CAMERA DEI DEPUTATI N. 2353

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CASCIO

Norme per la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica e per la tutela dei malati di mente

Presentata il 28 settembre 1996

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La proposta di legge in esame vuole innovare e profondamente modificare la normativa sull'assistenza psichiatrica prevista dalla ben nota legge 13 maggio 1978, n. 180 e successivamente confermata nella legge n. 833 dello stesso anno. Una legge, la « 180 », simbolo di un'epoca, di una cultura, del regime consociativo catto-comunista; sentita, perciò, dalle forze che l'hanno consapevolmente voluta, come una bandiera; dichiarata più intoccabile della Costituzione; difesa con le unghie e con i denti da ogni pur pacata e motivata critica, nonostante le sue evidenti lacune ed incongruenze e la conseguente incapacità di affrontare i problemi dei pazienti psichiatrici più gravi. Per anni agli appelli, alle proteste, alle denunce dei familiari, sulle cui fragili spalle era stato scaricato il peso, spesso insostenibile, della assistenza di questi pazienti, fu opposto un muro di silenzio. Ad ogni fatto o persona che potessero testimoniare contro la immacolata perfezione della « 180 » fu applicata una censura degna dei Paesi totalitari da parte di giornalisti, intellettuali e persino magistrati, uniti dal collante dell'ideologia. Chi, come il parlamentare ed intellettuale comunista Antonello Trombadori, illuminato sulla « 180 » da una drammatica esperienza familiare, rifiutava la complicità di una omertà ideologica, veniva rimproverato di dire: « Cose giuste, ma politicamente non opportune ». Come nel « caso Lisenko » e della genetica sovietica la « verità ideologica » doveva prevalere sulla realtà dei fatti. Così il « regno della menzogna » descritto da Solzenicyn aveva esteso i propri confini fino al nostro Paese, soltanto pochi anni fa; sarebbe opportuno non dimenticarlo troppo presto. A questi rimproveri Trombadori replicava giustamente: « Il momento per dire la verità è

sempre opportuno » ed aggiungeva testualmente, nel maggio 1984: « Komeinisti quali altri non sono i sostenitori dell'intoccabilità della « 180 »: dei dogmatici che rifiutano il principio della verifica e della sperimentazione pur di salvare l'intangibilità di un disegno ideologico. Quello dei fautori della « 180 » è uno sbarramento terroristico a una ponderata analisi della situazione, è una mostruosa indifferenza ai casi concreti, alla vita come si manifesta, terribile e disperata. Io dubito che Franco Basaglia, se fosse ancora vivo, approverebbe il loro operato. Forse direbbe, come già aveva fatto Marx, *Je ne suis pas basaglien* ». Ma i basagliani rispondevano che Trombadori non era obiettivo, che, come familiare di un paziente psichiatrico, era troppo emotivamente coinvolto per giudicare in modo equilibrato. Perché, quando la congiura del silenzio non riusciva più a soffocare le accuse disperate ed esasperate dei familiari, i basagliani, in quella che era ormai diventata una lotta senza esclusione di colpi in difesa della propria ideologia e delle posizioni di potere conquistate, brandivano come arma impropria alcuni concetti psicoanalitici, usati in modo selvaggio, per colpevolizzare la famiglia di essere la causa dei sintomi del malato. Il che, se in alcuni casi, ma non certo in tutti, poteva essere vero, evidenziava una ulteriore contraddizione della « 180 », giustamente, anche se inutilmente, rilevata dal padre della psicoanalisi italiana, Cesare Musatti, che, nel suo grande buon senso, affermava: « Non si può rimettere il malato mentale in quell'ambiente che ha creato il disturbo mentale. Fu fatta la rivoluzione senza che ci fossero gli strumenti per poterla fare ». Ma non soltanto fra gli psicoanalisti vi erano dei dubbi, anche fra gli psichiatri non tutti erano a favore o in silenziosa e passiva accettazione della « 180 ». Uno psichiatra di grande esperienza ed umanità, Mario Tobino, scrittore sensibile, *ex*-partigiano, progressista in politica, pubblicava nel 1982 un libro, *Gli ultimi giorni di Magliano,* libro ovviamente boicottato in modo totale dalla mafia culturale allora imperante, in cui si legge: « Giunge voce, si viene a sapere che diversi malati, dimessi dai manicomi, spinti fuori nel mondo, nella società, per guarire, come proclamavano i novatori, per inserirsi, sono già in galera, in prigione, arrestati per atti che hanno commesso. Nessuno più li proteggerà, li consiglierà, li impedirà. Nessuno più li manterrà con amorevolezza e fermezza, li condurrà per mano lungo la loro possibile strada. Ed ora precipitano, si apre per loro il manicomio criminale. La follia non c'è, non esiste, deriva dalla società ! Evviva ! ». E in una successiva intervista Tobino aggiungeva: « Il risultato (della « 180 »): abbandono dei deboli, degli indifesi, fallimento generale. È un esempio di disumanità, di profondo cinismo; prima di tutto obbedire alla politica e poi ai deboli succeda quel che succeda. Esempio di chi non conosce la pietà ». Invettiva che riterremmo esagerata se non ci bruciasse ancora il ricordo di una assemblea di allora, dove un giovane collega psichiatra, infastidito da un lungo elenco di dimessi morti suicidi, per incidenti, per malattie trascurate, esclamò con rivoluzionaria imbecillità: « Il progresso vuole le sue vittime ». Al libro di Tobino i sostenitori della « 180 » opposero il solito silenzio opportunista in pubblico, ed un giudizio sprezzante in privato, che attribuiva la protesta dello psichiatra-scrittore ad una visione romantica e superata del rapporto medico-paziente e ad una nostalgia decadente e un po' senile per il mondo del vecchio manicomio, così appassionatamente descritto nei suoi romanzi. Ma il professor Giovanni Jervis, autore del noto *Manuale critico di Psichiatria*, non era certamente un nostalgico del manicomio. Collaboratore di Basaglia, politicamente impegnato a sinistra, inizialmente favorevole alla « 180 », ma dotato di onestà scientifica e capace quindi di ricredersi davanti ai fatti, in un convegno del 1985 affermava: « La legge « 180 » non è una buona legge, anche se basata su molte buone intenzioni: è una legge ingenua, velleitaria, culturalmente rozza. La sua formulazione riflette fedelmente le idee di coloro che la vollero in quel modo, e che talora non nascondevano il loro proposito di far esplodere nella società le contraddizioni che il manicomio aveva nascosto

