

PROPOSTA DI LEGGE "181"

Con lo sguardo rivolto al futuro



Le Parole ritrovate

IL FAREASSIEME NELLA SALUTE MENTALE

PROPOSTA DI LEGGE

"181"

Con lo sguardo rivolto al futuro



Le Parole ritrovate
IL FAREASSIEME NELLA SALUTE MENTALE

Note introduttive

La Legge 180/1978 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 ad oggi i 2 primi principi 'rivoluzionari' della 180 sono entrati nelle pratiche quotidiane della salute mentale italiana.

Il 1° e più importante, quello della chiusura dei manicomi, è ormai consegnato alla storia.

Il 2°, sui trattamenti sanitari obbligatori, fa ancora oggi molto discutere, secondo noi impropriamente, o comunque in maniera eccessiva.

Il 3°, sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, non ha trovato nella legislazione ordinaria e soprattutto nelle pratiche quotidiane, un percorso e un radicamento applicativo adeguato. 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'unica Legge dello stato, dal 1978 ad oggi, che si è occupata di normare i principi della 180 è stato il DPR 10.11.1999 Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000".

Un testo sicuramente condivisibile, ma privo per sua propria natura della 'forza' giuridica necessaria e ormai ampiamente datato.

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

Inoltre è purtroppo sempre mancata a livello ministeriale o di enti collegati 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, piste di lavoro e indirizzi condivisi.

Da ormai più di 30 anni nel paese si continua a litigare sulla 180, tra chi la considera una legge sbagliata e perciò da cambiare e soprattutto responsabile di tutto quanto non va nella salute mentale italiana e chi la considera un'icona immutabile.

Basta leggerla per capire che la 180 non è nata per disegnare le cose da fare nel quotidiano della salute mentale. E la si può trovare nella allegata nota finale come è stata 'trasferita' nel dicembre 1978 nella Legge 833, la Legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

La 180 era e resta fissata a quei 3 principi che abbiamo richiamato all'inizio. Riempire di contenuti quella rivoluzione spettava e spetta ad altri provvedimenti legislativi e ad una infinità di atti coerenti e conseguenti affidati alla buona volontà di tanti uomini operanti nelle ASL, nelle amministrazioni, nella politica locale, nella comunità tutta e anche al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai Dipartimenti di salute mentale italiani a cui troppo poco in questi 30 anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e protagonismo.

Quindi il litigare su '180 sì / 180' non appare mal posto e fuorviante e il movimento di Parole ritrovate se ne chiama assolutamente fuori. Per noi 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 malati di mente hanno incontrato la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome.

Abbiamo perso piuttosto tempo prezioso, sprecato sul brutto altare di dispute ideologiche e di cattivi principi, e che avremmo dovuto dedicare a tradurre in fatti coerenti e conseguenti il 3° 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 del paese spirito e principi della 180 sono compiutamente realizzati. E dal dato altrettanto vero che in molte parti del paese la qualità dell'assistenza psichiatrica lascia non poco a desiderare.

E prima ancora avremmo potuto e dovuto individuare alcuni pochi principi generali, e che in quanto tali rimangono di competenza del legislatore nazionale, in grado di animare l'operatività quotidiana dei Servizi di salute mentale con un respiro che trascenda la mera indicazione di singoli comportamenti virtuosi, ma che riesca a tracciare la cornice di un sistema di buona salute mentale che fa del pensare positivo, del *fareassieme*, dell'incontro tra saperi, della guarigione sempre possibile, del miglioramento continuo della qualità prestazionale i suoi riferimenti portanti.

Quello che appare quindi doveroso è di dare a Cesare quel che è di Cesare, consegnare alla storia i meriti della 180 e preoccuparsi di renderne realmente operativa quella territorializzazione dei servizi che l'articolato della 180, per sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non prevedeva. Perché nessuno oggi vuole seriamente riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione cura e riabilitazione vadano fatti sul territorio.

Rimane il capitolo sui TSO che è ancora parte del dibattito attuale sulla 180 ma che può verosimilmente trovare una sua composizione in un quadro complessivo di più ampio e meditato respiro.

Negli ultimi 20 anni sono stati presentati in Parlamento numerosi disegni di legge volti a 'modificare-ritoccare' la 180, ma sono tutti in larga misura, e in molti casi in via esclusiva, concentrati sull'obiettivo di prolungare nel tempo i TSO. Sicuramente riteniamo si possa discutere di TSO, anche se non è un nostro obiettivo, ma non pensiamo in alcun modo che questo rappresenti il tema

centrale della discussione, né che da sue proroghe ad infinitum possano emergere le soluzioni ai mali della salute mentale italiana.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, 5 obiettivi fondamentali:

1. essere in continuità con lo spirito e i principi che hanno animato la 180, e riprendere la sostanza del DPR Progetto obiettivo "Tutela salute mentale 1998-2000";
2. definire alcuni principi generali che sono oggi ineludibili per dare gambe robuste ad una buona salute mentale di comunità, quale quella attesa da più di 30 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 tutti;
4. garantire il massimo coinvolgimento possibile di utenti e familiari nei percorsi di cura, valorizzandone al meglio il sapere esperienziale;
5. garantire nelle prestazioni una attenzione continua ai processi di miglioramento continuo della qualità.

Su queste basi la nostra proposta di Legge 181! E il titolo individua con chiarezza la strada che vogliamo percorrere. Continuità con i principi della 180, capacità di esserne figlia in termini di dettati operativi. Nel merito del suo percorso siamo consapevoli che andranno trovate le giuste strade per accompagnarla, sia sotto il profilo strettamente giuridico che di merito, e anche di concertazione con interlocutori istituzionali e non di livello diverso.

Come risulterà chiaro dalle note che seguono e dall'articolato, quello che soprattutto vogliamo è portare aria nuova e fresca in un dibattito che da troppi anni ha prodotto quasi solo conflitti ideologici. Vogliamo pensare alla salute mentale come ad un mondo ricco di risorse positive che può contribuire a rilanciare una dimensione di comunità dove abbiano particolare diritto di cittadinanza alcune parole chiave che coglieremo facilmente proseguendo nella lettura della presentazione. Parole chiave buone per la salute mentale, ma anche capaci di dare il loro piccolo ma importante contributo per rilanciare un'Italia che sa guardare al futuro in modo positivo e sorridente.

A partire dal nostro 'marchio': *fareassieme!* Utenti, familiari, operatori, 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.

Abbiamo fatto '180', facciamo '181'.

Il movimento Le Parole ritrovate nasce per far camminare assieme utenti, familiari, operatori e cittadini. 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. Quando l'Europa era un continente ancora tutto da scoprire e fuori dai nostri confini e l'euro non era ancora nato per accompagnare le nostre inquietudini di (ex) ricchi orfani di speranze e di futuro.

