regionali e delle province autonome di Trento e di Bolzano per la salute mentale).

1. Ogni regione e provincia autonoma, con proprio atto, istituisce un Osservatorio per la salute mentale. Fanno parte dell'osservatorio l'assessore regionale o provinciale competente o un suo delegato, con funzioni di presidente.

2. L'Osservatorio regionale e delle province autonome di Trento e Bolzano è composto in maniera tale da assicurare la presenza, in modo paritario, di esperti in materia di salute mentale, di utenti e familiari per il tramite delle loro associazioni rappresentative, di rappresentanti delle altre associazioni e degli altri enti portatori di interesse, di rappresentanti degli operatori per il tramite delle loro associazioni rappresentative, fino a un massimo di ventuno componenti.

3. L'Osservatorio regionale o della provincia autonoma per la salute mentale collabora con l'Osservatorio nazionale ed esercita funzioni di orientamento e di monitoraggio sulle politiche relative alla salute mentale nel territorio di competenza, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.

4. Le regioni e le province autonome provvedono all'istituzione degli Osservatori di cui al comma 1 e alla nomina dei rispettivi membri entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e ne danno comunicazione al Ministero della salute. In caso di inutile decorso del termine, il Ministro per la salute adotta le misure necessarie per l'attuazione degli Osservatori di cui al comma 1.

ART. 24.

(Disposizioni finanziarie)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tramite le rispettive aziende sanitarie locali, provvedono alla copertura degli oneri diretti e indiretti derivanti dall'attività dei dipartimenti di salute mentale.
2. Anche al fine di garantire standard minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono individuati obiettivi di razionalizzazione e di riequilibrio 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.
3. Al settore della salute mentale è destinata una quota pari ad almeno il 5 per cento delle risorse annuali del Servizio sanitario nazionale, a maggior ragione a fronte di una proposta di allargamento delle competenze attribuite ai dipartimenti di salute mentale.
4. È previsto l'adeguamento degli standard di personale in linea con quanto già individuato nell'intesa Stato-regioni del 21 dicembre 2022 in materia di nuova metodologia per il calcolo del fabbisogno di personale del SSN, assicurando l'effettiva possibilità di implementazione delle dotazioni organiche, in coerenza con quanto disposto dall'articolo 5 del decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73.
5. Per la realizzazione di progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, è istituito, a partire dall'anno successivo a quello di entrata in vigore della medesima legge, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo con una dotazione di 50 milioni di euro annui. Il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e con l'Osservatorio nazionale, indice un bando per individuare e finanziare i progetti che ne hanno titolo. Sono privilegiati progetti a basso costo e, comunque, di importo non superiore a 100.000 euro, che prevedono percorsi di recovery, la partecipazione attiva di utenti e di familiari, interventi di integrazione e collaborazione tra le diverse area di competenza del Dipartimento di Salute Mentale come ridisegnate dall'Art. 5 comma 2, interventi per l'inserimento lavorativo e per la residenzialità leggera e a forte impatto comunitario.