

SENATO DELLA REPUBBLICA

X LEGISLATURA

N. 2596

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal Ministro della Sanità

(DE LORENZO)

di concerto col Ministro di Grazia e Giustizia

(VASSALLI)

col Ministro dell'Interno

(SCOTTI)

col Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica

(RUBERTI)

col Ministro per gli Affari Regionali ed i Problemi Istituzionali

(MACCANICO)

col Ministro per gli Affari Sociali

(JERVOLINO RUSSO)

col Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica

(CIRINO POMICINO)

e col Ministro del Tesoro

(CARLI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L'11 GENNAIO 1991

Nuove norme sulla tutela della salute mentale

ONOREVOLI SENATORI. - La riforma psichiatrica, che era stata attuata con la legge 13 maggio 1978, n. 180, venne travasata successivamente nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, che espressamente si occupava anche di tale rilevante settore; essa ha comportato - come è noto - un radicale cambiamento della tipologia assistenziale nei confronti dei malati di mente.

Tale legge, infatti, ha codificato sul piano legislativo quel cambiamento che era già intervenuto nella dottrina psichiatrica con la fondamentale scoperta degli psicofarmaci.

L'applicazione terapeutica di questa nuova categoria di farmaci aveva, in molti casi, inciso profondamente nel comportamento di molti ammalati psichiatrici consentendo il relativo controllo rendendo, quindi, obsoleta la vecchia struttura dell'ospedale psichiatrico che, pure, fino a quel momento, proprio attraverso la sua attività custodialistica, aveva rappresentato l'unico presidio possibile.

La legge n. 180 del 1978 perseguiva tre obiettivi fondamentali:

1) depenalizzare la malattia mentale, che fino a quel momento era sottoposta all'autorità della Procura della Repubblica;

2) avvicinare le strutture per la diagnosi e la cura dei pazienti psichiatrici ai luoghi di residenza dei pazienti stessi;

3) affiancare alle necessarie strutture ospedaliere altre strutture di tipo intermedio e di tipo territoriale, idonee a fornire una più adeguata risposta alle differenti patologie psichiatriche.

Negli anni successivi alla entrata in vigore della precitata legge si sono determinati da un lato il generale miglioramento di condizioni dell'utente e dall'altro il superamento della logica manicomiale anche se i risultati complessivi ottenuti non possono affatto essere ritenuti soddisfacenti. In par-

ticolare sono state riscontrate situazioni differenziate tra le varie regioni italiane che hanno operato con modalità di intervento difformi e con servizi non omogenei.

In molte zone del territorio nazionale si verificano frequenti casi di gravissimo abbandono dei pazienti e delle loro famiglie quasi che il cittadino malato mentale non debba considerarsi titolare degli stessi diritti all'assistenza di coloro che, invece, presentano patologie di altra natura.

Tale realtà è stata anche accertata dalla Commissione igiene e sanità del Senato, che ha effettuato sopralluoghi in varie strutture socio-sanitarie ed ha attivato colloqui con i relativi organi dirigenti, fornendone poi ampia e dettagliata relazione all'Aula, nella quale si è recentemente svolto un dibattito, conclusosi con l'approvazione di un ordine del giorno che impegna il Governo «a procedere in tempi brevi ad uno stralcio del piano relativamente al progetto-obiettivo sulla psichiatria, adeguatamente finanziato con fondi a destinazione vincolata».

Lo stralcio del progetto-obiettivo «Tutela della salute mentale», che rappresenta, come richiesto dal Senato, «un quadro di riferimento programmatico-organizzativo generale per le Regioni e le USL», necessita di alcune urgenti misure legislative per la sua realizzazione.

Il provvedimento che si presenta tende, quindi, a riaffermare la validità dei principi ispiratori della legge n. 180 del 1978, concretizzandoli nella indicazione di strumenti idonei a determinare una svolta reale nella tutela della salute mentale, modificando, sulla base della decennale esperienza acquisita, alcune norme del vigente quadro normativo in vista della realizzazione di un disegno organizzativo, omogeneo e completo, come tale in grado di assicurare non solo un livello terapeutico omogeneo nelle

varie regioni ma anche una continuità di assistenza ai malati mentali.

