



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori ZAFFINI, SISLER, ZULLO, BERRINO, LEONARDI, RUSSO, SATTA, MANCINI, DE CARLO, PETRENGA, FAROLFI, LIRIS, MATERA, MAFFONI, FALLUCCHI, IANNONE, ORSOMARSO, SPINELLI, CALANDRINI, RASTRELLI, GELMETTI, DELLA PORTA, SIGISMONDI, GUIDI e NASTRI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 27 GIUGNO 2024

Disposizioni in materia di tutela della salute mentale

ONOREVOLI SENATORI. – In Italia lo scenario della salute mentale negli ultimi anni è profondamente cambiato, così come sono profondamente cambiati i luoghi della vita sociale e relazionale, e il loro impatto sulla salute mentale. Assistiamo all'emergere di nuove forme della sofferenza psichica, quali i disturbi del neurosviluppo (quali l'autismo e il disturbo di attenzione/iperattività), la comorbilità con l'uso di sostanze stupefacenti, i disturbi psichiatrici emersi durante pandemia da Covid-19, quali la disregolazione emotivo-affettiva negli adolescenti (autoleisionismo, anoressia, poli-abuso di alcol e di sostanze psicotrope o stupefacenti, violenza digitale, ma anche depressione, ansia e ritiro sociale), il *long Covid*, che è una grave forma di depressione dell'umore ad espressione prevalentemente somatica, nonché nuove forme di disagio sociale, legate, ad esempio, all'uso dei *social network* e al fenomeno delle migrazioni. Cresce, parimenti, la difficoltà dei servizi pubblici per la salute mentale di modificare l'organizzazione, di acquisire nuove risorse per rispondere ai nuovi bisogni e di tutelare la sicurezza degli operatori sanitari, che quotidianamente è messa gravemente a rischio in tutti i presidi, come purtroppo recenti fatti di cronaca hanno dimostrato.

A fronte di questo scenario in evoluzione, nonostante sia ormai riconosciuto dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico che gli investimenti in salute mentale conducano ad un aumento del PIL nazionale, il finanziamento dei servizi per la salute mentale appare fortemente disomogeneo nelle diverse regioni: la media italiana si colloca al 3 per cento del Fondo sanitario nazionale, con molte grandi regioni al di

sotto di questa soglia. Ciò si discosta dall'impegno, unanimemente approvato dalla Conferenza dei presidenti delle regioni nel lontano 2001, a « destinare almeno il 5% dei fondi sanitari regionali per le attività di promozione e tutela della salute mentale ».

Per le richiamate ragioni, nel nostro Paese si registra da tempo preoccupazione per lo stato della rete dei servizi di salute mentale, che ad oggi appare frammentata, e certamente inadeguata a soddisfare i bisogni della popolazione. Tale inadeguatezza viene denunciata dalle famiglie delle persone che vivono un disturbo mentale, che spesso si trovano da sole a dover affrontare il peso della gestione di queste problematiche.

Il presente disegno di legge, predisposto in esito al confronto con numerosi professionisti del settore, mira a risistemizzare l'offerta dei servizi di salute mentale, puntando sulla valorizzazione dell'attività di prevenzione al fine di evitare che il disturbo mentale assuma il carattere della cronicità, nonché di assicurare alle persone affette da disagio e disturbo mentale l'accesso a una assistenza sanitaria e sociosanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze, garantendo la tutela della loro sicurezza e incolumità, nonché quella dei loro familiari e di tutti i professionisti che operano nei servizi per la salute mentale. Per questi ultimi, il presente disegno di legge si propone di ridurre al minimo, se non eliminare, gli episodi di violenza di cui troppo spesso sono stati vittime, anche attraverso l'intervento tempestivo da parte delle autorità.