all'interno delle proprie mura ». Jervis alludeva al folle progetto di chi voleva usare malati di mente, carcerati ed emarginati come detonatori della rivoluzione. Oggi potrebbe sembrare incredibile, e lo sarebbe se non ci fossero i documenti dell'epoca, ma c'era un consistente gruppo, all'interno dell'associazione denominata Psichiatria democratica, che contestava la « 180 » da sinistra, se la prendeva con gli ambulatori psichiatrici, ma soprattutto con i piccoli servizi ospedalieri, visti come una inammissibile medicalizzazione di un problema che era soltanto politico e sociale. Non senza una qualche ragione, dal suo punto di vista, questo gruppo accusava Basaglia di aver accettato un compromesso con la *lobby* medica e tollerava la « 180 » soltanto come legge-ponte che doveva evolvere al più presto in senso politicamente corretto. Nel primo piano sanitario regionale del Piemonte dopo la « 180 » si prevedeva, per esempio, che i letti dei servizi psichiatrici ospedalieri dovessero progressivamente diminuire fino a sparire del tutto. È quasi superfluo dire che, per fortuna, sono invece aumentati, pur essendo tuttora in numero insufficiente rispetto alle reali necessità. Nella seconda metà degli anni Ottanta, sotto la crescente pressione di una opinione pubblica sempre più ostile ai risultati negativi della « 180 », talmente evidenti da non poter più essere nascosti con la censura e con un vero terrorismo ideologico, che bollava ogni critica come perversa volontà di riaprire manicomi-*lager*, i basagliani moderati iniziarono ad ammettere che qualcosa nell'attuazione della legge n. 180 del 1978 non funzionava, che era necessario intervenire. La senatrice Ongaro Basaglia, della sinistra indipendente, nel presentare nel 1987 un disegno di legge integrativo dell'attuale legislazione psichiatrica, affermava testualmente: « Siamo tutti consapevoli del fatto che, a più di nove anni dall'emanazione della legge n. 180, si è arrivati ad un punto limite oltre il quale non è consentito lasciare senza risposta le esigenze ed i bisogni di malati e familiari... ». La nuova linea di difesa era: la « 180 » è senza difetti, non ha funzionato perché non è stata applicata o è stata sabotata. A questa tesi Jervis, nel già citato intervento, dopo aver riconosciuto la relativa validità di alcune esperienze in Emilia e nel Veneto, replicava: « Nella maggioranza delle altre regioni, però, è probabile che la legge abbia creato una situazione tale, per cui è peggiorato l'insieme delle garanzie offerte al paziente psichiatrico, soprattutto se affetto da disturbi gravi. Non è vero che ciò sia dovuto ad inadempienze successive alla legge: è più onesto dire che i consiglieri e gli estensori della legge non previdero la situazione che avrebbe inevitabilmente creato ». L'ipotesi del sabotaggio poteva poi condurre a conclusioni paradossali: poiché per moltissimi anni gli unici, ascoltati consiglieri sia del Governo centrale, che di molte amministrazioni regionali, furono i basagliani, la responsabilità della mancata attuazione della legge n. 180, poteva ricadere soltanto su di loro, almeno in certe regioni. In effetti, in alcune situazioni locali, i basagliani più estremisti osteggiarono e ritardarono la realizzazione di comunità residenziali psichiatriche perché, nella loro fobia antistituzionale, temevano che queste strutture potessero diventare dei nuovi « piccoli manicomi ». In realtà, se si supera l'atteggiamento di fideismo acritico dei sostenitori o di rifiuto viscerale degli oppositori della « 180 », se si tolgono i paraocchi dell'ideologia e del pregiudizio, si vedrà che il fallimento della riforma psichiatrica è dovuto all'effetto combinato sia di mancate od errate applicazioni locali della legge, sia di interventi finanziari insufficienti e non coordinati, sia di carenze intrinseche della legge stessa. A queste conclusioni giunsero, già molti anni fa, gli estensori della presente proposta di legge, che, insieme ad altri psichiatri come il professor Ravizza dell'Università di Torino, il professor Cassano dell'Università di Pisa, il dottor Boccalatte, il dottor Crosignani e molti altri che non è possibile ora citare singolarmente, promossero dibattiti e convegni dove, in uno spirito di critica costruttiva, fosse possibile evidenziare le lacune e gli errori della legge n. 180 e proporre i necessari emendamenti, senza per altro negare i suoi importanti pregi: l'aver

affidato il trattamento delle fasi acute delle malattie mentali all'ospedale generale, su un piano di parità con le altre patologie mediche; l'aver previsto una rete di ambulatori psichiatrici, estesa a tutto il territorio nazionale; l'aver voluto, con un tentativo originale unico al mondo, il superamento e la chiusura degli ospedali psichiatrici. A questo proposito è interessante osservare l'evoluzione dell'atteggiamento degli esperti stranieri nei confronti della legge n. 180. Ad un iniziale grandissimo interesse per l'esperienza italiana, testimoniata dalle visite di numerose delegazioni, è subentrato progressivamente, col passare degli anni, un giudizio critico sui risultati effettivamente conseguiti, per giungere infine all'attuale, scettica indifferenza. Dal 1978 ad oggi hanno aggiornato e modificato la propria legge sull'assistenza psichiatrica la Svezia nel 1982, il Regno Unito nel 1983, la Danimarca nel 1989, il Belgio e la Francia nel 1990. Nessuno di questi Paesi europei ha deciso di seguire l'esempio italiano. Per l'esattezza nessun Paese del mondo ha ritenuto di farlo. Ovunque continuano ad esistere gli ospedali psichiatrici, anche se aggiornati e ridimensionati. Tutto il mondo ha torto e soltanto noi siamo nel giusto ? È un pensiero pericolosamente simile a quello paranoico. E che nella nascita della legge n. 180 ci sia qualcosa di folle sembra anche il parere dell'*ex*-Presidente del Consiglio dei ministri Giuliano Amato, nonostante che il suo partito fosse stato, nel 1978, uno dei più convinti nel voto a favore di quella legge. Difendendo in un convegno il diritto di Basaglia e dei suoi seguaci di proporre le proprie teorie e respingendo la comoda scappatoia di scaricare soltanto su di loro tutte le responsabilità dei molti danni causati dalla « 180 », Amato affermava testualmente: « Guai quindi a chi sostiene che l'errore fu di Basaglia; l'errore fu di un legislatore impazzito che, in una materia tanto problematica e controversa, ha codificato, rendendola rigida, l'impostazione di una scuola ». Chi oggi pensasse che la soluzione consiste nel riconoscere l'errore di allora e nel riaprire gli ospedali psichiatrici, farebbe però, a nostro parere, un errore altrettanto grave. Tornare indietro sarebbe praticamente impossibile e vanificherebbe tutti gli sforzi, le sofferenze ed i sacrifici di questi anni. Bisogna quindi andare avanti, correggendo gli errori della « 180 », e rendendo compatibili le buone intenzioni, che riconosciamo a molti che vollero quella legge, con la dura realtà della malattia mentale.