L'articolato tocca in minima parte l'assetto della legge n. 833 del 1978 e sostituisce solo l'attuale disposto dell'articolo 34, lasciando immutata sia la norma di cui all'articolo 33 che costituisce base e fondamento della precedente riforma in quanto, in attuazione del principio affermato nell'articolo 32 della Costituzione, detta norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, sia quella contenuta nell'articolo 35, che disciplina il procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera.

L'articolo 34 della precitata legge n. 833 del 1978 è, invece, sostituito dal nuovo testo che preliminarmente dispone che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione sono attuati di regola nelle strutture territoriali del dipartimento. Per quanto concerne il trattamento sanitario obbligatorio (strumento indispensabile per la cura dei pazienti psicotici che, come la letteratura insegna, sono caratterizzati dal non avere coscienza della propria malattia), il testo riconosce al medico, in attesa del provvedimento del sindaco, una capacità completa di operare un tempestivo, responsabile intervento ed al paziente e alla famiglia, per quanto possibile, il più alto grado di rispetto del loro diritto di libera scelta. Il trattamento sanitario obbligatorio è infatti, attuato di norma presso l'apposito servizio ubicato obbligatoriamente presso strutture sanitarie di ricovero - solo se ricorre l'urgenza di intervento terapeutico e solo quando siano stati vanificati i tentativi possibili per ottenere il consenso.

La richiesta motivata del medico deve, comunque, essere convalidata dallo psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale; quest'ultimo può disporre eccezionalmente, con la garanzia di idonea assistenza e terapia, che il trattamento sanitario obbligatorio, sentita la famiglia, venga effettuato in ambiente extraospedaliero.

L'articolo 34 della legge n. 833 del 1978 prevedeva che la legge regionale discipli-

nasse l'istituzione dei servizi e delle strutture dipartimentali destinate a svolgere funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale. È ben noto che al riguardo le regioni hanno agito in termini non omogenei delineando assetti strutturali diversificati e poco rispondenti - proprio perchè non uniformi sul territorio nazionale - alle esigenze reali dell'assistenza ai malati di mente.

Si è, pertanto, reso indispensabile dettare un preciso modello organizzativo per la salute mentale, unico sull'intero territorio nazionale, impostato sempre su base dipartimentale e non soltanto finalizzato al settore del ricovero ma mirato, altresì, a dare corpo alla realizzazione delle strutture di emergenza, alternative e territoriali, universalmente ritenute, oggi, elemento trainante dell'assistenza psichiatrica.

Il modello organizzativo è strutturato tenendo presenti tutti gli elementi sui quali le legislazioni regionali hanno evidenziato una convergenza di impostazione e di interventi. In particolare è stato previsto, per essere il più possibile vicino all'utenza, un dipartimento per ogni USL, dipartimento che raggruppa e coordina tutti i servizi psichiatrici presenti nella USL stessa e che opera in modo integrato con altri servizi socio-sanitari che hanno competenze «confinanti» e che sono di estrema rilevanza per le attività di prevenzione precoce e di riabilitazione. Al riguardo preliminarmente si reputa opportuno richiamare l'attenzione sulla nuova destinazione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici, già disciplinati dall'articolo 64 della legge n. 833 del 1978.

Il testo prevede l'utilizzazione di tali strutture nell'ambito del piano pluriennale di investimenti già stabilito dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, attraverso la riconversione in strutture sanitarie non psichiatriche destinate a soggetti non autosufficienti, per attività di integrazione socio-sanitaria e per l'attivazione di comunità protette qualora l'ex nosocomio possa essere riconvertito secondo le dimensioni e le nuove caratteristiche previste per tali co-

munità nel progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

Tale impostazione dà la più ampia garanzia che gli ex ospedali psichiatrici vengono a mutare completamente fisionomia ed utilizzazione diventando un mezzo di integrazione del dipartimento con altri servizi socio-sanitari.