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce la salute come « uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale » e non semplicemente « assenza di malattie o infer-

mità»; allo scopo di promuovere un livello di benessere che consenta alla persona di realizzarsi in pienezza nella sua vita personale e di inserirsi in modo compiuto nella vita sociale, gli interventi per la promozione della salute mentale e una adeguata transizione verso l'età adulta devono tenere conto dell'importanza del neurosviluppo e della necessità di garantire un intervento tempestivo. Pertanto, è necessario che il Servizio sanitario nazionale promuova l'individuazione del disturbo mentale sin dalla pre-adolescenza e prima età adulta, al fine di prevenirne o minimizzarne le conseguenze, sia in termini di impatto sintomatologico e comportamentale prospettico, sia di conservazione della qualità di vita della persona, delle reti interpersonali e delle opportunità di sviluppo e realizzazione individuali. Tali obiettivi sono perseguiti avviando percorsi individuali, familiari e sociali che, mediante il supporto educativo, psico-sociale, psicoterapeutico e riabilitativo, migliorino la prognosi e prevengano gli esiti in termini di disabilità e cronicizzazione.

Il disegno di legge si compone di undici articoli.

L'articolo 1 esplicita le finalità del disegno di legge, che sono, come sopra rappresentato, la valorizzazione dell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della tutela della salute mentale, l'accesso a una assistenza sanitaria e sociosanitaria che tenga conto delle specifiche esigenze delle persone affette da disagio e disturbo mentale, nonché la garanzia della sicurezza, incolumità e aggiornamento dei professionisti operanti presso i servizi per la salute mentale.

L'articolo 2 si concentra sulle attività di prevenzione del disagio e del disturbo mentale, effettuata mediante la collaborazione tra i servizi operanti sul territorio. Per garantire l'intervento precoce negli stati mentali a rischio dell'infanzia e dell'adolescenza, è affidata al Ministro della salute, previa intesa

con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, l'adozione di un decreto che definisca gli interventi di *screening*, di approfondimento diagnostico-clinico e di intervento terapeutico.

L'articolo 3, dedicato all'attività di cura, enuclea i servizi e le strutture che si fanno carico della tutela della salute mentale e della domanda relativa alla cura ed alla assistenza.

L'articolo 4 specifica le figure professionali che operano nell'ambito dei servizi per la salute mentale. Il comma 2 di tale articolo demanda ad un decreto interministeriale, adottato dal Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro della giustizia, sentito il Ministro della salute, l'individuazione delle misure di sicurezza pubblica necessarie al contenimento degli episodi di violenza contro il citato personale. Il comma 3 definisce e delimita i casi in cui gli operatori della salute mentale attuano misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali. Tali misure rappresentano un evento straordinario, motivato da un effettivo stato di necessità; non possono e non devono rappresentare una metodica abituale di accudimento, bensì sono adottate nei soli casi connessi a documentate necessità cliniche e, per la loro durata, al solo scopo di evitare fenomeni auto ed eterolesivi e nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

L'articolo 5 interviene sulle situazioni di emergenza, definendo le precise modalità e le garanzie di tutela dei diritti con le quali deve essere attuato ogni genere di trattamento sanitario obbligatorio.

L'articolo 6 si concentra sulla definizione dei percorsi sanitari delle persone che si trovino in istituti penitenziari o in Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). A tali soggetti deve essere garantita un sostegno adeguato, a partire dalla presa in carico e per tutto il periodo di permanenza in tali strutture.

L'articolo 7, rubricato « attività di riabilitazione », ha l'obiettivo di promuovere il reinserimento della persona nel contesto familiare o abituale, ovvero il suo inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dall'*équipe* cui compete la presa in carico della persona.

L'articolo 8 detta principi in materia di rapporti del sistema di tutela della salute mentale con le università.

L'articolo 9 individua il Dipartimento di salute mentale quale struttura deputata a farsi carico del supporto all'organizzazione di vita dei nuclei familiari in cui è presente una persona affetta da grave disturbo mentale. Allo scopo di tutelare l'incolumità della persona affetta da disturbo mentale nonché quella dei suoi familiari, si affida al CSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza della persona, il compito di individuare una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona nell'ambito degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

L'articolo 10 prevede la realizzazione di campagne di comunicazione e di informazione sia di livello generale, ossia realizzate

con lo scopo di aumentare i livelli di conoscenza del disagio mentale da parte dei giovani e dei loro familiari, sia di livello specialistico, rivolte cioè a tutte le figure professionali coinvolte.