Il più noto errore della « 180 », ormai quasi universalmente riconosciuto, è quello di aver negato implicitamente l'esistenza della cronicità psichiatrica e, di conseguenza, la necessità di prevedere strutture anche per trattamenti di lunga durata. Dopo aver di malavoglia ammesso la possibilità di fasi acute della malattia, che possono avere necessità di ospedalizzazione, sia pure per il tempo assurdamente breve di sette giorni, gli estensori della legge n. 180 del 1978 nulla infatti prevedono per esigenze di ricovero prolungato, coerentemente con le loro teorie che vedono nella cronicità psichiatrica nient'altro che un artefatto iatrogeno, un prodotto della lunga istituzionalizzazione in manicomio. Teorie purtroppo sbagliate perché, dal 1978 ad oggi, pazienti che non sono mai stati ricoverati in manicomio od in altre istituzioni, sono comunque cronicizzati nella loro malattia, a casa propria o vagabondando per l'Italia. L'ospedale psichiatrico non era la causa, ma un tentativo di risposta alla cronicità psichiatrica. Un tentativo inadeguato e superato e talora anche dannoso, perché dava una risposta unica ed indifferenziata ai bisogni molteplici e diversissimi delle varie malattie mentali nelle successive fasi della loro evoluzione. La legge n. 180 del 1978 faceva un passo avanti prevedendo il servizio psichiatrico nell'ospedale generale e l'ambulatorio psichiatrico sul territorio, ma anche due diverse risposte sono ancora troppo poche. Perciò quasi tutte le proposte di modifica della legge n. 180 del 1978 presentate nella precedente legislatura prevedono altre strutture, dal *day-hospital* ai presìdi residenziali per le esigenze di media o lunga degenza, più o meno esplicitamente e coraggiosamente definite tali, per l'allora perdurante timore di ostracismo nei con-

fronti di chi osasse parlare apertamente di cronicità. Anche nella presente proposta di legge si prevedono quattro nuovi diversi presìdi, che non pretendono certamente di dare una soluzione ottimale a tutti i possibili problemi (per far questo occorrerebbe, in teoria, una struttura diversa per ogni persona ammalata) ma che offrono ai pazienti, ai familiari, ai medici curanti un ventaglio di risposte sufficientemente ampio per affrontare adeguatamente i problemi più frequenti e più gravi. L'altro e sicuramente più grave difetto della legge n. 180, incredibilmente ignorato invece da tutte le proposte di modifica fino ad oggi presentate, è il modo superficiale e contraddittorio con cui viene affrontato il delicato e serissimo problema dei trattamenti sanitari obbligatori nei malati di mente. Chi ha colto la fondamentale importanza di questo difetto della « 180 » è stata la regione Emilia Romagna, che ha cercato di porvi rimedio deliberando, l'11 aprile 1990, una direttiva regionale in ordine alle procedure di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per le malattie mentali, delibera elaborata da un gruppo di studio composto da sanitari delle unità sanitare locali emiliane e da esperti giuridici dell'università di Bologna. Questa direttiva, in realtà, non è che una disposizione interpretativa, di fatto non vincolante e risolutiva del problema, per i noti limiti delle competenze regionali, che non permettono di modificare una legge nazionale. Anche se di fronte agli insanabili difetti della « 180 » la tentazione di modificarla la regione Emilia Romagna sembra averla avuta, almeno a giudicare dal suo vano tentativo di creare, sotto le mentite spoglie di una interpretazione della legge, figure giuridiche nuove, quale l'accertamento sanitario obbligatorio ed il trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero. Novità che presentano aspetti di grande interesse ed utilità, tanto che abbiamo deciso di utilizzarle, in parte, nella presente proposta di legge. La delibera della regione Emilia Romagna è un documento di straordinario interesse anche perché dimostra come persone preparate, esperte ed in buona fede possono essere condizionate dalla ideologia, che impedisce loro di sviluppare fino alle estreme, logiche conseguenze la propria analisi del problema. Così con impossibili contorsioni interpretative cercano di apportare alla « 180 » le modifiche di fatto che capiscono necessarie, ma non osano dire e forse neppure pensare che è la legge nazionale, e non la sua interpretazione, che va cambiata. Così da un lato rivendicano, molto giustamente, la « dignità di branca medica » alla psichiatria; dall'altro continuano ad insistere utopisticamente che l'ordinanza di trattamento sanitario obbligatorio « non è una conseguenza burocratica delle certificazioni mediche, ma un atto responsabile sul quale il sindaco è chiamato a pronunciarsi », senza però spiegare quali strumenti e quale preparazione abbia per farlo il primo cittadino di un piccolo paese. E ancora, di fronte al problema della pericolosità del malato, problema che è reale in pochi, ma non trascurabili casi, e che è completamente rimosso nella legge n. 180 del 1978, prima affermano che non si può « correre il rischio della deresponsabilizzazione attraverso la negazione del problema », poi consigliano di « valutare l'opportunità di segnalare la sussistenza dei rischi specifici di particolare pericolosità connessi al preciso contesto sociale in cui si trova il sofferente psichico, agli organi preposti istituzionalmente alla prevenzione ed alla repressione di fatti-reati (cioè forze dell'ordine e magistratura) ». Questo sul presupposto, da loro affermato, che « il reato commesso da persona sofferente di disturbi psichici non è diverso, per quanto riguarda l'aspetto preventivo e repressivo, dal reato commesso da qualsiasi altro cittadino ». Si sostiene cioè che quanto può scoraggiare e prevenire un reato in una persona sana è altrettanto efficace con un grave paziente psichiatrico. Affermazione che equivale a dire che la malattia non influisce sulla sua capacità di intendere e di volere rispetto alla sua determinazione a commettere un reato. Ora sappiamo tutti che questo non è vero e che comunque è in totale contraddizione con quanto prevede il nostro codice penale. Demagogicamente con la legge n. 180 del 1978 si fa