In quella stagione entusiasmante abbiamo chiuso i manicomi, emblemi di morte civile. Abbiamo dichiarato a noi stessi e al mondo che Giovanni ¹ doveva ritrovare nella sua comunità dignità e futuro.

In Italia oggi sono almeno 500.000 le persone che soffrono di malattie mentali importanti. Sommiamo 2 milioni di familiari che contano e ci avviciniamo ai 3 milioni di persone che tutti i giorni devono confrontarsi con il dramma della malattia mentale 'grave'. Una battaglia tra le più pesanti che può capitare nella vita di una famiglia. Un 11 settembre ci ricorda ogni tanto qualche genitore. L'impensabile irrompe nel quotidiano. Un figlio, un fratello, un nipote che sino 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, incapace di guardare alle piccole cose quotidiane se non per vedervi la fine del mondo.

Chi ha incontrato la malattia e ne ha fatto esperienza impara che se da un lato c'è la speranza della guarigione, e tanti, almeno i due terzi guariscono, dall'altro c'è l'incubo della brutta bestia che finisce prima o poi per ritornare, per incollarsi al groppone, 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 col tempo consegnava ai parenti una sorta di oblio nebbioso, come quello che accompagna il migrante in terre lontane da cui si intuisce non esserci biglietto di ritorno.

La nostra rivoluzione ha cancellato l'obbrobrio, e ha fatto più che bene, e ha riportato migliaia di Giovanni a vivere nel proprio paese, nella propria famiglia, e ha fatto più che bene.

Ma ci ha lasciato un impegno, un impegno di quelli che vanno onorati, cascasse il mondo. 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.

¹ Giovanni identifica una persona con un disturbo psichico importante. Non corrisponde ad una persona reale e ne abbiamo preso a prestito il nome per renderne la presenza più umana.

Perché tutte le volte che dalla malattia non si può, non si riesce, a guarire si può sempre comunque garantire qualità di vita almeno decorosa, presenza e calore, vicinanza concreta nei momenti della crisi più buia, sostegno tangibile per (ri)avvicinarsi al lavoro, alla gente, alla vita.

Quando abbiamo chiuso i manicomi davamo per scontato, senza chiedercelo poi più di tanto, che questo sarebbe successo sempre e dappertutto. 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 sino 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 sino ad ora, almeno in molte parti di Italia, più perso che vinto. Pareggiato se vogliamo farci qualche sconto king size. Una sfida che ritroviamo tutte le volte che Giovanni o un suo familiare arriva ai nostri Servizi a gridare la sua disperazione.

L'Italia è uno strano paese. Capace di fare cose straordinarie, 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 Servizio di salute mentale. Cure tra le migliori al mondo, incuria e ignavia delle peggiori.

Questo è il motivo tanto semplice quanto radicale per cui gli dobbiamo una '181'. Gli dobbiamo quell'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. Spesso guarirla e se non guarirla ammorbidirne, 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. Non sarà rivoluzionaria come la 180. Ma dovrà costringere gli ignavi a onorare l'impegno assunto 34 anni fa. Per capire cosa sarà la '181' diamo voce e spazio anzitutto a 10 tra le azioni più importanti (e di facile presentazione) che dobbiamo garantire a Giovanni e alla sua famiglia, e che oggi latitano ancora in troppe parti d'Italia. E che sono tra le cose che maggiormente la '181' vuole garantire.

È un compito facile per il movimento de *Le Parole ritrovate* perché in tanti abbiamo girato l'Italia della salute mentale in questi ultimi 10 anni. Perché questo nostro viaggiare e incontrarci ci ha permesso di cogliere buone pratiche da importare a casa di tutti noi, ma anche di conoscere tante cattive pratiche raccontate da utenti e familiari troppo spesso angosciati e disperati.

Da quei racconti si potrebbe ricavare una 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 / vogliamo fare in tutte le nostre città.

1. *La fiducia e la speranza.*

La Dichiarazione d'Indipendenza degli Stati Uniti sancisce per tutti i cittadini il "diritto alla ricerca della felicità". La '181' vuole sancire il diritto alla fiducia e alla speranza per tutti gli utenti e i familiari che frequentano i Servizi di salute mentale. E le 2 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 speranza ne hanno ben poca. Non perché medici e operatori siano necessariamente indifferenti o ringhiosi, 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 100 utenti pescati a caso nell'Italia psichiatrica siamo fortunati se ne troviamo 50 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. La '181' mette fiducia e speranza al primo posto, al primo articolo. E pretende che sia misurata. Perché anche le leggi hanno un cuore, se lo vogliamo !

2. *Colori pastello e donazioni private.*

Chi gira l'Italia psichiatrica rarissimamente entra in Servizi di salute mentale dove viene spontaneo dire '*che bel posto*', poltroncine colorate, quadri alle pareti, tabelle indicative non fatte a computer o a mano. Va bene che i Servizi di salute mentale hanno 'solo' 30 anni di vita, ma sicuramente si poteva e si doveva collocarli in luoghi ben più decorosi. Negli ultimi anni qualcosa di meglio si vede, ma è ancora davvero troppo poco. E ovviamente non è bisogno di ostentare lusso, ma importanza di dar 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 scalcagnate, attraversare corridoi che non vedono una mano di colore da anni, scoprire che una bella pianta è guardata come si guarda ad uno yacht da 60 metri.

E allora la '181' pretende che i luoghi che ospitano la sofferenza mentale abbiano un decoro che in una scala da 1 a 10 valga almeno 7 +. E che, cosa dalle nostre parti poco o nulla sfruttata, siano ben accette e anzi stimolate donazioni e sostegni da quei tanti privati che non disdegnano, anzi, di appoggiare cause nobili di tutti i tipi. E allora lo scriviamo che la legge '181' lancia una campagna all'insegna '*in psichiatria 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. Perché colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre.

3. *Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli UFE un jolly prezioso.*

Che un medico sia esperto di malattie è cosa risaputa e condivisa. Che lo sia il cosiddetto paziente molto meno, 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 suo 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 info giuste, che coglie le sfumature, gli effetti dell'ultima pillola, la differenza tra la teoria dei risultati attesi e la pratica della realtà vissuta. E il medico, più è bravo e intelligente, più sfrutterà l'esperienza del suo cliente per curarlo al meglio. Succede spesso ? ahimè no ! e 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 cosiddetto paziente. Quasi che a farlo il medico diventasse meno medico e il paziente meno paziente. È vero il contrario. A riconoscere e valorizzare le esperienze e i saperi reciproci tutti diventano più sapienti. La '181' vuole insegnare questa semplice verità a chi ha a che fare con la malattia mentale, sia esso un medico, un paziente, un familiare. Perché chi sente le voci, chi è depresso, chi non trova più la porta di casa per uscire, di tutti questi brutti acciacchi è indubbiamente esperto e opportunamente invogliato ne mette a disposizione il valore.