Per quanto concerne il modello organizzativo del dipartimento, si è previsto, in particolare, che la direzione dello stesso, che può essere collocata in qualunque struttura nella quale lo stesso si articola, sia affidata ad uno psichiatra di livello apicale che, conoscendo le problematiche degli ammalati, possa meglio seguire le varie fasi della complessa terapia effettuata. Sono state indicate, altresì, le varie figure professionali che devono operare nel dipartimento.

Il dipartimento è articolato nelle seguenti strutture: a) centro di igiene mentale; b) servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (centro diurno o *day hospital*); c) servizio psichiatrico di diagnosi e cura; d) servizio di emergenza psichiatrica; e) residenza sanitaria assistenziale; f) comunità protetta.

Come risulta da tale articolazione, il dipartimento si presenta in forma molto complessa, comprendente strutture per attività sul territorio, strutture ospedaliere, strutture intermedie, comunità protette. Per comprendere la filosofia dell'organizzazione dipartimentale appare opportuna una disamina più dettagliata delle singole strutture.

Il centro di igiene mentale è il punto di coordinamento dell'attività sul territorio. Svolge attività psichiatrica ambulatoriale (visite specialistiche, trattamento farmacologico) e domiciliare, esercita attività di consulenza e filtro per i ricoveri, psicoterapia individuale e di gruppo e comprende una unità specialistica di assistenza familiare per la informazione e la formazione della famiglia del paziente e per la eventuale fornitura di trattamenti terapeutici alla famiglia stessa.

Un servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione è costituito dal *day hospi-*

tal o centro diurno. È questa una struttura intermedia corredata da ambulatori, destinata ad ospitare soggetti che necessitano di interventi terapeutico-riabilitativi e di socializzazione.

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura provvede alla cura dei pazienti in fase acuta, che richiede il ricovero in ambiente ospedaliero ed accoglie trattamenti volontari ed obbligatori. È ubicato obbligatoriamente presso strutture ospedaliere pubbliche, universitarie e convenzionate.

Il servizio di emergenza psichiatrica si articola in centro crisi e pronto soccorso. Il primo provvede all'assistenza dei pazienti in condizioni di emergenza; esso è aggregato ad una struttura del dipartimento oppure può essere costituito da una *équipe* in mobilità territoriale facente parte del Centro di igiene mentale aperto continuamente giorno e notte. Il centro crisi deve comunque essere collegato con il dipartimento di emergenza o il pronto soccorso nonché con il servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Il pronto soccorso è aggregato al servizio psichiatrico di diagnosi e cura di strutture ospedaliere presso le quali coesistono un dipartimento di emergenza ed un pronto soccorso.

La residenza sanitaria assistenziale, che insieme al *day hospital* costituisce il complesso delle strutture intermedie, rappresenta un servizio residenziale e riabilitativo di terapia e risocializzazione articolato secondo la tipologia dei progetti di trattamento che, in relazione al bisogno, vengono effettuati.

I trattamenti, concordati con i pazienti ed i loro familiari, possono variare a seconda del tempo necessario, della maggiore o minore esigenza di residenzialità, di trattamenti integrativi.

La comunità protetta è destinata ai pazienti delle vecchie strutture nosocomiali che presentano patologie psichiatriche continuative e che sono carenti di supporto familiare. L'esistenza di tali pazienti rappresenta una triste realtà che non può e non deve essere dimenticata. È noto, purtroppo, che al 31 dicembre 1984 esistevano ancora 36.700 ricoverati in ospedali psichiatrici,

una metà dei quali ha tuttora necessità di accoglienza in una struttura sanitaria perchè presenta patologie psichiatriche continuative e carenza di supporto familiare. Purtroppo, infatti, numerosi sono i pazienti che sono privi di parenti o che hanno un nucleo familiare che non può - per vari motivi - prendersi cura di loro. Al riguardo un cenno doveroso si ritiene indispensabile ai drammi che numerose famiglie di ammalati vivono quotidianamente, drammi dei quali spesso si hanno notizie nelle cronache giornalistiche.