finta di credere che il malato di mente grave è altrettanto libero e responsabile quanto una persona sana, per riscoprire improvvisamente che non lo è soltanto dopo che ha commesso un reato, quando gli si applicano le norme del nostro codice penale. Il tutto in barba a quella prevenzione tanto osannata nella « 180 ». In pratica chi ha provato, anche in Emilia, a segnalare la potenziale pericolosità di un paziente a giudici e polizia si è sentito rispondere, e non poteva essere altrimenti, che loro avevano sì strumenti per reprimere, ma non per prevenire i reati di un folle e che se la pericolosità nasceva dall'interazione fra patologia ed un determinato contesto sociale, toccava ai sanitari curare la patologia o tenere lontano il soggetto da quel contesto e che questa era l'unica prevenzione concretamente possibile. La più grande contraddizione, pericolosa per la vita stessa del paziente, la troviamo però in un altro punto della delibera, ove si afferma: « Il cittadino è titolare di un diritto inalienabile alla libera autodeterminazione anche nei confronti della aggressione medica ai fini diagnostici e terapeutici: egli ha cioè il diritto di rimanere ammalato ». È vero che questo viene affermato con riferimento « a trattamenti sanitari per patologie non psichiatriche », ma che cosa accade se una patologia non psichiatrica colpisce un ammalato di mente, non in grado di valutare la necessità di certi interventi terapeutici ? Per l'ambiguità della « 180 » avviene che può essere obbligato a curarsi per la patologia psichiatrica, ma che non può essere costretto ad interventi terapeutici, magari più urgenti e vitali, per le patologie non psichiatriche che lo affliggono. Questo pericoloso paradosso non è soltanto la versione della legge n. 180 del 1978 che viene data da quella delibera, ma è anche l'interpretazione prevalente fra i giudici. Per maggior chiarezza citeremo un episodio realmente accaduto: un paziente psichiatrico in trattamento sanitario obbligatorio fu colpito da appendicite acuta per la quale si rendeva necessario un intervento chirurgico di urgenza. Ma il paziente lo rifiutava ed il giudice tutelare, prontamente consultato, disse che perdurando il rifiuto non c'era nulla da fare, che soltanto se il paziente avesse perso conoscenza e fosse stato in imminente pericolo di vita il chirurgo lo avrebbe potuto operare senza il suo consenso, in stato di necessità. Per fortuna il paziente, dimostrando maggior buon senso della legge, finì per lasciarsi convincere a firmare l'autorizzazione all'intervento, firma che peraltro, essendo lui in trattamento sanitario obbligatorio, poteva anche essere considerata non valida. Perché qui sta l'assurda contraddittorietà della legge n. 180: si ammette che il malato di mente possa non essere in grado di giudicare sulla necessità delle terapie psichiatriche e si prevede per questo il trattamento sanitario obbligatorio, però su tutto il resto si sostiene incoerentemente che sia in grado di decidere liberamente e di tutelare adeguatamente i propri vitali interessi. Nell'episodio citato il problema concreto, che non trova una soluzione nella « 180 », si può riassumere in una domanda: la patologia del paziente è di tale gravità da compromettere la sua capacità di agire, di autodeterminarsi liberamente ? Se la risposta è affermativa il suo rifiuto di accettare le terapie necessarie, psichiatriche o non psichiatriche, non è l'esercizio del suo « diritto inalienabile alla libera autodeterminazione », ma un frutto velenoso della malattia, che della sua libertà lo ha già alienato, privandolo della capacità di autotutelarsi nella difesa della propria salute. Per non lasciarlo vittima della sua malattia e dei conseguenti rischi, è necessario che qualcuno si assuma il compito della tutela del suo diritto costituzionale alla salute. Questo non può essere lo psichiatra od un altro appartenente alla *équipe* curante. Tutta la psichiatria dinamica, cominciando dalla psicoanalisi, ha chiarito i gravi rischi che incontra il terapeuta che vuole essere, o è di fatto come accade con la « 180 », anche tutore. La figura del terapeuta e quella del tutore devono essere nettamente distinte, in modo che si ristabilisca, anche nel campo delle patologie psichiatriche gravi, quel libero rapporto dialettico fra pari che deve esserci fra medico e paziente, que-

st'ultimo rappresentato, in questo caso, dal proprio tutore. Una modifica della legge n. 180 del 1978 che non affronti questo problema chiave o che lo faccia in modo parziale, con insufficiente chiarezza e coerenza nell'individuare diritti e doveri di ognuno, lascerebbe parenti, terapeuti e collettività nell'attuale stato di impotenza ad aiutare efficacemente ed in modo duraturo quei pazienti più gravi, che negano la malattia e rifiutano di proseguire le terapie necessarie per evitare le ricadute. Per affrontarlo nel modo migliore, nella stesura della presente proposta di legge ci si è confrontati con la più recente legislazione dei Paesi europei in materia di salute mentale. Legislazione che, non casualmente, è concorde nel porre i trattamenti obbligatori come problema centrale. Abbiamo scelto, come principale punto di riferimento, soprattutto le leggi di Gran Bretagna, Svezia e Danimarca, Paesi che per quanto riguarda la loro lunga tradizione democratica ed il rispetto per le libertà ed i diritti individuali non dovrebbero dar adito a dubbi da parte di nessuno. Descriviamo, infine, brevemente i singoli articoli della presente proposta di legge: all'articolo 1 sono dettati i princìpi generali. All'articolo 2 si prevede la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso l'effettiva creazione del dipartimento di psichiatria. Nel comma 1 vi si indicano i compiti del dipartimento. Nel comma 2 è descritta la rete dei presìdi psichiatrici del dipartimento, che comprende, oltre ai già esistenti centri di salute mentale per l'attività psichiatrica ambulatoriale, ed ai servizi di diagnosi e cura per i trattamenti ospedalieri, anche nuove e definite strutture cosiddette « intermedie ». Esse sono:

a) i centri riabilitativi psichiatrici, per quei pazienti in fase ancora florida della malattia, di età non avanzata, che pur non necessitando di ricovero ospedaliero, richiedono interventi terapeutici intensivi, ad alta specializzazione, a fini riabilitativi e risocializzanti. I centri riabilitativi sono articolati in centri diurni, o *day hospital*, per quei pazienti che richiedono una assistenza soltanto nelle ore diurne, e in comunità terapeutiche, per quei malati che, oltre gli interventi terapeutici diurni necessitano anche di collocazione residenziale protetta notturna o continuativa;

b) le comunità protette, presìdi socio-sanitari dedicati a quei pazienti psichiatrici cronici che richiedono interventi terapeutici e psicoriabilitativi di lunga durata in ambiente residenziale protetto;

c) le comunità alloggio, strutture residenziali per quei pazienti, che, pur non necessitando di una assistenza continuativa, hanno gravi difficoltà relazionali che impediscono una loro permanenza in famiglia.

Nel comma 3 dell'articolo 2 è previsto l'organico del dipartimento e le responsabilità direttive.

Nel comma 4 sono descritte le modalità di partecipazione dell'università all'assistenza psichiatrica pubblica e nel comma 5 si prevedono le possibilità di convenzione con enti, associazioni e strutture private e di collaborazione con organizzazioni di volontariato.

Nell'articolo 3, che modifica l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono dettate le nuove norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori. Nel comma 1, adeguandosi all'orientamento prevalente nella più recente legislazione psichiatrica europea che, quando è in gioco la libertà personale, ritiene necessario un controllo sostanziale e non solo formale della magistratura, si prevede la creazione di una commissione per la tutela della salute mentale presieduta da un giudice tutelare. Nei commi 2 e 3 sono stabilite le modalità per l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), anche con procedimento di urgenza, che è quello più frequentemente usato nella pratica, secondo l'esperienza dei Paesi ove è già in uso. Inoltre, viene creata la figura del « tutore », cardine del nuovo sistema di garanzie dei diritti del paziente in trattamento obbligatorio.

Nel comma 4 è ridefinita la normativa riguardante il trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

Nel comma 5 sono stabilite le modalità per la dimissione in affidamento e creata la figura dell'« affidatario », realizzando una valida alternativa alla necessità di ricoveri ospedalieri in trattamento sanitario obbligatorio eccessivamente prolungati, grazie alla possibilità di trattamenti sanitari obbligatori *extra*-ospedalieri.

Nel comma 6 sono previste le modalità di cessazione dei trattamenti obbligatori e nel comma 7 le procedure relative ad opposizioni e ricorsi su atti concernenti i citati trattamenti.

Nell'articolo 4 sono stabiliti i tempi ed i modi di effettiva chiusura degli *ex*-ospedali psichiatrici tuttora esistenti e la possibilità di riconversione o di alienazione delle loro strutture a favore dell'assistenza psichiatrica.