Per fare al meglio questa operazione di 'scambio di saperi' la '181' mette dentro il sistema sanitario, dentro i Servizi 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, ad operatori scettici o pigri. Li riconosce formalmente e li paga in quanto professionisti del sapere esperienziale. In gergo sono diventati gli UFE (Utenti Familiari Esperti) e stanno portando piccole rivoluzioni in tutte le realtà dove hanno messo piede. Confortati dagli esperti che vedono in loro una straordinaria occasione per aumentare centralità e protagonismo di tutti gli utenti e anche fiducia, speranza, adesione ai trattamenti e chi più ne ha più ne metta. Una risorsa straordinaria di cui sempre più sentiremo parlare.

4. *Stigma e pregiudizio, 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 fare 4 chiacchiere, andare a cena, fare un viaggio al mare. Lo vediamo, ancor prima di averci seriamente riflettuto, incomprensibile, pericoloso, immutabile 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, rischia quasi sempre di venire cancellata 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 tant'è!

I pregiudizi questo sono. Idee negative su cose, su persone, di cui non abbiamo esperienza concreta, giudizio autonomo. E allora Giovanni e la sua famiglia sono accerchiati da questo sentire negativo, ancor 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, il suo percorso di cura è in salita. Basta scorrere i giornali per vedere come la follia compare 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 cosiddetti normali, non sono, se li avviciniamo con occhio libero così incomprensibili, guariscono spesso e volentieri. 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 '181' vuole che sullo stigma e sul pregiudizio si lavori sul serio. Cosa che fino ad ora quasi nessuno ha fatto. E per combattere stigma e pregiudizio 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. Ottimi propagandisti gli utenti e i familiari quando si raccontano. E ancora facendo nella salute mentale cose belle e importanti perché i media ne parlino e dicano che follia non è solo cronaca nera! E impegnandosi tutti assieme a dare voce e presenza a utenti e familiari in tanti spazi di vita comunitaria. Un modo piacevole per scrivere un'Italia migliore.

5. *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, di risultato positivo. Nello sport, nel lavoro, nella vita in generale. Mettiamo la 'squadra' anche dentro il quotidiano dei Servizi di salute mentale. Ecco la formazione: 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 altri 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, la depressione, le voci. Per ritrovare senso di vita, lavoro, socialità, sorriso. Peccato che nelle nostre psichiatrie di 'squadre' siffatte se ne vedano davvero poche. Una volta è Giovanni che si chiama fuori, un'altra la famiglia che è troppo a pezzi, più spesso gli operatori che invocano la privacy, il tempo che non c'è, la difficoltà a tenere assieme un gruppo che ancora non si riconosce tale.

La '181' crede nella squadra, sempre. Perché lo dice la scienza, e ancor prima il buon senso e le esperienze di chi ci ha provato. Senza alibi e senza

pigrizie. Naturalmente a funzionare le 'nostre' squadre qualche problema lo incontrano. Ciascun partecipante può avere le sue piccole ragioni per scantinare, prendere tempo, 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 2 cose. Avere strumenti chiari dove tener conto di quello che la squadra sta facendo e farà. Un diario di bordo, come quello delle navi, in mano a tutti i membri della squadra e non solo al comandante. E poi avere nella squadra un 'Garante'. Una persona esterna al gruppo e che partecipa per aiutare il gruppo a fare bene 3 cose. Dare voce a tutti in un clima di rispetto e condivisione, ricordarsi di prendere accordi chiari e di sottoscriverli, ritrovarsi periodicamente per verificare cosa è andato bene e cosa no. Sembra l'uovo di Colombo e lo è. Ma quanti franchi tiratori sul povero Garante e sulla 'sua' squadra! Ma tranquilli, assieme ce la faremo.

6. *Il dramma della prima, della seconda, 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 un po' stai dalla loro parte cercano sollievo al loro dolore raccontandotelo. Quando quei drammi escono alla luce viene sempre da chiedersi come sia possibile, per quei genitori, tollerare ferite così devastanti e essere ancora lì in prima linea ad affrontarne di nuove. E subito dopo come sia possibile che a quei drammi chi è pagato per farvi fronte sappia trovare, non sempre ma troppo spesso, un impressionante campionario di alibi e scuse per sottrarvisi. Quando il nostro Giovanni, preso nei vortici della malattia, da sfogo estremo al suo disagio, non ci sono alibi che tengano. Gli operatori della salute mentale devono intervenire. In prima persona. Giovanni prima di passare il segno, ha sempre lanciato segnali. Se i Servizi sono stati al suo fianco li hanno colti e se li hanno colti quasi sempre li hanno saputi incanalare, limitare, 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 Servizio deve esserci. E non il giorno dopo o la settimana dopo.

Il papà o la mamma raccontano delle telefonate tanto disperate quanto inutili fatte ai Servizi di salute mentale a chiedere aiuto mentre sullo sfondo si sentono i rumori della guerriglia. E la risposta è "*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...*".

La '181' dice che i Servizi di salute mentale non possono chiamarsi fuori, che devono esserci e come devono esserci. In modo puntiglioso e preciso. Tempi di risposta: in giornata. Strumenti per accompagnare quello che si fa. Responsabilità chiare e definite. Coinvolgimento di quanti possono contribuire a ridurre il peso della crisi, dal medico di famiglia all'amico del cuore. E chi si chiama fuori paga pegno.

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, col mal di cuore o col diabete raramente si fa rappresentare da genitori o mogli o mariti per avere cure e rispetto. Un Giovanni che sente le voci, che si sente straniero nel nostro mondo difficilmente chiede aiuto, 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 consorti, figli ed 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, arrabbiati, dobbiamo sempre il massimo dell'ascolto, dell'attenzione, 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 quei tempi non sono i Servizi a deciderli. I Servizi possono/debbono rispettarli e accompagnarli. Sapendo che quei tempi saranno tanto più brevi quanto più a quelle famiglie sarà dato aiuto incondizionato. Mettendosi dalla loro parte. Provando a essere 'noi' per qualche giorno 'loro'. Andando 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 Accompagnamento. Sempre! E vedrete che nessuna Agenzia di rating toglierà qualche A! Anzi segnalerà quelle che mancano. E purtroppo sono ancora tante, in tanti luoghi diversi d'Italia.