L'articolo 11, che reca la copertura finanziaria, provvede all'istituzione di un fondo presso il Ministero della salute, con dotazione iniziale di 80 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2025-2027, destinato a finanziare in via sperimentale il rimborso diretto delle spese sostenute per le attività di *screening*, di approfondimento diagnostico-clinico e di intervento terapeutico, al fine di garantire l'intervento precoce negli stati mentali a rischio dell'infanzia e dell'adolescenza, in modo da assicurare una presa in carico tempestiva di questi pazienti e di consentire, subito dopo l'esordio del disturbo mentale, l'avvio di percorsi personalizzati di supporto educativo, psicosociale e psicoterapeutico. L'individuazione dei criteri e delle modalità di riparto del predetto fondo, nonché dei criteri di monitoraggio dell'impiego delle risorse, è affidata ad un decreto del Ministro della salute, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge ha l'obiettivo di valorizzare l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione nell'ambito della tutela della salute mentale, nonché di assicurare alle persone affette da disagio e disturbo mentale l'accesso a un'assistenza sanitaria e sociosanitaria che tenga conto delle loro specifiche esigenze, garantendo al contempo la sicurezza, l'incolumità e l'aggiornamento dei professionisti operanti presso i servizi per la salute mentale.

2. Le finalità di cui al comma 1 sono perseguite attraverso azioni volte alla realizzazione dei seguenti obiettivi:

a) valorizzare le attività che consentano un'individuazione precoce dei disturbi mentali per una loro reale prevenzione mediante un intervento tempestivo e individualizzato che coinvolga la famiglia, la scuola, l'ambiente sociale e lavorativo;

b) realizzare un approccio assistenziale che sia incentrato sul ruolo della persona rispetto alla malattia e ne migliori la qualità e l'aspettativa di vita, con interventi che riducano il divario esistente tra le persone affette da disturbo mentale e le persone sane;

c) fornire indicazioni in merito agli interventi sanitari in situazioni di emergenza, limitando le forme coercitive alle effettive esigenze di cura del paziente, con la massima attenzione alla sua incolumità fisica, a quella dei suoi familiari e degli operatori.

Art. 2.

(Attività di prevenzione)

1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), mediante i Dipartimenti di salute mentale (DSM), garantisce tutte le attività finalizzate alla prevenzione del disagio e del disturbo mentale, con particolare riferimento allo stile e alla qualità della vita, all'ambito familiare e relazionale, alla scuola, agli ambienti di lavoro e alla comunità.

2. Al fine di assicurare il godimento del diritto alla salute mentale, intesa come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, gli interventi per la promozione della salute mentale e per un'adeguata transizione verso l'età adulta devono tenere conto dell'importanza del processo generale di neurosviluppo e della necessità di garantire un intervento tempestivo sui relativi disturbi in tutte le loro potenziali articolazioni cliniche, attraverso adeguati servizi di salute mentale dell'età evolutiva, incluso nell'ambito dei DSM.

3. Il SSN promuove l'individuazione tempestiva dei disturbi mentali sin dalle fasi dell'infanzia, al fine di prevenirne o minimizzarne le conseguenze, sia in termini di impatto sintomatologico e comportamentale prospettico, sia di conservazione della qualità di vita della persona affetta dal disturbo mentale, delle reti interpersonali e delle opportunità di sviluppo e realizzazione individuali. Tali obiettivi sono perseguiti avviando, attraverso i DSM, percorsi individuali, familiari e sociali, i quali, mediante il supporto medico, psicoterapeutico, educativo, psicosociale e riabilitativo, migliorino la prognosi e prevengano gli esiti in termini di disabilità e cronicizzazione.

4. L'attività di prevenzione del disagio e del disturbo mentale è effettuata mediante la collaborazione tra i diversi servizi del DSM con l'obiettivo della individuazione precoce del disagio giovanile, la prevenzione dei disturbi e l'intervento precoce psicosociale.