Nell'articolo 5 si prevede la possibilità che lo Stato, le regioni e gli enti locali possano concedere strutture per la realizzazione dei presìdi dei dipartimenti di psichiatria.

Nell'articolo 6 si stabiliscono le modalità di potere sostitutivo in caso di inadempienza delle disposizioni di cui alla presente proposta di legge da parte di unità sanitarie locali o regioni.

Negli articoli 7 e 8 sono istituite, rispettivamente, la commissione nazionale permanente e la commissione regionale per la psichiatria e ve ne sono indicati i compiti.

Infine, nell'articolo 9 sono definite le modalità di finanziamento, un problema che se non trova una soluzione adeguata rende inutile ed inefficiente qualsiasi legge di assistenza. Una normativa sul finanziamento particolarmente valida riteniamo di averla trovata nel testo della proposta di legge sulla psichiatria, presentata dal partito democratico della sinistra nella precedente legislatura. Riprendiamo, perciò, quasi integralmente tale normativa limitatamente a quanto riguarda questo specifico aspetto. È stato obiettato, da parte di alcuni, che l'impegno finanziario previsto è particolarmente elevato e scarsamente compatibile con le attuali difficoltà del bilancio statale. Replichiamo che quello da noi indicato è l'impegno percentuale medio che gli altri Paesi europei dedicano a questo settore. E se quell'impegno comporta dei sacrifici per altri settori della sanità, riteniamo che sia un atto di riparazione dovuto a causa dell'enorme, storica ingiustizia commessa ai danni dei malati di mente e dei loro familiari dal 1978 ad oggi. Il costo finanziario della presente proposta di legge è comunque nulla di fronte al costo umano di sofferenze e di lutti della « 180 ». Secondo una stima pubblicata dal professore Trabucchi nel 1982 i morti causati dalla legge n. 180 del 1978 erano già allora dai due ai tremila. Non esistono ricerche attendibili ed è una grave omissione che dovrà essere sanata, sull'entità globale di quella che qualcuno ha definito la tragedia dei *desaparecidos* della psichiatria italiana. Tragedia che nacque da un voto del Parlamento. Perciò oggi chiediamo a voi, nuovi parlamentari eredi di quel vecchio Parlamento, come atto riparatorio per quelle vittime, un voto che metta fine a quel folle esperimento con cavie umane che è stata, inconsapevolmente e incoscientemente, la legge n. 180 del 1978.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

(Princìpi generali).

1. I princìpi desumibili dalla presente legge costituiscono princìpi fondamentali in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati di mente di età superiore ai quattordici anni, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

2. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

3. Le regioni e le province autonome adeguano la propria legislazione ai princìpi stabiliti dalla presente legge entro un anno dalla data della sua entrata in vigore.

ART. 2.

(Dipartimento di psichiatria).

1. Il dipartimento di psichiatria ha il compito di garantire, in un'area con una popolazione complessiva indicativamente compresa fra i centocinquanta mila ed i trecentomila abitanti:

a) il coordinamento e la programmazione degli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie di pertinenza psichiatrica, nella popolazione adulta, attuati dai presìdi psichiatrici ospedalieri ed extraospedalieri presenti nel territorio di propria competenza;

b) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica;

c) la collaborazione con i servizi addetti alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichiatrici della infanzia e della adolescenza, delle patolo-

gie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi da *alcool*, farmaco e tossicodipendenza;

d) la consulenza sulle patologie psicosomatiche e sui problemi inerenti al disagio ed alla sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche;

e) la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei flussi informativi emergenti dalle ricerche e dalle attività diagnostiche e terapeutiche per codificare parametri sulla qualità delle prestazioni, sui protocolli terapeutici, sui loro costi e benefìci e sulla validità delle metodologie di lavoro. Queste attività fanno riferimento alla commissione nazionale permanente ed alla commissione regionale per la psichiatria previste rispettivamente dagli articoli 7 e 8;

f) l'aggiornamento professionale del personale del dipartimento, in collaborazione con gli organi regionali e nazionali competenti per la formazione;

g) la verifica ed il controllo del funzionamento delle strutture private psichiatriche convenzionate;

h) il controllo della corretta esecuzione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori.

2. Il dipartimento di psichiatria, per rispondere con interventi efficaci ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie mentali nei vari stadi della loro evoluzione, si articola in una complessa e completa rete di presìdi psichiatrici che comprende:

a) il centro di salute mentale (CSM). È il presidio ove sono effettuati, per una popolazione indicativamente compresa fra i cinquantamila ed i centomila abitanti, le attività di educazione sanitaria e di prevenzione e gli interventi ambulatoriali e domiciliari di diagnosi, cura e riabilitazione riguardanti le patologie di pertinenza psichiatrica. Il CSM collabora con i medici di medicina generale e gli specialisti delle altre discipline mediante attività di consulenza e di filtro per i ricoveri. Garantisce, inoltre, un servizio specifico al nucleo fa-

miliare del paziente psicotico di informazione, di assistenza e di sostegno psicoterapico;

b) il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC). È il presidio ove sono effettuati i trattamenti psichiatrici ospedalieri, sia volontari sia obbligatori, per quei pazienti in fase acuta che non possono essere adeguatamente diagnosticati e curati in ambiente extraospedaliero. Il SPDC è ubicato presso un ospedale generale, preferibilmente sede di un dipartimento di emergenza o di un pronto soccorso generale, oppure presso ospedali classificati, ed è dotato di almeno un posto letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

c) il pronto soccorso psichiatrico (PSP). È obbligatoriamente collocato in ogni ospedale ove esiste un SPDC, al quale è funzionalmente ed organizzativamente aggregato. Ha il compito di rispondere alle urgenze psichiatriche, previamente filtrate dal pronto soccorso generale. Nell'ambito organizzativo dei servizi di emergenza medica sul territorio è opportuno prevedere, specialmente nelle grandi aree metropolitane, unità di intervento urgente a domicilio per i casi di acuzie psichiatriche;

d) il centro riabilitativo psichiatrico (CRP). È il presidio sanitario ove sono effettuati gli interventi, ad alta specializzazione, di riabilitazione psichiatrica e di risocializzazione, anche in situazioni di residenzialità protetta diurna, notturna o continuativa. Il CRP è articolato nelle seguenti strutture, in collegamento funzionale ed organizzativo tra loro:

1) i centri diurni, ovvero i *day-hospital*, aperti ogni giorno feriale per almeno dieci ore, per quei pazienti che necessitano di terapie intensive farmacologiche o di partecipare a psicoterapie di gruppo, ad attività risocializzanti, occupazionali e formative a fini riabilitativi;

2) le comunità terapeutiche, con assistenza continuativa, per quei pazienti che, utilizzando le attività terapeutiche e riabilitative dei centri diurni, necessitano anche di collocazione residenziale protetta

notturna o continuativa. Le comunità terapeutiche sono dotate di almeno 1,5 posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

e) le comunità protette (CP). Sono presìdi sociosanitari ove sono ospitati quei pazienti che, a causa di uno stato di cronicità della patologia psichiatrica, con prevalenza dei sintomi deficitari, sono incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali e necessitano di interventi terapeutici e psicoriabilitativi di lunga durata, in ambiente residenziale protetto, mancando una adeguata collocazione in famiglia. Le CP sono dotate di almeno due posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

f) le comunità alloggio (CA). Sono strutture residenziali ove sono ospitati, anche per brevi periodi, quei pazienti psichiatrici, in trattamento terapeutico presso il CSM che, pur avendo una sufficiente capacità di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali, presentano, per effetto della loro malattia, rilevanti difficoltà relazionali che impediscono, temporaneamente, una normale collocazione abitativa in famiglia od altrove. Le CA sono dotate di almeno 1,5 posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza.