Garantito questo, ci sono molte altre cose che vanno offerte alle famiglie, sapendo che non sempre le accoglieranno quando verranno proposte loro, che ci vorrà tempo e pazienza. Una proposta da ripetere per almeno il '77 volte 7' di biblica memoria. Anzitutto cicli di informazione, di psico-educazione in gergo, per far sì che le famiglie sappiano il più possibile della malattia, dei farmaci, delle cose che il Servizio 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 se stessi, pre-requisito per star meglio con i propri familiari. Ancora, sportelli autogestiti da familiari per dare info 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 e disperate 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. Tutte cose che la '181' prescrive e ancora una volta chi fa orecchie da mercante paga pegno.

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 telefonando a 100 Servizi di salute mentale italiani la risposta suona un ‘poco’ diversa. Quasi mai chi risponde si qualifica, ancor meno spesso ci mette una frase di cortesia. Senza contare i tempi d’attesa che costano denaro e fegato. 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 come. Per 2 motivi. Se un Servizio di salute mentale non è capace a fare una cosa così semplice come riuscirà a fare quella cosa sicuramente più complicata che è ‘curare’ la malattia? 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 mezzo sospiro di sollievo e affronta la situazione almeno un poco rinfancato. Questo vale al telefono, strumento che nei Servizi è sempre bollente, 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 100 Servizi ci presenterebbe un quadro a dir poco leopardato.

Ecco quello che la ‘181’ 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 in tempo reale, 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 / educatore, sarà disponibile in un tempo minimo garantito, diciamo 5 minuti per capirci. E farà della buona accoglienza, dell’ascolto, della gentilezza da manuale la sua ragione di vita. Nell’attesa, se attesa ci sarà, 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 ci mettiamo sale d’attesa che non sembrano quelle delle stazioni ferroviarie dei film del neo-realismo. Sono colorate, hanno sedie dignitose e piante fiorite. Perché la buona accoglienza passa anche da queste piccole cose.

9. *Sapere a chi rivolgersi, il biglietto da visita che non sempre c’è.*

Chi è entrato nel sistema della salute mentale si vede di solito assegnare un medico psichiatra 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 ad un centro diurno, da una casa protetta ad un laboratorio per l’inserimento lavorativo. Può succedere che Giovanni si trovi a confrontarsi anche con 10 operatori che in momenti e luoghi diversi si occupano di lui. Cosa spesso buona perché dimostra che il sistema è ricco ed 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 ad ogni stagione. Se costruire

un rapporto di fiducia è la pietra angolare di ogni buona cura è chiaro che ad 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, i trasferimenti. 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 non va bene. Ascoltare Giovanni vuol dire confrontarsi con lui, capirne le ragioni, anche quando dice che vuole cambiare il medico! E occorre farlo, piaccia o no.

Su queste premesse occorre dare a Giovanni il massimo delle info possibili perché lui, e con lui la sua famiglia, sappia chi sono questi benedetti 'operatori di riferimento'. Per i Servizi appare tutto scontato. Sta scritto sulla cartella clinica, magari sul sistema informativo se la ASL lo possiede e viene usato. Ma Giovanni, uomo a volte confuso e spesso sofferente, non ha la mente fatta a banca dati. E allora fornirgli di una 'psicocard' con sopra incise tutte le informazioni essenziali costerebbe poco e aiuterebbe molto. Gli orari di apertura del Centro, le alternative quando è chiuso, il nome del medico psichiatria e di altri operatori coinvolti, altre info utili alla causa. La '181' vuole semplificare la vita di Giovanni anche in questo modo.

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

Vexatissima quaestio ! Ossia questione molto molto dibattuta e importante. Nella psichiatria italiana ci sono almeno 2 partiti su questa questione. Quelli che pensano che quando Giovanni ha problemi di casa, di lavoro, di socializzare nel tempo libero, sono altri (o soprattutto altri) a doversene occupare. Quelli che pensano che i Servizi 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 ad una qualità di vita almeno dignitosa quei 3 campi, casa-lavoro-socialità, sono essenziali. Il dibattito è altrove. I primi hanno un'idea della cura centrata su un approccio medico, i Servizi di salute mentale sono servizi sanitari e di cure mediche devono occuparsi. E la casa o il lavoro non sono cose mediche. Quindi che se 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 3 campi essenziali vuol dire fare una cura solo a metà. Perché per quanto brave siano le agenzie esterne (laddove ci sono e sono vive) non si può abdicare a metter mano a queste 3 aree vitali per Giovanni e la sua famiglia. E non è un caso che parlando con familiari di tutta Italia, assieme ai vuoti di intervento nelle situazioni di crisi, l'altra grande lamentazione è proprio su lavoro e casa. Come dire che i genitori hanno chiaro, per esperienza diretta, che assieme 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 '181' su questa vexatissima quaestio è schieratissima! I Servizi di salute mentale sono in primissima linea su questi 3 fronti. Ci sono anzitutto con

operatori 'dedicati' che se ne occupano specificatamente. Cosa oggi tutt'altro che presente e scontata. E già questo non è poco.

Garantito questo, sul fronte 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 pure di solito esistono, le clausole sociali dei grandi appalti, le cooperative. E poi si rimboccano le maniche e usano la fantasia per trovare, anche dentro i Servizi e con partner disponibili, 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 e competenze.

Sul fronte casa, l'impegno è quello di valorizzare le risorse di Giovanni e 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 lo si è sperimentato, funziona molto bene la convivenza tra 2 (o 3) Giovanni. Scatta 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 esperimenti in alloggi da condividere con gli studenti universitari e altro ancora.

Naturalmente questi 10 punti, e perciò questi 10 articoli, non esauriscono tutto quanto deve essere fatto per migliorare la qualità delle cure che i Servizi di salute mentale italiani devono offrire. Garantiscono però, dal nostro punto di vista, un contributo importante per assicurare una base e una cornice solida, e al tempo stesso ricca di spunti positivi e innovativi, su cui costruire pratiche di normale quotidianità prestazionale, fortemente condivise e radicate nelle nostre comunità. Una base che scommette sul positivo e che vuole introdurre, nelle logiche spesso asfittiche della tecnica legislativa formale, contributi di fantasia e di intelligence, di scienza e di passione

Concludendo preme rimarcare ancora una volta, perché è il nostro irrinunciabile mantra, che la cultura e la pratica del movimento de Le Parole ritrovate non sono fatte di dispute ideologiche o dell'aspettare dagli altri le soluzioni.

La nostra cultura parte dal fareassieme, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori, utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e che il principio della responsabilità personale ci tocca indistintamente tutti.

E allora questa proposta di legge è anzitutto un modo per dare testimonianza di quanto abbiamo fatto e stiamo facendo e per metterlo a disposizione di quanti hanno interesse a conoscerlo e a sfruttarne tutte le potenzialità e le pratiche già consolidate.