5. Allo scopo di garantire l'intervento precoce negli stati mentali a rischio nell'età dell'infanzia e dell'adolescenza, i DSM assicurano una presa in carico tempestiva del minore affetto da disturbo mentale per consentire, subito dopo l'esordio del disturbo medesimo, l'avvio di percorsi personalizzati di supporto educativo, psicosociale e psicoterapeutico. A tal fine, il SSN attiva interventi di *screening*, di approfondimento diagnostico-clinico e di intervento terapeutico. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare previa intesa con la Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, determina le modalità di realizzazione delle attività di cui al presente comma.

Art. 3.

(Attività di cura)

1. Le attività terapeutiche psichiatriche prevedono la centralità operativa del DSM e delle strutture operative a esso afferenti, che si fanno carico della tutela della salute mentale e della domanda relativa alla cura e all'assistenza, erogando prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Afferiscono al DSM i seguenti servizi:

a) i servizi di assistenza diurna dei centri di salute mentale (CSM);

b) i servizi ospedalieri, servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e di *day hospital* (DH);

c) i servizi dei centri diurni (CD);

d) i servizi residenziali (SRP), garantiti da strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (SRP1), da strutture residenziali psichiatriche per trattamenti terapeutico-ria-

bilitativi a carattere estensivo (SRP2), e da strutture residenziali psichiatriche per interventi socio-riabilitativi (SRP3);

e) servizi per le tossicodipendenze (SerT) e servizi per le dipendenze patologiche (SerD), sia farmacologiche che comportamentali.

2. Il DSM coordina gli interventi sanitari e sociali dei servizi presenti sul territorio per il trattamento psichiatrico e psicoterapeutico, gli inserimenti nelle strutture residenziali e ospedaliere nonché gli interventi sociali diretti ai pazienti caratterizzati da fragilità sociale.

3. Il DSM presta assistenza alla persona affetta da disturbi mentali in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o la consultazione attraverso una pianificazione condivisa delle cure con la persona medesima o con il suo rappresentante legale e, ove opportuno, con i familiari conviventi o che si occupano in modo continuativo dello stesso, fatta eccezione per le condizioni di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio di cui all'articolo 5.

4. Ogni DSM si dota di specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA). In relazione a particolari necessità, i DSM possono dotarsi di Unità operative (UO) o linee di attività specifiche e innovative per disturbi emergenti e di rilevanza epidemiologica, con particolare riferimento al disturbo da *deficit* di attenzione/iperattività (ADHD) nelle diverse fasce d'età, ai disturbi della nutrizione e dell'alimentazione (DNA) e ai disturbi *peripartum*.

Art. 4.

(Figure professionali e sicurezza degli operatori)

1. Nell'ambito dei servizi per la salute mentale operano le seguenti figure professionali:

a) medici psichiatri;

- b) psicologi;
- c) infermieri professionali;
- d) educatori professionali;
- e) terapisti della riabilitazione psichiatrica;
- f) terapisti occupazionali;
- g) sociologi;
- h) assistenti sociali;
- i) operatori sociosanitari;
- l) personale amministrativo.

2. Con decreto del Ministro dell'interno, da adottare di concerto con il Ministro della giustizia, sentito il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disposte le misure di sicurezza pubblica necessarie al contenimento degli episodi di violenza contro il personale di cui al comma 1, ivi incluso l'immediato soccorso da parte dell'autorità di polizia in caso di richieste provenienti dal personale predetto.

3. Gli operatori della salute mentale attuano misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi connessi a documentate necessità cliniche e al solo scopo di impedire comportamenti auto ed eterolesivi, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona affetta da disturbi mentali. È in ogni caso vietata l'applicazione della contenzione preventiva in via precauzionale, in assenza di un pericolo concreto e attuale. Il ricorso alle misure e ai trattamenti coattivi è consentito solo in presenza di un effettivo stato di necessità e può essere effettuato solo dal personale sanitario nel rispetto di appositi protocolli. La valutazione dell'attualità del pericolo deve essere continua, effettuata attraverso un costante monitoraggio del paziente, e verificabile con riscontro in cartella clinica. Sono sempre garantite la proporzionalità e l'adeguatezza delle misure contenitive, che sono applicate

per il solo tempo strettamente necessario, anche in rapporto allo scopo perseguito, operando un bilanciamento tra rischi e benefici e annotando in cartella clinica tutti gli elementi obiettivi che rendono inevitabile il loro utilizzo.