3. L'organico del dipartimento di psichiatria, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, dell'assistente sociale, del terapista occupazionale, dell'educatore professionale e da personale amministrativo ed ausiliario. La direzione del dipartimento, al fine di salvaguardare l'indispensabile unitarietà, continuità e coerenza degli interventi terapeutici adottati dai vari presìdi psichiatrici nei confronti del paziente, specialmente durante gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, è affidata al primario del SPDC.

4. Le università con scuole di specializzazione in psichiatria partecipano alla assistenza psichiatrica pubblica e, nell'am-

bito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, possono assumere la responsabilità di un dipartimento di psichiatria, attenendosi ai princìpi organizzativi e funzionali stabiliti nella presente legge ed impegnandosi ad organizzare la ricerca e la didattica in funzione delle necessità emergenti dal modello di servizio centrato sul dipartimento di psichiatria. All'attività di ricerca e di studio svolta nell'ambito delle convenzioni partecipano anche gli operatori del dipartimento di psichiatria.

5. Per lo svolgimento delle attività del dipartimento di psichiatria le regioni e le province autonome possono anche avvalersi, in conformità alla legislazione vigente, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, dei presìdi e delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Inoltre, per la realizzazione e la gestione, anche parziale, delle comunità protette e delle comunità alloggio le regioni e le province autonome possono stipulare apposite convenzioni con associazioni o con enti iscritti ad uno speciale albo regionale, previa verifica del possesso dei seguenti requisiti:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato, o natura di associazione riconosciuta ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile;

b) disponibilità di locali ed attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta;

c) personale sufficiente e preparato in materia di psichiatria.

6. Per le attività sociali non sanitarie i dipartimenti di psichiatria possono anche avvalersi della collaborazione di organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle successive disposizioni in materia.

ART. 3.

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

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

« ART. 34 – (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*) — *1.* Gli interventi per accertamenti diagnostici, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali di norma sono volontari. Qualsiasi intervento obbligatorio, comportando una limitazione della libertà, deve essere ordinato o convalidato dalla commissione per la tutela della salute mentale (CTSM). La CTSM è presieduta da un giudice tutelare, ed è composta da un medico specialista in psichiatria, un medico specialista in medicina legale od in psichiatria forense, uno psicologo, un assistente sociale e da un rappresentante dei sindaci dei comuni appartenenti all'area di competenza della CTSM. La CTSM, è competente su tutti gli atti riguardanti l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), anche con procedimento di urgenza, il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), la dimissione in affidamento (DA) di paziente in TSO. La CTSM, ha sede presso la pretura territorialmente competente e si avvale della relativa cancelleria.

2. L'accertamento sanitario obbligatorio è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) qualora una persona, presumibilmente ammalata di mente e bisognosa di cure, non accetti volontariamente i necessari accertamenti diagnostici od i successivi interventi terapeutici, esponendosi al rischio di un aggravamento del proprio stato e a possibili danni, è fatto obbligo ai parenti conviventi di riferire la situazione alla CTSM territorialmente competente. In assenza dell'intervento dei parenti tale compito spetta alle autorità sanitarie o alle autorità di pubblica sicurezza venute a conoscenza del fatto. Se la situazione presenta i caratteri dell'urgenza ed ogni ritardo rischia di comportare un danno per il malato o per altri, le suddette autorità attivano il procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

b) il giudice che presiede la CTSM stabilisce, entro settantadue ore dal momento in cui è stato informato della situazione, il giorno, l'ora ed il luogo dell'esame del presunto malato da parte della

CTSM. Entro lo stesso termine il cancelliere della CTSM notifica, con comunicazione giudiziaria, il provvedimento al presunto malato, informandolo del diritto di farsi assistere nell'esame da un proprio avvocato, da un medico psichiatra e da una persona di fiducia. La comunicazione è inviata in copia anche a chi ha inviato la segnalazione alla CTSM;

c) la CTSM, esaminato, entro quindici giorni dalla emissione della ordinanza, il presunto malato, e sentite in udienza, immediatamente successiva, tutte le parti interessate, dispone con provvedimento motivato che il paziente sia sottoposto ad accertamento sanitario obbligatorio (ASO) presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) quando:

1) le condizioni di salute mentale del paziente possono ricevere un sensibile miglioramento dalle prestazioni di cure ovvero risentire di un sensibile peggioramento per la loro mancanza;

2) per effetto della malattia il paziente non è in grado di giudicare il proprio stato e rifiuta di sottoporsi ai necessari accertamenti diagnostici ed interventi terapeutici;

3) per effetto della malattia il paziente sia incapace di badare a sé e di tutelare i propri interessi, oppure sia pericoloso per la salute fisica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri o di altri;

d) la durata dell'ASO non può superare i quindici giorni dal momento del ricovero in SPDC, salvo il caso di richiesta di continuazione delle terapie in trattamento sanitario obbligatorio (TSO), come previsto dal comma 4;

e) la CTSM, quando vi sia motivo di ritenere che i normali tempi di esecuzione del procedimento per l'ASO determinino un ritardo indesiderabile che può dar luogo a danni per la salute del paziente od a situazioni di pericolo, può invitare le autorità di pubblica sicurezza e le autorità sanitarie affinché attivino il procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

f) la CTSM può emettere un provvedimento di ASO su richiesta adeguatamente motivata e documentata del primario del SPDC, a conclusione del procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

g) la CTSM, contestualmente al provvedimento di ASO, nomina un tutore con il compito di difendere gli interessi ed i beni del paziente, compreso il bene salute, per tutta la durata dei provvedimenti sanitari obbligatori. Il tutore assume nei confronti del paziente maggiorenne tutti i diritti ed i doveri di colui che esercita la patria potestà nei confronti di un minore. Quando il paziente ha una età compresa fra i quattordici ed i diciotto anni, le funzioni di tutore sono svolte da chi esercita la patria potestà. Il primario del SPDC deve informare il tutore ed acquisire il suo consenso su ogni intervento riguardante il paziente, tranne quelli urgenti ed indispensabili per la sicurezza del paziente stesso o del servizio ospedaliero. Il tutore deve informare e consigliare il paziente in merito al ricovero ed al trattamento adottato, e deve, inoltre, assisterlo per eventuali reclami e ricorsi. Il tutore deve visitare il paziente entro ventiquattro ore dalla nomina, e successivamente con frequenza almeno settimanale, ed ha, comunque, il diritto di contattarlo liberamente sia di persona, sia per iscritto o per telefono. La CTSM può sostituire il tutore, su richiesta motivata del tutore stesso o del paziente o dei parenti prossimi del paziente o del primario del SPDC.