Presentazione dell'articolato

Nella proposta di legge si trovano 18 articoli.

- ☑ L'art. 1 presenta gli obiettivi generali.
- ☑ Gli artt. 2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 propongono i principi generali ritenuti essenziali per fornire una cornice tale da garantire interventi efficaci e appropriati e che abbiamo ampiamente descritto nel capitolo precedente di questa presentazione. Gli artt. 7 e 11 possono apparire dedicati ad aree puntiformi (crisi, abitare, lavoro, socialità). Sono ritenuti di carattere generale per l'importanza che hanno nel percorso della malattia e perciò nel rendere necessarie norme sovra regionali che ne mettano in sicurezza un livello adeguato di applicazione.
- ☑ Gli artt. 12 e 13 inquadrano i Dipartimenti e le Consulte della salute mentale. Si istituisce tra l'altro una Consulta nazionale con il compito di raccordare in tutto il paese pratiche condivise nello spirito della presente Legge.
- ☑ Gli artt. 14-15-16-17 dettano norme di carattere generale in tema di finanziamento, personale, qualità e formazione. In particolare l'art. 14 è dedicato agli aspetti finanziari. Pur senza ridefinire la percentuale minima di allocazione di risorse alla salute mentale, che è già presente in altre norme e leggi, l'articolo vuole garantire un corretto equilibrio di spesa tra le principali aree di intervento. In questo modo si vuole andare con forza a correggere quelle numerose situazioni dove una parte assolutamente spropositata di risorse finisce in rette per strutture residenziali, quasi sempre private, togliendo in questo modo risorse alle attività territoriali fondamentali.
- ☑ Gli artt. 17 e 18 stabiliscono l'indispensabile sinergia con la Conferenza Stato-Regioni per la condivisione su tutto il territorio nazionale di quel chi fa che cosa dove e quando che non è nelle competenze di una legge statale.

PROPOSTA di LEGGE '181'

Tutela della salute mentale

Tutela della salute mentale

Art. 1 – *Perché questa legge*

Art. 2 – *La fiducia e la speranza*

Art. 3 – *Colori pastello e donazioni private*

Art. 4 – *Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli UFE*

Art. 5 – *Stigma e pregiudizi, no grazie!*

Art. 6 – *Nei percorsi di cura fare squadra è bello. Con un Garante è anche meglio*

Art. 7 – *Il dramma della crisi*

Art. 8 – *Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse*

Art. 9 – *Accoglienza calda, dappertutto e sempre*

Art. 10 – *Sapere a chi rivolgersi, la psicocard*

Art. 11 – *Abitare, lavoro, socialità. Ce ne occupiamo anche noi*

Art. 12 – *Dipartimento di salute mentale*

Art. 13 – *Consulta di salute mentale locale e nazionale*

Art. 14 – *Finanziamento*

Art. 15 – *Personale*

Art. 16 – *Qualità totale*

Art. 17 – *Formazione*

Art. 18 – *Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale*

Art. 19 – *Composizione delle Consulte di salute mentale*

Capo I

Tutela della salute mentale

Art. 1

Perché questa legge

1. La presente Legge si pone come obiettivi:
 - a) operare in continuità e coerenza con i principi e il dettato della Legge 180/1978 come recepita nella Legge 833/1978;
 - b) individuare e rendere vincolanti alcuni principi generali (artt. 2-11) che siano in grado di disegnare una cornice chiara e forte e ricca di spunti innovativi entro cui calare le pratiche ordinarie rese dai Dipartimenti di salute mentale;
 - c) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale, Dipartimenti di salute mentale e Consulte per la salute mentale (artt. 12-13);
 - d) rimodellare alcuni indirizzi in tema di finanziamento, personale, qualità, formazione per la salute mentale (artt. 14-17);
 - e) fornire alla conferenza Stato-Regioni opportuni stimoli per ri-

attualizzare il DPR 10.11.1999, Approvazione del Progetto-Obiettivo "Tutela salute mentale" 1998-2000, con particolare riferimento al "chi fa che cosa dove quando" (artt. 18-19).

Art. 2

La fiducia e la speranza

1. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale radicare in utenti e familiari fiducia nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni offerte e speranza nel proprio percorso di cura.
2. Il tasso di fiducia e di speranza di utenti e familiari viene misurato almeno una volta all'anno secondo le modalità indicate dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. I tassi riscontrati contribuiscono a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 3

Colori pastello e donazioni private

1. I luoghi fisici deputati a erogare prestazioni in tema di salute mentale devono garantire caratteristiche di confort alberghiero non inferiori a quelle previste per uno stabilimento alberghiero a 3 stelle. Una particolare attenzione va posta nella cura di quei particolari di arredo che a costi peraltro modesti ne garantiscono una vivibilità positiva (piante, quadri e colori pastello alle pareti, segnaletica accurata, etc.).
2. Per raggiungere le finalità di cui al comma 1 sono ordinariamente impegnate le ASL. Sono peraltro suggerite e incentivate iniziative aventi pari finalità e promosse dai Dipartimenti e dalle Consulte di salute mentale di cui agli artt. 12 e 13 sotto forma di ricerca attiva di sponsor e di attività di fundraising.

Art. 4

Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli UFE

1. Gli operatori della salute mentale dispongono di un sapere professionale, acquisito nei percorsi formativi e sul campo, che li mette in condizione di erogare prestazioni efficaci e appropriate e di norma facilmente riconoscibili da utenti e familiari.
2. Gli utenti e i familiari dispongono di un sapere esperienziale, acquisito nel corso della conoscenza fatta con la malattia e all'interno di un percorso di cura positivo, che li mette in condizione di essere degli 'esperti per esperienza'.
3. Operare per valorizzare e incrociare saperi professionali e saperi esperienziali, migliora aspetti fondamentali dei percorsi di cura quali la fiducia, la speranza, il clima generale, l'adesione ai trattamenti.
4. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale

porre in essere iniziative diverse, sia in campo formativo che nelle pratiche di lavoro ordinarie, per rendere entrambi i saperi visibili e riconosciuti.

5. Gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) sono remunerati e sono individuati con modalità e in numero non inferiore a quanto stabilito all'art. 15.
6. Gli UFE operano all'interno delle aree dei Dipartimenti e finalizzano la propria attività nel fornire testimonianza del proprio sapere esperienziale a utenti e familiari in carico ai Dipartimenti. Gli UFE implementano quanto richiamato al comma 3, in termini di miglioramento del clima generale, della fiducia, della speranza, dell'adesione ai trattamenti.

Art. 5

Stigma e pregiudizi, no grazie !