Con la comunità protetta si intende costituire piccole strutture, con dimensione massima di 20 posti letto, nelle quali personale con formazione specifica curi ed assista gli ammalati, già ricoverati negli ospedali psichiatrici, in modo personalizzato creando un rapporto di fiducia tra utente ed operatore.

In tali comunità ad esaurimento, destinate a sostituire le onerose strutture residenziali degli ex ospedali psichiatrici, non è previsto il ricovero di nuovi ammalati in quanto i vecchi pazienti, portatori di problematiche particolari derivanti dal precedente ricovero, difficilmente si integrerebbero con la nuova utenza.

L'attivazione di tali comunità avverrà attraverso la costruzione *ex novo* oppure anche attraverso il ricorso alla riconversione delle vecchie strutture come illustrato in precedenza.

Una giusta collocazione è riservata alle Università che parteciperanno all'assistenza ai malati di mente avendo la responsabilità di un dipartimento di salute mentale o di almeno tre delle strutture nelle quali si articola il dipartimento stesso. Ugualmente parteciperanno all'assistenza gli istituti a carattere scientifico, gli ospedali classificati ed i presidi e le case di cura di cui all'articolo 43 della legge n. 833 del 1978 in quanto è prevista la possibilità che le USL si avvalgano delle loro strutture; per le attività sociali non sanitarie possono collaborare con le USL anche i gruppi di volontariato.

Al fine di superare l'eventuale inerzia delle USL, l'articolo 3 del progetto in esame prevede il potere sostitutivo delle Regioni

e, ove necessario, del Ministero della sanità sulle Regioni qualora le stesse si rendessero inadempienti di provvedimenti amministrativi.

È stata, inoltre, disciplinata (articolo 4) l'istituzione di una Consulta, presieduta dal Ministro della sanità, con specifiche funzioni di acquisizione di elementi, proposte, indirizzi, verifiche e coordinamento, sull'intero territorio nazionale, sia in relazione ai servizi che ai programmi, anche relativi alla formazione del personale.

In tale sede saranno chiamati a partecipare il vice presidente del Consiglio sanitario nazionale, rappresentanti del Consiglio nazionale delle ricerche e dell'Istituto superiore di sanità, esperti designati dal Ministro della sanità, dal Ministro per gli affari sociali, dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, dal Ministro dell'interno, dalle Regioni nonchè da rappresentanti dei familiari e delle Associazioni delle case di cura laiche e religiose. Attraverso tali membri la Consulta dovrebbe avere il «polso» della situazione nazionale della psichiatria e, essendo rappresentate tutte le categorie di esperti e di diretti interessati alla problematica, dovrebbe poter agevolmente incidere in senso determinante sull'assistenza.

Alla Consulta è affiancato un ufficio, per l'effettuazione di rilevazioni, studi e controlli nel settore psichiatrico e per la raccolta e l'elaborazione dei dati trasmessi dalle Regioni e dalle USL in modo da avere sempre un quadro completo della situazione dell'assistenza psichiatrica nell'intero Paese, quadro necessario per evitare che si creino di nuovo sacche di inefficienza e di trascuratezza della problematica nonchè difformità di erogazione dell'assistenza a seconda delle zone del territorio nazionale.

Il Ministro della sanità dovrà riferire al Parlamento annualmente in merito all'applicazione dei principi della legge.

L'articolo 5 quantifica i limiti complessivi di spesa per l'attuazione degli interventi previsti dal disegno di legge e dal relativo programma di piano sanitario nazionale e ne individua la copertura finanziaria.

X LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Si precisa, al riguardo, che per le spese in conto capitale i finanziamenti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono a valere sulla quota di lire 10.000 miliardi relativa al primo triennio del programma straordinario di investimenti già deliberato dal CIPE il 3 agosto 1990.

In conclusione, nel rispetto dei principi ispiratori della legge n. 180 del 1978, si è cercato di determinare, in un ristretto complesso di norme, il più efficiente e tempestivo intervento a salvaguardia dell'integrità fisica e psichica di quei cittadini colpiti dalla malattia nel bene supremo della mente.

RELAZIONE TECNICA

L'articolo 1 non contiene disposizioni di spesa in quanto si limita a modificare le regole giuridiche per i trattamenti sanitari obbligatori.

L'articolo 2 ha natura esclusivamente programmatica e definisce in termini contenutistici e funzionali il dipartimento di salute mentale che le leggi regionali debbono disciplinare.

L'articolo 3 non comporta oneri finanziari.

L'articolo 4 non comporta nuovi oneri in quanto la costituzione della Consulta e dell'Ufficio speciale per la tutela della salute mentale è prevista mediante l'utilizzazione del personale in servizio, senza ampliamento delle attuali dotazioni organiche.

L'articolo 5 quantifica i limiti di spesa entro i quali le Regioni predispongono i provvedimenti di attuazione della legge. Tali limiti sono quantificati in 800 miliardi per gli interventi in conto capitale e, per le spese correnti, in 137 miliardi per l'anno 1991, in 240 miliardi per l'anno 1992 e in lire 325 miliardi per l'anno 1993.

Lo stesso articolo 5 indica i mezzi di copertura: per le spese in conto capitale 219.229 milioni sono disponibili sul Fondo sanitario nazionale 1990 in conto capitale e vengono vincolati allo scopo; la parte residua viene finanziata con le disponibilità predisposte per il triennio 1988-1990 dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67.

Per le spese di parte corrente si fa riferimento a quota parte del finanziamento specifico per il piano sanitario nazionale di 550 miliardi previsto nel Fondo sanitario nazionale 1991, come risulta dalla relazione illustrativa al disegno di legge collegato alla legge finanziaria 1991, atto Camera n. 5107 (poi divenuto, a seguito di uno stralcio, la legge 29 dicembre 1990, n. 407). Per gli anni successivi l'onere fa carico alle proiezioni del predetto stanziamento di 550 miliardi ricompreso nelle proiezioni del Fondo sanitario nazionale per gli anni 1992 e 1993.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

*(Sostituzione dell'articolo 34 della legge
23 dicembre 1978, n. 833)*

1. L'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 34. - (*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*). 1. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri.

2. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale è attuato solo dopo che sia stato espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di anni 14, dei genitori o di chi ne esercita la potestà parentale.

3. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive e idonee misure sanitarie extraospedaliere.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio è richiesto dal medico con proposta motivata, che deve essere convalidata dal medico psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale.

5. Il trattamento sanitario obbligatorio in ambiente ospedaliero, disposto dal sindaco, è attuato nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura o in analogo servizio convenzionato. L'esecuzione del provvedimento è garantita dal personale sanitario. In caso di assoluta necessità un medico del Dipartimento di salute mentale, in attesa dei provvedimenti del sindaco, provvede a tutti

gli interventi di urgenza necessari nell'interesse del paziente, richiedendo anche, ove indispensabile, l'intervento della forza pubblica. Gli stessi poteri sono attribuiti anche al medico responsabile dell'esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio. Eccezionalmente, il medico psichiatra responsabile del Dipartimento di salute mentale dispone che il trattamento sanitario obbligatorio si svolga, sentita la famiglia, in ambiente extraospedaliero, purchè siano assicurate idonee forme di assistenza e terapia.

6. Tutti i provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio disposti dal sindaco sono comunicati all'autorità giudiziaria secondo le modalità e per i fini previsti dall'articolo 35».

Art. 2.