3. L'accertamento sanitario obbligatorio con procedura di urgenza è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) le forze di pubblica sicurezza, nello svolgimento dei propri compiti istituzionali di prevenzione e repressione dei reati, quando vi siano ragionevoli motivi di supporre che una persona soffra di una malattia mentale ed abbia bisogno immediato di cure e controlli, a tutela della sua salute ed incolumità od a tutela di legittimi diritti di terzi, devono far sottoporre a visita medica il presunto ammalato per gli ac-

certamenti e gli interventi terapeutici necessari;

b) il medico, nello svolgimento dei propri compiti di assistenza, quando vi siano ragionevoli motivi di supporre che una persona affetta da malattia mentale che necessiti di immediate cure e le rifiuti per incapacità di giudicare il proprio stato, possa commettere atti che comportino un danno a se stesso od a terzi, può richiedere l'intervento delle forze di pubblica sicurezza affinché prevengano possibili reati e provvedano all'accompagnamento del malato al pronto soccorso psichiatrico per gli accertamenti e gli interventi terapeutici necessari;

c) lo psichiatra in servizio presso il pronto soccorso, presa visione della richiesta di ricovero obbligatorio per accertamenti presentata, per iscritto, dal medico che ha precedentemente visitato il paziente, certificazione che deve riferire, oltre alle notizie anamnestiche ed alla ipotesi diagnostica, gli specifici motivi che hanno reso impossibile il trattamento extraospedaliero od il ricovero volontario del malato, effettuati gli interventi diagnostici e terapeutici immediatamente necessari, provvede, con relazione scritta motivata, a convalidare la richiesta di ricovero obbligatorio con procedura di urgenza presso l'SPDC o a dimettere il soggetto, qualora non ravvisi la necessità di un trattamento ospedaliero, oppure, acquisito un consenso valido e presumibilmente stabile da parte del paziente, trasforma il ricovero obbligatorio in un ricovero volontario;

d) il primario responsabile del SPDC, al termine di un periodo di osservazione clinica della durata massima di settantadue ore dal momento del ricovero del malato, invia una relazione scritta alla CTSM, per richiedere la continuazione del ricovero in regime di ASO, oppure per comunicare l'avvenuta dimissione del paziente o la trasformazione del ricovero obbligatorio in volontario. In attesa del provvedimento della commissione sono effettuati tutti gli interventi terapeutici ritenuti indispensabili e non rinviabili nell'interesse del paziente;

e) la CTSM, entro le successive settantadue ore, presa visione della documentazione inviata dal primario del SPDC, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida gli interventi svolti con procedura di urgenza e, in presenza di una richiesta adeguatamente motivata, dispone *con ordinanza* la continuazione del ricovero in regime di accertamento sanitario obbligatorio;

f) il primario della SPDC, quando un paziente in ricovero volontario non sia in grado, per effetto della sua malattia, di giudicare il proprio stato e rifiuti i necessari accertamenti diagnostici ed interventi terapeutici o chieda di essere dimesso contro il parere dei sanitari, può attivare, con la convalida di un altro medico, un ASO con procedimento di urgenza se vi sia motivo di ritenere che il mancato intervento diagnostico e terapeutico o la dimissione possano causare un serio danno al paziente od a terzi. Successivamente il primario del SPDC invia una relazione scritta alla CTSM per richiedere la continuazione del ricovero in regime di ASO, ai sensi delle disposizioni di cui alle lettere *d)* ed *e)*.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) il primario del SPDC, al termine di un ASO, può richiedere alla CTSM territorialmente competente di emettere un provvedimento di continuazione delle terapie in regime di TSO quando:

1) il paziente è affetto da una malattia mentale che può ricevere un sensibile miglioramento da una continuazione delle terapie in atto o risentire di un sensibile peggioramento dalla loro interruzione;

2) il paziente, per effetto della sua malattia, non è in grado di giudicare il proprio stato e rifiuta di proseguire le terapie necessarie od è improbabile che continui ad assumerle una volta dimesso, oppure, nonostante le terapie in atto, non

ha ancora raggiunto uno stato di sufficiente compenso psichico;

3) il paziente, per l'interruzione della terapia o per la sua insufficiente azione rischia di essere, se dimesso, incapace di badare a sé, oppure pericoloso per la salute fisica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri o di terzi;

b) la CTSM, entro sette giorni dal ricevimento della richiesta di TSO, presa visione della documentazione clinica inviata dal primario del SPDC, sentito il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, quando giudichi la richiesta effettivamente rispondente agli interessi ed ai bisogni del malato, emette il provvedimento di TSO;

c) il primario del SPDC, in attesa delle decisioni della CTSM sul TSO, continua a praticare tutti gli interventi terapeutici necessari nell'interesse del paziente in regime di prolungamento automatico dell'ASO;

d) il TSO ha la durata massima di un mese, ma, persistendo la situazione di necessità, il primario del SPDC può richiedere alla CTSM, con relazione clinica motivata, una proroga di tre mesi e, successivamente, ulteriori proroghe di sei mesi;

e) la CTSM, ricevuta la richiesta di proroga, attua la procedura prevista alla lettera *b)*.

5. La dimissione in affidamento (DA) di un paziente in TSO è attuata nei casi e con le seguenti modalità:

a) il primario del SPDC può disporre, in accordo con il tutore, la DA di un paziente, mantenendo il regime di TSO, quando:

1) il paziente ha raggiunto, durante il ricovero, un sufficiente stato di compenso psichico e la sua malattia non trarrebbe ulteriore giovamento da un prolungarsi della ospedalizzazione;

2) è improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia capace di

badare a sé o di sottoporsi con regolarità alle cure delle quali ha bisogno o di guardarsi da azioni gravemente irresponsabili o di difendersi da maltrattamenti, abusi, raggiri e tentativi di sfruttamento;

3) il paziente non si oppone ad essere dimesso ed affidato a terzi, permanendo il regime di TSO, e mostra disponibilità ad accettare le regole dell'affidamento;

4) vi sia la persona idonea a svolgere i compiti dell'affidatario ed una collocazione adeguata ai bisogni ed alle necessità di cura del paziente in TSO;

b) la CTSM, ricevuta immediata comunicazione della avvenuta DA da parte del primario del SPDC, presa visione della documentazione inviata, comprendente il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida, entro sette giorni, la DA e la contestuale nomina, effettuata dal primario del SPDC, dell'affidario;

c) la nomina di affidatario può essere data a:

1) un familiare;

2) il medico responsabile di un centro di salute mentale (CSM);

3) il medico responsabile di un centro di riabilitazione psicosociale;

4) il medico responsabile di una comunità protetta;