Art. 5.

(Situazioni di emergenza e interventi sanitari)

1. Nelle situazioni di emergenza, urgenza e crisi, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano con la massima tempestività, attraverso i DSM, l'intervento, anche a domicilio, degli operatori del CSM competente per territorio, con il coinvolgimento attivo della rete relazionale e familiare, del medico di medicina generale e degli altri servizi aziendali eventualmente necessari. Il costante raccordo operativo tra i DSM e i servizi di emergenza e urgenza sanitaria è garantito mediante appositi protocolli. L'intervento prevede decisioni di trattamento assicurando prioritariamente le cure nel luogo di vita delle persone interessate ed evitando, ove possibile, il ricorso al ricovero ospedaliero.

2. In caso di mancata collaborazione della persona che necessita di trattamento, gli operatori valutano le sue condizioni psichiche, utilizzando ogni mezzo opportuno per tenere attivi il dialogo e la negoziazione con il fine di ottenere il consenso al trattamento da parte dell'interessato.

3. Le procedure di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio (TSO) di cui agli articoli 33 e successivi della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono attivate quando la necessità di garanzia della tutela della salute sia ritenuta prevalente rispetto al diritto alla libertà individuale.

4. L'ASO è proposto dal medico per l'effettuazione di un'osservazione clinica. I DSM devono prevedere strutture idonee per

l'effettuazione di osservazioni cliniche, al termine delle quali sono segnalate alla persona interessata, ai suoi familiari o al suo rappresentante legale, nonché al medico curante, le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare alla persona medesima.

5. L'ASO può essere proposto solo qualora:

a) l'operatore medico ritenga necessaria una valutazione diagnostica, prima di esprimersi sulla necessità di un trattamento psichiatrico;

b) l'operatore medico, esperito ogni possibile tentativo, non riesca a entrare in contatto con la persona e a valutare le sue condizioni, e ritenga necessario ed urgente effettuare una valutazione psichiatrica.

6. La proposta motivata di cui al comma 4 deve contenere anche indicazioni sul luogo più opportuno per l'esecuzione dell'ASO. In ogni caso, l'ASO non può essere eseguito negli spazi di degenza del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

7. La proposta motivata di cui al comma 4 è inoltrata al sindaco del comune dove si trova il paziente da sottoporre all'ASO.

8. Il TSO di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ha durata massima di quindici giorni, prolungabile solo in caso di effettive esigenze cliniche, salvo i casi di interruzione di cui comma quinto del medesimo articolo 35. Il TSO può essere effettuato in condizione di degenza ospedaliera nei SPDC.

9. Il TSO può essere effettuato qualora siano presenti le seguenti concomitanti condizioni:

a) mancanza di consenso al trattamento che il medico ha tentato di ottenere con ogni mezzo a sua disposizione;

b) presenza di condizioni cliniche che richiedono un trattamento terapeutico urgente;

c) impossibilità di effettuare un trattamento tempestivo extraospedaliero, anche in relazione al contesto di vita della persona interessata e al suo livello di autonomia;

d) elevato rischio di aggravamento del quadro clinico in caso di assenza di trattamento.

10. La proposta di TSO di cui all'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, deve contenere le motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione dello stesso, e deve essere convalidata da un operatore medico. Nelle more dell'adozione del provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSO, la persona che necessita del trattamento, quando sussistano le condizioni di urgenza, può essere ricoverata presso la struttura del DEA destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche di cui al comma 4.

11. Le aziende sanitarie, in accordo con la direzione dei DSM, stabiliscono il numero degli SPDC necessario per rispondere alle esigenze della popolazione.

12. Il DSM, attraverso il SPDC o personale medico specificamente dedicato, assicura un adeguato servizio di consulenza per i problemi di salute mentale delle persone ricoverate negli altri dipartimenti dell'ospedale.