(Dipartimento e Servizi di salute mentale)

1. Le regioni e le province autonome disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale su base dipartimentale, entro quattro mesi dalla data di approvazione del relativo progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale, secondo i principi che seguono e secondo gli *standards* stabiliti dal progetto medesimo.

2. Nell'ambito del piano pluriennale degli investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, le aree e gli edifici di pertinenza degli ex ospedali psichiatrici, disciplinati dall'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono utilizzati per strutture sanitarie non psichiatriche destinate a soggetti non autosufficienti, per attività di integrazione socio-sanitaria, nonché per la attivazione delle strutture di cui alla lettera *f*) del comma 3.

3. Il Dipartimento di tutela della salute mentale costituisce la sede organizzativa dei servizi ed il punto di riferimento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione; coordina i vari servizi e controlla il funzionamento delle strutture private relativamente ai servizi psichiatrici; verifica la corretta esecuzione dei trattamenti sanitari obbligatori; organizza al suo interno attività

di ricerca epidemiologica, clinica ed organizzativa, nonché corsi specifici per ciascuna categoria di operatori di aggiornamento anche didattico sperimentale nel campo della salute mentale. L'organico del dipartimento, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale, dell'assistente sociale, del sociologo, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale e da personale amministrativo ed ausiliario. Esso si articola nelle seguenti strutture:

a) Centro di igiene mentale: svolge attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, visite specialistiche, attività di consulenza e filtro per i ricoveri, di programmazione delle terapie utili al malato; garantisce, inoltre, un servizio specifico al nucleo familiare di informazione, di assistenza e di terapia;

b) Servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione (centro diurno o *day hospital*): è destinato ad ospitare soggetti che necessitano durante il giorno di interventi terapeutici e di risocializzazione;

c) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura: provvede alla cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamenti medici con ricovero in ambiente ospedaliero; accoglie trattamenti volontari e obbligatori; è ubicato obbligatoriamente presso strutture sanitarie di ricovero;

d) Servizio di emergenza psichiatrica: provvede all'assistenza dei pazienti in condizioni di emergenza ed è sottoposto alla disciplina che regola il pronto soccorso; si articola in:

1) centro crisi: secondo la popolazione ed i servizi della USL può essere collocato in una struttura del dipartimento di tutela della salute mentale, oppure può essere costituito da una *équipe* in mobilità territoriale facente parte del Centro di igiene mentale che, in questo caso, è aperto ventiquattro ore su ventiquattro, tutti i giorni dell'anno, e in ogni caso deve essere in collegamento funzionale con il dipartimento di emergenza o il pronto soccorso, nonché con il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura;

2) pronto soccorso: è collocato obbligatoriamente in strutture ospedaliere pubbliche presso le quali coesistono un dipartimento di emergenza o un pronto soccorso generale ed un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, al quale è aggregato;

e) Residenza sanitaria assistenziale: è una struttura sanitaria residenziale destinata ad ospitare soggetti affetti da patologia psichica per la quale si richiedono interventi terapeutico-riabilitativi di tipo sanitario e sociale non erogabili al domicilio o nelle strutture di cui al punto b), con conseguente necessità di assistenza protratta o continua; per ogni paziente inserito nella residenza sanitaria assistenziale è formulato un progetto terapeutico-riabilitativo integrato e personalizzato che evidenzia gli obiettivi sanitari dell'inserimento;

f) Comunità protetta: è una struttura ad esaurimento destinata ai pazienti degli ex ospedali psichiatrici che necessitano di cure psichiatriche continuative e che sono carenti di supporto familiare; è realizzata mediante la costruzione di nuove strutture o la riconversione anche parziale degli ex ospedali psichiatrici, secondo le dimensioni e le caratteristiche indicate nel progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

4. Le università con facoltà mediche partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, hanno la responsabilità o di un dipartimento di salute mentale o di almeno tre delle strutture elencate nel presente articolo. All'attività di studio e di ricerca svolta nell'ambito della convenzione partecipano anche gli operatori del dipartimento di salute mentale.