1. Lo stigma e i pregiudizi accompagnano da sempre, se pur con incidenza variabile a seconda dei contesti comunitari e dei periodi storici, il malato di mente e la sua famiglia. Costituiscono un ostacolo nel percorso di cura, incidono negativamente sugli esiti e sono per i diretti interessati motivo di grave sofferenza.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale porre in essere, attraverso operatori dedicati, una pluralità di iniziative finalizzate al contrasto dello stigma e dei pregiudizi. In particolare vanno interessati il mondo della scuola, i media, le rappresentanze attive della cittadinanza, enti pubblici e privati a vario titolo coinvolti nel tema della salute mentale.
3. Nelle iniziative di cui al comma 2 vanno coinvolti routinariamente UFE e utenti e familiari disponibili. La loro presenza in azioni di questo tipo è particolarmente utile per modificare i pregiudizi che il cittadino ha della malattia mentale nel momento in cui si trova a confrontarsi direttamente con i suoi protagonisti.

Art. 6

Nei percorsi di cura fare squadra è bello. Con un Garante è anche meglio

1. Nei percorsi di cura è importante garantire il lavoro di squadra. La squadra di 'trattamento' si compone dell'utente, dei familiari, degli operatori dedicati, di altre eventuali figure particolarmente significative.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale operare perché il trattamento in squadra sia il più possibile presente nei percorsi di cura ordinari degli utenti, con particolare attenzione ai momenti dedicati all'inizio, alle verifiche periodiche del percorso, alle situazioni di particolare criticità e comunque nei momenti dove il contributo e la partecipazione attiva di tutti è un valore fondante la qualità del percorso di cura medesimo.
3. La squadra di 'trattamento' si avvale nel proprio percorso di strumenti dedicati, come da indicazioni dei Dipartimenti e delle Consulte di salute

mentale, e quantomeno nei suoi passaggi più importanti, quali quelli richiamati al comma 2, di un Garante esterno. Il Garante contribuisce, in quanto esterno allo squadra, a favorire un clima e una pratica di condivisione, la contrattualizzazione di alcune aree del percorso di cura e naturalmente con la sua presenza una garanzia di terzietà.

Art. 7

Il dramma della crisi

1. Nel corso della malattia mentale, sia all'esordio che nel decorso, possono manifestarsi episodi di crisi durante i quali l'utente esprime il suo disagio in forme che possono portarlo a confliggere con il suo ambito di riferimento e/o con la sua famiglia secondo modalità ad alto tasso di emotività espressa e attraverso comportamenti che possono essere auto o eteroaggressivi.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale intervenire nelle situazioni di crisi entro la giornata della segnalazione, con operatori dedicati presenti nei servizi territoriali tutti i giorni della settimana, cercando anzitutto di coinvolgere attivamente l'utente, i suoi familiari, il medico di medicina generale, gli altri soggetti interessati. In mancanza di disponibilità dell'utente gli operatori devono comunque accertarne le condizioni, utilizzando ogni possibile canale diretto o indiretto di conoscenza e di contatto con l'utente, compreso il recarsi al suo domicilio. Se non rilevano necessità improcrastinabili d'intervento gli operatori lo certificano. In caso contrario, ed esperito ogni altro possibile percorso, si possono avvalere, a fronte di situazioni coerenti con le normative vigenti e che evidenzino situazioni di potenziale importanza e gravità, dello strumento dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO).
3. Tutte le volte che si verifica una situazione di crisi gli operatori dedicati attivano procedure e linee guida, compilando giornalmente strumenti ad hoc per accompagnarne al meglio l'evoluzione. Negli orari di chiusura del Centro di salute mentale la risposta alla crisi è data da personale medico ed infermieristico del Dipartimento di salute mentale presente in servizio attivo o in pronta disponibilità e collegato funzionalmente al Dipartimento di emergenza dell'Ospedale generale di riferimento.
4. La qualità e l'appropriatezza della risposta alla crisi viene misurata con strumenti indicati dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. Quanto riscontrato contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 8

Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse

1. La famiglia al cui interno vi sono problemi importanti di salute mentale è coinvolta in modo totale nel problema e necessita di essere variamente accompagnata durante il percorso di cura del proprio congiunto.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale affiancare le famiglie con interventi diversificati e convergenti e con operatori dedicati. In particolare nelle fasi iniziali della malattia, alla famiglia va offerto aiuto ed ascolto incondizionato, anche attraverso incontri dedicati a finalità informativa e psico-educativa. Vanno inoltre offerti gruppi di auto-mutuo-aiuto e la possibilità di incontro tra famiglie, per scambiarsi esperienze e trovare forme di sostegno reciproco.
3. Nel momento in cui il percorso di cura si consolida e la famiglia vive con minore sofferenza la situazione, è impegno dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale valorizzare il sapere esperienziale dei familiari e favorirne la partecipazione ad attività rivolte ad altre famiglie, a sportelli informativi, ad intraprendere l'attività di UFE.

Art. 9

Accoglienza calda, dappertutto e sempre

1. La prima accoglienza in luoghi deputati ad accogliere alti livelli di sofferenza richiede sempre una attenzione particolare, calore umano e gentilezza.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale offrire in tutti i luoghi di accesso di utenti e familiari, attraverso operatori dedicati, una prima accoglienza calda e sorridente.
3. La qualità dell'accoglienza viene misurata con strumenti indicati dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. Quanto riscontrato contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 10

Sapere a chi rivolgersi, la psicocard

1. La continuità della presa in carico nel tempo è tale come valore di qualità nella misura in cui gli operatori che la esercitano rimangono il più possibile gli stessi.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale operare per garantire al meglio la continuità, l'individuazione e l'esplicitazione a utenti e familiari degli operatori di riferimento e in particolare dell'operatore che funge da referente primo della situazione e che assume il ruolo di case manager nelle situazioni a più alta complessità.
3. Per favorire al meglio la conoscenza dei propri referenti e di altre informazioni essenziali, riguardanti il funzionamento del Dipartimento e delle Consulte di salute mentale, viene fornito ad ogni utente un tesserino

plastificato, tipo bancomat, che le contiene tutte.