Art. 6.

(Definizione di percorsi sanitari di assistenza psichiatrica e dati epidemiologici all'interno degli istituti penitenziari e delle REMS)

1. Alle persone con disagio psichico o affette da disturbo mentale che si trovino in istituti penitenziari o in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) è garantito un sostegno adeguato, che inizia con la presa in carico, mediante il coordinamento e l'intervento integrato del competente Servizio sanitario regionale, degli uffici

di esecuzione penale esterna e dei servizi sociali comunali, e prosegue attraverso l'attività diretta delle *équipe* multidisciplinari dei DSM. A tale fine i DSM utilizzano le risorse di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

2. Con decreto del Ministro della giustizia, adottato di concerto con il Ministro della salute, sono realizzate, all'interno degli istituti penitenziari, sezioni sanitarie specialistiche psichiatriche a rapido *turnover* dei pazienti, con un numero di posti letto non inferiore al 3 per cento del totale dei soggetti detenuti. In tali sezioni è possibile effettuare TSO secondo la normativa vigente. Negli istituti penitenziari i DSM realizzano inoltre UO integrate di salute mentale e dipendenze, anche in relazione al numero di detenuti in situazione di comorbilità.

3. Le REMS sono strutture afferenti al DSM e il loro funzionamento è orientato all'integrazione con i servizi forniti dal DSM medesimo, con la finalità della tutela della salute della persona. Le REMS si conformano ai seguenti principi organizzativi e di funzionamento:

a) inapplicabilità, al loro interno, delle disposizioni dell'ordinamento penitenziario;

b) limite massimo di capienza di venticinque posti letto, esaurita la quale è opponibile, da parte del sanitario responsabile, la causa di rinvio dell'esecuzione del ricovero;

c) inapplicabilità al loro interno del TSO di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e della sua attuazione, qualora se ne verificassero le condizioni, presso il SPDC di competenza territoriale;

d) centralità della dimensione terapeutica del lavoro, dell'istruzione, dell'abitare e della socialità, come dimensioni dotate di valenza terapeutica, volte al recupero della soggettività e alla responsabilizzazione della persona;

e) formulazione del programma terapeutico-riabilitativo individuale e rivalutazione periodica ogni qualvolta sia necessario e, comunque, almeno ogni tre mesi da parte dei servizi territoriali competenti, garantendo la partecipazione responsabile della persona sottoposta a misura di sicurezza al progetto di cura, e utilizzando procedure atte ad acquisire il consenso informato della persona medesima a ogni trattamento sanitario proposto;

f) continuità di trattamento nell'esecuzione di misure di sicurezza non detentive presso le strutture territoriali, attraverso un regime di libertà vigilata con prescrizioni mediche;

g) garanzia, nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo individuale, dell'integrazione lavorativa e sociale, con possibilità di attuazione del suddetto programma in contesti di quotidianità, anche ai fini della rivalutazione della pericolosità sociale;

h) divieto di realizzare più moduli di REMS in un solo edificio o comprensorio e divieto di istituire le residenze medesime presso i locali o gli istituti in precedenza adibiti a ospedale psichiatrico, ospedale psichiatrico giudiziario o istituto di pena, ovvero a strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie o sociali, private o pubbliche;

i) piena trasparenza delle prassi organizzative all'interno di ciascuna residenza, mediante la possibilità di accesso, previa autorizzazione, di rappresentanti di associazioni dei pazienti, di promozione dei diritti umani e del personale degli uffici dei Garanti nazionale e regionale delle persone private della libertà personale, anche al fine della loro partecipazione ad attività di informazione e prevenzione;

l) istituzione di unità di valutazione costituite da *équipe* multidisciplinari, al fine di eseguire, ove assente, l'inquadramento diagnostico delle persone ricoverate presso le

REMS, anche con la finalità di intercettare precocemente i segnali del disagio in età evolutiva e garantire la formulazione di progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati.