5. Per lo svolgimento delle attività di cui al comma 3, lettere b), c) ed e), le Unità sanitarie locali possono avvalersi, in conformità alle leggi e alle normative vigenti, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, dei presidi e delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Per le attività sociali non sanitarie le Unità sanitarie locali possono anche avvalersi

della collaborazione di organizzazioni di volontariato a norma dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive disposizioni in materia.

6. Le regioni e le province autonome adottano i provvedimenti di attuazione della presente legge e del progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore delle leggi regionali alla medesima connesse.

Art. 3.

(Potere sostitutivo)

1. In caso di inottemperanza da parte delle Unità sanitarie locali agli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni si sostituiscono agli organi responsabili delle Unità sanitarie locali per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi 90 giorni dalla richiesta allo scopo formulata.

2. In caso di inottemperanza, entro uguale termine, da parte delle regioni e delle province autonome, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595. Le stesse disposizioni si applicano in caso di mancata emanazione da parte delle regioni e delle province autonome degli atti e dei provvedimenti connessi agli obblighi derivanti dalla presente legge e dal progetto obiettivo del Piano sanitario nazionale.

Art. 4.

(Istituzione della Consulta permanente per la psichiatria)

1. È istituita presso il Ministero della sanità la Consulta permanente per la psichiatria, organo di consulenza scientifica, che svolge le seguenti attività:

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dei servizi di salute mentale, sui programmi regionali e sui risultati acquisiti;

b) proposte al Ministro della sanità di atti di indirizzo alle regioni e attività di consulenza;

c) indicazioni dei criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte e per la omogeneizzazione delle prassi;

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale degli operatori dei servizi e delle attività di prevenzione.

2. La Consulta permanente per la psichiatria è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) il vice presidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Centro nazionale delle ricerche;

d) sei esperti regionali;

e) cinque esperti del Ministero della sanità;

f) un esperto del Ministro per gli affari sociali;

g) due esperti del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto del Ministero dell'interno;

i) due esperti delle Associazioni delle case di cura laiche e religiose;

l) due rappresentanti dei familiari, indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative.

3. Il Ministro della sanità, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede con proprio decreto alla nomina dei componenti della Consulta permanente per la psichiatria, la quale opera presso la Direzione generale degli ospedali, nel cui ambito viene istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche, l'Ufficio speciale per la tutela della salute mentale.

4. L'Ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto all'attività della Consulta. In particolare:

a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di salute mentale delle Unità sanitarie locali;

b) raccoglie ed elabora dati statistici e di gestione e dati epidemiologici sull'andamento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche;

c) propone *standards* per il funzionamento ottimale dei servizi;

d) promuove studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico e organizzativo, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

e) propone criteri per l'aggiornamento del personale;

f) cura i rapporti con gli organismi internazionali e promuove scambi di informazioni ed esperienze con altri Paesi.

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della Relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'applicazione dei principi enunciati dalla presente legge.

Art. 5.

(Norma finanziaria)

1. Le regioni e le province autonome predispongono i provvedimenti di attuazione della presente legge entro 120 giorni dalla approvazione del progetto obiettivo «Tutela della salute mentale» del Piano sanitario nazionale, secondo le disponibilità finanziarie indicate nel progetto stesso per ciascuno degli interventi e nei seguenti limiti complessivi di spesa:

a) lire 800 miliardi per il conto capitale, da finanziare per lire 219.229 milioni con quote residue del Fondo sanitario nazionale 1990 in conto capitale da vincolare allo scopo e per la parte residua con finanziamenti derivanti dalle disposizioni di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

b) lire 137 miliardi per l'anno 1991, lire 240 miliardi per l'anno 1992 e lire 325 miliardi per l'anno 1993 per le spese correnti, da finanziare utilizzando parte della quota annuale del Fondo sanitario nazionale destinata al finanziamento del Piano sanitario nazionale.