5) qualsiasi altra persona o nucleo familiare ritenuto idoneo, ad eccezione del tutore, che nel suo ruolo di sostegno del paziente e di difensore dei suoi diritti deve rimanere figura indipendente ed alternativa, in rapporto dialettico con l'affidatario e con il personale curante;

d) l'affidatario ha il compito di assistere, proteggere, consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito ed abbigliato, in condizioni igieniche personali ed ambientali corrette, di controllare il suo stato di salute fisica e

psichica e la regolare assunzione delle terapie prescritte, riferendone al personale curante, di assicurare la sua presenza alle visite di controllo ed alle attività psicoriabilitative e risocializzanti, di collaborare con il tutore nella gestione delle risorse economiche del paziente;

e) il paziente, al momento della dimissione deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario ed impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento;

f) il primario del SPDC, verifica il buon andamento della DA e, qualora insorga un sensibile peggioramento delle condizioni psichiche del paziente, con conseguenti gravi anomalie di comportamento o con l'impossibilità di proseguire nelle cure necessarie, dispone la revoca della DA, ed il rientro del paziente in SPDC. Se la situazione assume le caratteristiche dell'urgenza ed ogni ritardo rischia di provocare un danno al paziente od a terzi, le autorità sanitarie, con la collaborazione, quando necessaria, delle autorità di pubblica sicurezza, accompagnano subito il paziente al SPDC. Il primario del SPDC, entro settantadue ore dal rientro del paziente, provvede ad informare la CTSM che, entro le successive settantadue ore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida gli eventuali interventi compiuti con procedura di urgenza e la disposizione di revoca della DA;

g) il primario del SPDC , con disposizione motivata, può sostituire l'affidatario o modificare la collocazione del paziente, in accordo con il tutore e dandone immediata comunicazione alla CTSM che, entro sette giorni, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni ed esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida la disposizione;

h) per tutta la durata della DA rimane invariato l'obbligo per il primario del SPDC, di inviare alla CTSM le richieste

motivate di proroga del TSO del paziente entro i termini previsti dal comma 4.

6. La cessazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori è attuata nei casi e con le modalità seguenti:

a) il primario del SPDC può disporre immediatamente la cessazione di un qualsiasi accertamento o trattamento sanitario obbligatorio, quando le condizioni cliniche del paziente consentono di considerarlo guarito o sufficientemente migliorato o quando il paziente dà un consenso valido e mostra affidabilità riguardo alla continuazione delle terapie necessarie in trattamento volontario;

b) il TTSM, ricevuta la comunicazione della cessazione, ne prende atto per quanto di competenza;

c) con la cessazione decadono automaticamente ed immediatamente le nomine del tutore e dell'affidatario ed ogni loro compito.

7. L'opposizione ed i ricorsi relativi alle disposizioni di cui al presente articolo sono attuati con le seguenti modalità:

a) avverso gli atti intrapresi dal primario del SPDC, da altro personale curante, dal tutore, dall'affidatario, il paziente o qualsiasi altra persona interessata può fare opposizione mediante esposto scritto in carta semplice alla CTSM, che deve pronunciarsi in merito entro quindici giorni dalla ricezione dell'esposto;

b) avverso alle decisioni della CTSM, il paziente, il primario del SPDC, il tutore, l'affidatario o qualsiasi altra persona interessata possono presentare ricorso alla corte d'appello competente per territorio;

c) la presentazione di opposizioni e ricorsi non ha effetto sospensivo sugli atti e le decisioni contestati ».

2. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è abrogato.

ART. 4.

(Chiusura o riconversione degli ex-*ospedali psichiatrici).*

1. I Gli ospedali psichiatrici tuttora esistenti, anche se con diversa denominazione, devono, entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, essere chiusi o le loro strutture devono essere riconvertite nei presìdi di cui all'articolo 2. Quando le strutture non si prestano ad essere riconvertite in modo adeguato o la loro riconversione è economicamente svantaggiosa, tali strutture devono essere alienate o permutate. Il ricavato deve essere vincolato alla costruzione o al miglioramento dei presìdi di cui all'articolo 2. Fino alla loro chiusura gli ospedali psichiatrici devono garantire gli *standard* assistenziali previsti per legge e sono parte integrante del dipartimento di psichiatria competente per territorio.

ART. 5.

(Concessione di strutture).

1. Per la realizzazione dei presìdi di cui all'articolo 2 è prevista la concessione di strutture con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, possono essere dati in uso ai dipartimenti di psichiatra di cui all'articolo 2, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio od al patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome e gli enti locali possono concedere in uso gratuito ai dipartimenti di psichiatria edifici, strutture ed aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai dipartimenti di psichiatria, anche parzialmente, le strutture degli ospedali, destinati alla chiusura, con meno di centoventi posti-letto.

ART. 6.

(Potere sostitutivo).

1. In caso di inosservanza da parte delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere degli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni nominano dei commissari *ad acta* per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi novanta giorni dalla relativa richiesta.

2. In caso di inosservanza, entro il termine di cui al comma 1, da parte delle regioni e delle province autonome, degli obblighi derivanti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

ART. 7.

(Commissione nazionale).

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

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dell'assistenza psichiatrica, sui programmi regionali e sui risultati ottenuti;

b) indicazione al Ministro della sanità di atti di indirizzo, di consulenza e di proposta alle regioni ed alle province autonome sugli *standard* assistenziali dei servizi psichiatrici e di criteri di progettazione e di realizzazione dei presìdi di cui all'articolo 2;

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

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale e delle attività di prevenzione dei servizi psichiatrici;

e) proposizione al Ministro della sanità, entro sei mesi dalla istituzione della Commissione, di una carta dei diritti del paziente psichiatrico e di un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici.

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

a) il vicepresidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

d) tre esperti designati dalle regioni;

e) tre esperti del Ministero della sanità;

f) un esperto del Dipartimento per gli affari sociali;

g) un esperto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto del Ministero dell'interno;

i) un esperto del Ministero di grazia e giustizia;

l) un esperto della Società italiana di psichiatria;

m) un esperto della Federazione nazionale dell'ordine dei medici;

n) due esperti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.

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

4. L'ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto alla attività della Commissione nazionale permanente per la psichiatria ed in particolare:

a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2;

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

c) propone *standard* per il funzionamento ottimale dei servizi psichiatrici;

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

e) propone criteri per l'aggiornamento del personale;

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

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito alla attuazione della presente legge.

ART. 8.

(Commissione regionale).

1. È istituita, a livello regionale, una commissione per la psichiatria con compiti di vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2 e con funzioni consultive e propositive.

2. La commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale ai servizi sociali, da tre esperti designati dalla regione, dei quali almeno uno docente universitario, da un primario responsabile di dipartimento di psichiatria ogni

cinque o frazione di cinque esistenti nella regione e da due esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.

ART. 9.

(Finanziamento).

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge e per la gestione complessiva dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale; è altresì vincolata una quota pari all'8 per cento dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, per interventi di costruzione e di ristrutturazione delle strutture previste dalla presente legge. I finanziamenti vincolati sono attribuiti ad ogni regione ed alle province autonome sotto forma di somme assegnate ai relativi dipartimenti psichiatrici.

DDL13-2353
Lire 1000