Art. 11

Abitare, lavoro, socialità. Ce ne occupiamo anche noi

1. Il percorso di cura di chi soffre di un disagio psichico importante contiene al suo interno aspetti medico-farmacologici importanti, così come aspetti psico-sociali quasi sempre legati alle 3 aree che maggiormente richiamano i fondamentali diritti della cittadinanza: l'abitare, il lavoro, la socialità.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale attivarsi, attraverso operatori dedicati, per accompagnare, d'intesa con le Agenzie pubbliche competenti e le realtà private interessate, gli utenti nei percorsi che riguardano, quando ve ne è la necessità, la residenzialità variamente protetta e il (ri)inserimento nel mondo del lavoro.
3. Per quanto concerne la residenzialità, l'impegno, attraverso operatori dedicati, va a promuovere la ricerca assieme all'utente, ai suoi familiari, agli operatori di riferimento e agli eventuali interessati della soluzione abitativa, alternativa al precedente domicilio, più confacente rispetto al bisogno e tenendo conto di quanto previsto all'art. 14. La soluzione individuata non dipende in maniera prevalente dalla correlazione tra gravità clinica e livello di protezione. Gli operatori dell'area e la squadra di 'trattamento' sono chiamati ad individuare soluzioni abitative che valorizzino il più possibile risorse e responsabilità dei diretti interessati, quali le convivenze tra utenti, gli appartamenti a bassa protezione, gli affidi eterofamiliari e altre soluzioni simili. Quanto previsto al presente comma va perseguito d'intesa con le Agenzie dedicate e con le rappresentanze del mondo immobiliare.
4. Per quanto concerne il (ri)inserimento nel mondo del lavoro, l'impegno, attraverso operatori dedicati, è finalizzato ad utilizzare tutte le forme previste dalle leggi nazionali e regionali, dalla disponibilità di cooperative, dalle clausole sociali e da ogni forma di possibile collaborazione con le Agenzie deputate e con le rappresentanze del mondo del lavoro. Vanno favorite anche iniziative interne ai Dipartimenti e in rete con i suoi partner che possano incrociare competenze di cittadini attivi disponibili ed utenti non ancora inseribili nelle opportunità richiamate più sopra, fermo restando che tali iniziative non possono fungere da luogo di parcheggio per attività prive di un riscontro legato al mondo della produzione.

Art. 12

Dipartimento di salute mentale

1. Il Dipartimento di salute mentale è l'unità organizzativa fondamentale, con propria disponibilità finanziaria, istituito presso ogni Azienda Sanitaria Locale che assicura direttamente o indirettamente tutti i trattamenti alle persone dimoranti nel suo territorio di competenza che hanno 16 anni o

- più. Coordina e monitora l'effettuazione di questi trattamenti.
2. È specifica responsabilità del Dipartimento, del suo Direttore e degli operatori variamente responsabili di singole aree, l'applicazione di quanto previsto negli artt. da 2 a 11. Il raggiungimento o meno dei risultati contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori interessati.
 3. È impegno strategico del Dipartimento, d'intesa con le Consulte, attivare routinariamente ogni forma di collaborazione possibile, d'intesa con la Consulta di salute mentale e in base al principio di sussidiarietà, con tutte le persone e gli organismi che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale, fra cui, in particolare, i servizi socio-sanitari, gli enti locali e le scuole, il terzo settore, le associazioni di volontariato, le rappresentanze significative dei mondi sociali e culturali.
 4. È impegno particolarmente riconosciuto e presente nel Dipartimento, d'intesa con le Consulte, il coinvolgimento della cittadinanza attiva, sia a livello delle sue varie forme di rappresentanza che nei confronti della popolazione generale fino al singolo cittadino. Tale coinvolgimento è finalizzato a includere il cittadino e le sue rappresentanze sia nelle attività ordinarie del Dipartimento che nello specifico di quelle finalizzate al contrasto allo stigma e al pregiudizio.
 5. L'architettura organizzativa del Dipartimento fa riferimento a quanto previsto nell'art. 18.

Art. 13

Consulta di salute mentale locale e nazionale

1. Presso ogni azienda sanitaria locale, è istituita una Consulta locale per la salute mentale. La composizione della Consulta fa riferimento a quanto previsto nell'art. 19.
2. La Consulta locale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale del proprio territorio di riferimento.
3. Presso il Ministero per la salute è istituita una Consulta nazionale per la salute mentale. La composizione della Consulta fa riferimento a quanto previsto nell'art. 19.
4. La Consulta nazionale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale.
5. Le Consulte di cui al presente articolo svolgono inoltre tutti i compiti previsti espressamente dalla presente Legge con particolare attenzione alla valutazione dei processi di Miglioramento Continuo della Qualità.

Art. 14

Finanziamento

1. Ogni Azienda Sanitaria Locale è impegnata a coprire i costi diretti e indiretti derivanti dal funzionamento del proprio Dipartimento di salute mentale con una quota del proprio bilancio come definita all'art. 18.

2. Ciascun Dipartimento è organizzato per Centri di costo i cui principali sono riconducibili a:
 - a) attività territoriali variamente intese;
 - b) attività di ricovero ospedaliero;
 - c) attività residenziali ad alta protezione;
 - d) mobilità passiva e ricoveri ex art. 26 L. 833/1978;
 - e) spesa farmaceutica.Le spese di cui alle lettere b) e c) non possono in nessun caso superare congiuntamente il 50% del bilancio del Dipartimento. Ove questo si verifichi l'ASL competente ha 2 anni di tempo per rientrare nel limite.
3. Le prestazioni previste da questa Legge sono prodotte direttamente, coprodotte o, se prodotte da soggetti terzi, monitorate dal Dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.
4. Il Dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni coprodotte rispetto a quelle esternalizzate. Privilegia, in particolare, le coproduzioni che prevedono l'impiego di utenti e familiari esperti o delle loro associazioni rappresentative.

Art. 15 *Personale*

1. Il Dipartimento di salute mentale è dotato di personale dei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo.
2. La dotazione complessiva di personale, comprensiva dei dipendenti da cooperative e associazioni terze che svolgono attività rientranti a pieno titolo nelle aree di attività indicate nell'art. 2, è di almeno 1 unità a tempo pieno ogni 1500 residenti nel territorio di riferimento. Questa dotazione, ove non già esistente, è raggiunta entro 2 anni dall'entrata in vigore di questa Legge. All'interno del Dipartimento di salute mentale operano anche Utenti e Familiari Esperti (UFE) di cui all'art. 4, in numero non inferiore a 1 unità a tempo pieno ogni 20.000 residenti. Gli UFE sono individuati secondo modalità sancite dalle Consulte di cui all'art. 13.

Art. 16 *Qualità totale*

1. Il Dipartimento di salute mentale garantisce con continuità nel tempo l'attuazione di un approccio complessivo e integrato volto al miglioramento continuo della qualità, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente, che assicurino i più elevati standard di qualità per tutti gli utenti, in qualsiasi momento assistenziale e per ciascuna prestazione erogata. A tal fine il Dipartimento di salute mentale implementa:
 - a) linee guida fondate su prove di efficacia;

- b) audit clinico;
 - c) percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
 - d) programmi di accreditamento professionale;
 - e) valutazioni della tecnologia sanitaria;
 - f) progetti di ricerca applicata.
2. Il sistema di gestione dei processi del Dipartimento di salute mentale è informato ai principi della qualità totale. Promuove lo sviluppo della dimensione professionale, organizzativa e relazionale e assume come riferimento centrale di qualsiasi percorso di cambiamento il coinvolgimento delle persone e la creazione di valore per tutti gli interessati.