4. Al fine di adempiere all'obbligo di presa in carico, da parte delle aziende sanitarie locali, delle persone affette da disturbo mentale autrici di reato, assicurando ad esse il diritto alle cure e al reinserimento sociale, i DSM si dotano di unità di accoglienza e di presa in carico intensiva territoriale e si organizzano per fornire interventi diagnostici e terapeutici all'interno delle strutture penitenziarie, attraverso l'uso delle risorse impiegate per il rafforzamento dell'attività dei servizi, ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

5. Nell'ambito del Sistema informativo per il monitoraggio e tutela della salute mentale (SISM) è costituita una sezione relativa ai dati epidemiologici relativi ai disturbi mentali gravi, disturbi da uso di sostanze e disturbi in comorbilità negli istituti penitenziari e nelle REMS.

Art. 7.

(Attività di riabilitazione)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano, per il tramite dei DSM, le attività riabilitative psicosociali attraverso le seguenti strutture:

a) centri per la riabilitazione diffusa sul territorio, con il coinvolgimento delle agenzie sociali presenti;

b) strutture residenziali e semiresidenziali, quali presidi di cura e riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo, e residenze sanitarie assistite;

c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socioassistenziale.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, per il tramite dei DSM, promuovono il reinserimento della persona affetta da disturbi mentali nel contesto familiare o abituale, con particolare supporto contesto abitativo, o l'inserimento della persona medesima in strutture residenziali e semiresidenziali sociosanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dall'*équipe* multidisciplinare cui compete la presa in carico della persona. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, fino all'inserimento lavorativo in attività ordinaria, nelle cooperative di inserimento lavorativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b*), della legge 8 novembre 1991, n. 381, o nei programmi regionali di inserimento lavorativo di cui alla legge 12 marzo 1999, n. 68, in organico collegamento e in continuità terapeutica con il DSM e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stata affidata la persona.

3. Per perseguire le finalità di riabilitazione e di inserimento sociale di cui al comma 2, i DSM promuovono percorsi di residenzialità che privilegiano soluzioni abitative atte a incoraggiare l'autonomia e la responsabilità delle persone, favorendo il ricorso ad appartamenti a bassa protezione, libere convivenze e accoglienze da parte di nuclei familiari e individui idonei all'offerta di contesti relazionali appropriati.

4. L'inserimento della persona affetta da disturbi mentali in una struttura residenziale nell'ambito del SSN avviene a cura del CSM competente per territorio, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e a condizioni che suggeriscono il ricorso a un trattamento in regime residenziale. L'inserimento è effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica e il coinvolgimento della rete familiare e sociale.

5. Al fine di consentire all'autorità giudiziaria di limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive e al ricovero nelle REMS ai soli casi in cui vi siano ravvisate necessità, il DSM propone programmi per l'attivazione di misure alternative, compatibili con la condizione clinica della persona interessata e con la valutazione del relativo rischio comportamentale.

Art. 8.

(Funzioni delle università)

1. Nell'ambito della programmazione regionale, tramite appositi protocolli d'intesa di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, sono individuate le modalità per l'affidamento di funzioni assistenziali agli istituti universitari di psichiatria e di neuropsichiatria infantile, da svolgere unitamente alle funzioni di didattica e ricerca, per un'area territoriale delimitata e all'interno del DSM di riferimento.

2. Le scuole di specializzazione in psichiatria, nel rispetto della normativa vigente in materia, valorizzano e promuovono i contenuti della presente legge secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca, previa intesa con la Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Il medesimo decreto individua altresì gli strumenti atti a potenziare il ruolo dell'università nella ricerca clinica e nello studio dei disturbi mentali, dall'età dell'infanzia all'età geriatrica.

3. Le cliniche psichiatriche, nel rispetto delle normative vigenti, possono partecipare ai servizi dei DSM secondo modelli e pratiche di integrazione e di collaborazione paritaria.

Art. 9.

*(Disposizioni per garantire
l'incolumità dei familiari)*

1. Il DSM si fa carico del supporto all'organizzazione di vita dei nuclei familiari in cui è presente una persona affetta da grave disturbo mentale, sia con interventi diretti volti all'erogazione di specifici trattamenti, sia con interventi che possano contribuire alla normalizzazione della convivenza familiare.