Art. 17 *Formazione*

1. Agli operatori del Dipartimento di salute mentale, a tutti gli utenti e ai loro familiari è garantita, oltre a quanto già previsto dalle normative vigenti, un'offerta informativa, formativa e di sensibilizzazione correlata a quanto previsto dai contenuti di questa legge, in ragione di almeno 40 ore all'anno.

Art. 18 *Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale*

1. Il DPR 10.11.1999 Approvazione del Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" detta norme sull'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale.
2. La presente Legge nel rispetto della legislazione vigente si astiene dal dettare norme in riferimento a quanto richiamato nel comma 1.
3. Essendo trascorsi 12 anni dalla promulgazione del DPR di cui al comma 1 appare evidente che è necessario e urgente, anche alla luce della situazione di grave disuguaglianza e di disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni in tema di salute mentale tra le varie Regioni e le Province autonome, porre mano e ri-aggiornare il DPR di cui al comma 1 con particolare riferimento all'organizzazione e al funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale e tenuto conto di quanto previsto dalla presente Legge.
4. In attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, come previsti dall'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che disciplina le attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, la presente Legge impegna il Governo e la Conferenza Stato Regioni ad attivarsi, ciascuno per la parte di propria competenza, a sottoscrivere, entro 12 mesi dalla presente Legge, un accordo finalizzato ad adempiere a quanto previsto

dal comma 3.

5. In riferimento a quanto previsto dalla presente Legge e in particolare dal comma 4 del presente articolo, in base a quanto già previsto da altre normative vigenti e tenuto conto delle risorse sin qui allocate nelle attività complessivamente realizzate dai Dipartimenti di salute mentale, si assume come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che venga destinata una quota del bilancio della singola ASL non inferiore al 4% del bilancio della stessa. Si assume altresì come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che vengano individuati congiuntamente, e nelle sedi deputate, meccanismi di informazione trasparente, di vincolo e di controllo, finalizzati al rigoroso rispetto della quota destinata di cui al presente comma.

Art 19

Composizione delle Consulte di salute mentale

1. Nell'ambito dell'accordo tra Governo e Conferenza Stato Regioni previsto dal comma 4 dell'art. 18 della presente Legge si stabiliscono le norme per la composizione delle Consulte locali e nazionali di salute mentale.
2. Per garantire nelle Consulte una presenza rappresentativa di tutte le componenti della salute mentale, si assume come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che le Consulte siano composte per un terzo da utenti e familiari in carico ai Dipartimenti di salute mentale ed eletti dagli stessi, per un terzo da rappresentanti di Associazioni ed Enti portatori di interesse, per un terzo da operatori.

La Legge 180 come recepita dalla Legge 833 del 1978 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” (articoli 33, 34, 35 e 64)

Art. 33

(NORME PER GLI ACCERTAMENTI ED I TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI ED OBBLIGATORI)

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari. Nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di un medico. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Art. 34

(ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE)

La legge regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplina l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi territoriali extraospedalieri di cui al primo comma.

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 ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico della unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale.

Art. 35

(PROCEDIMENTO RELATIVO AGLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER MALATTIA MENTALE E TUTELA GIURISDIZIONALE)

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, quarto comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e per amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto e quinto comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

TITOLO III NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 64

(NORME TRANSITORIE PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA)

La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuro-psichiatrici e la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede inoltre a definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, sempre che ne facciano richiesta, coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente al 16 maggio 1978 e che necessitano di trattamento psichiatrico in condizioni di degenza ospedaliera; tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre il 31 dicembre 1980.

Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che svolgano esclusivamente attività psichiatrica.

E' in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni psichiatriche o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche.

La regione disciplina altresì, con riferimento alle norme di cui agli articoli 66 e 68, la destinazione alle unità sanitarie locali dei beni e del personale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (IPAB) e degli altri enti pubblici che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge provvedono, per conto o in convenzione con le amministrazioni provinciali, al ricovero ed alla cura degli infermi di mente, nonché la destinazione dei beni e del personale delle amministrazioni provinciali addetto ai presidi e servizi di assistenza psichiatrica e di igiene mentale. Quando tali presidi e servizi interessino più regioni, queste provvedono d'intesa.

La regione, a partire dal 1° gennaio 1979, istituisce i servizi psichiatrici di cui all'articolo 35, utilizzando il personale dei servizi psichiatrici pubblici. Nei casi in cui nel territorio provinciale non esistano strutture pubbliche psichiatriche, la regione, nell'ambito del piano sanitario regionale e al fine di costituire i presidi per la tutela della salute mentale nelle unità sanitarie locali, disciplina la destinazione del personale, che ne faccia richiesta, delle strutture psichiatriche private che all'atto dell'entrata in vigore della presente legge erogano assistenza in regime di convenzione, ed autorizza, ove necessario, l'assunzione per concorso di altro personale indispensabile al funzionamento di tali presidi.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i servizi di cui al quinto comma dell'articolo 34 sono ordinati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non superiore a 15. Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'articolo 47 le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4 e 5 e dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128. Sino all'adozione dei piani sanitari regionali di cui al primo comma i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito, con modificazioni, nella legge 17 agosto 1974, n. 386, sono estesi agli ospedali psichiatrici e neuro-psichiatrici dipendenti dalle IPAB o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali. Gli eventuali concorsi continuano ad essere espletati secondo le procedure applicate da ciascun ente prima della entrata in vigore della presente legge.

Tra gli operatori sanitari di cui alla lettera i) dell'articolo 27 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, numero 616, sono compresi gli infermieri di cui all'articolo 24 del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615. Fermo restando quanto previsto dalla lettera q) dell'articolo 6 della presente legge la regione provvede all'aggiornamento e alla riqualificazione del personale infermieristico, nella previsione del superamento degli ospedali psichiatrici ed in vista delle nuove funzioni di tale personale nel complesso dei servizi per la tutela della salute mentale delle unità sanitarie locali.

Restano in vigore le norme di cui all'articolo 7, ultimo comma, della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Tratto da: Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 360 del 28 dicembre 1978

Sono state evidenziate in neretto le poche righe dedicate alla territorializzazione dei servizi di salute mentale ! Un po' poco se ci si aspetta da loro che garantiscano il chi fa che cosa dove e quando !

<i>Testi curati da Renzo De Stefani e discussi e condivisi in alcune riunioni di coordinamento de Le Parole ritrovate del 2010/2011/2012</i>
--