2. Nei casi in cui la convivenza con la persona affetta da disturbi mentali comporti rischi per l'incolumità fisica della persona stessa o dei suoi familiari, il CSM, in collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza della persona, provvede a individuare una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona nell'ambito degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

Art. 10.

*(Campagne di comunicazione e informazione
sul disagio psichico e sulle malattie mentali)*

1. È autorizzata, per l'anno 2025, la spesa di 2 milioni di euro, al fine di realizzare una campagna di comunicazione e di informazione mirata a ridurre il disagio psichico e ad affrontare efficacemente gli esordi delle malattie mentali. Le iniziative di sensibilizzazione comprese nella suddetta campagna si strutturano su vari livelli, al fine di comunicare adeguatamente con tutti gli attori coinvolti, e fanno parte di un Piano da adottare, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza permanente tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. La suddetta campagna prevede:

a) a livello generale, la realizzazione di *brochure*, volantini e manifesti informativi

studiati e realizzati per aumentare i livelli di conoscenza del disagio mentale dei ragazzi e dei loro familiari, da distribuire presso gli uffici dei servizi sociali dei comuni, i consultori familiari, gli ambulatori specialistici di psichiatria e i medici di medicina generale, nonché di *spot* televisivi da trasmettere sulle principali emittenti televisive nazionali e sulle reti della Rai – Radiotelevisione italiana Spa, negli spazi messi a disposizione gratuitamente dal Dipartimento per l'informazione e l'editoria della Presidenza del Consiglio dei ministri e sui canali informatici, compresi i *social media*, del Ministero della salute;

b) a livello specialistico, l'effettuazione di:

1) corsi di educazione continua in medicina (ECM) rivolti a tutte le figure professionali coinvolte nella cura delle persone con disturbi mentali, ovvero psichiatri, neuropsichiatri infantili, psicologi, medici di base, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, personale dei consultori e dei servizi sociali dei comuni. I suddetti corsi offrono una informazione scientificamente aggiornata e fruibile sulle caratteristiche e sull'esordio delle malattie mentali e sui servizi in termini di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza;

2) seminari e corsi formativi e informativi locali da effettuarsi in collaborazione con l'azienda sanitaria locale di riferimento, volti alla sensibilizzazione della popolazione a rischio attraverso il coinvolgimento delle figure professionali attive sul territorio.

2. All'onere derivante dall'attuazione del presente articolo, pari a 2 milioni di euro per l'anno 2025, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 2024-2026, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del

Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2024, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.

3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 11.

(Copertura finanziaria)

1. È istituito, nell'anno 2025, nello stato di previsione del Ministero della salute, un fondo con una dotazione iniziale di 80 milioni di euro per ciascuno degli anni 2025, 2026 e 2027, destinato a finanziare, in via sperimentale, nei limiti del medesimo stanziamento, il rimborso diretto, anche parziale, delle spese sostenute per le attività di cui all'articolo 2, comma 5.

2. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri e le modalità di riparto del fondo di cui al comma 1, nonché il sistema di monitoraggio dell'impiego delle risorse.

3. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, in sede di riparto delle risorse finanziarie assegnate al SSN, nell'ambito dei parametri e dei criteri fissati per i livelli essenziali di assistenza (LEA), il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce le risorse da destinare alla tutela della salute mentale, in misura non inferiore al 5 per cento della dotazione del Fondo sanitario nazionale.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano, tenuto conto delle specifiche esigenze, le modalità per la ripartizione delle risorse destinate alla salute mentale tra i DSM e ne verificano l'utilizzazione.

5. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse destinate alla salute mentale, attribuendo priorità ai progetti, anche innovativi, volti a perseguire gli obiettivi di cui alla presente legge e perseguendo il graduale contenimento della spesa relativa alle strutture residenziali ad alta protezione, pubbliche o private.

6. I risparmi derivanti dall'applicazione di misure di razionalizzazione ai sensi del comma 3 rimangono nella disponibilità delle singole regioni e province autonome per le finalità di tutela della salute mentale di cui alla presente legge.

