

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 7681

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CARLESI

Modifica degli articoli 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di assistenza psichiatrica

Presentata il 6 marzo 2001

ONOREVOLI COLLEGHI! — A distanza di più di venti anni dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978, superata poi dalla normativa complessiva di istituzione del Servizio sanitario nazionale, è giunto il momento di rivederne alcuni aspetti. Tale legge, nata sotto la spinta del movimento basagliano di critica alla istituzione psichiatrica, pressata dalla minaccia di un *referendum* abrogativo della vecchia norma contenuta nella legge 14 febbraio 1904, n. 36, è diventata sintomatica di un periodo della storia italiana e per questo sembra essere intoccabile ed imm modificabile. Periodo, quello, caratterizzato dalle facili ideologizzazioni e verbalizzazioni rivoluzionarie per le quali il dubbio scientifico, la ricerca, lo studio e la riflessione critica non hanno avuto spazio essendo

soffocate da *slogan* di grande risonanza demagogica.

Il « problema psichiatria », in tale contesto culturale, è stato ridotto e semplificato a mero problema di oppressione, di repressione e di violenza istituzionale, ed il manicomio è stato additato come l'unico colpevole della non guarigione e della emarginazione sociale degli psicotici.

Fermo restando che nessuno può pensare di tornare alla vecchia logica manicomiale che vedeva l'ospedale psichiatrico al centro e quale unico strumento dell'assistenza al malato di mente, è comunque necessario avviare una revisione critica della legge affrontando, quanto meno, alcuni aspetti normativi.

Un problema della legge vigente che ha suscitato perplessità e critiche è quello

relativo alla condizione accertata di « alterazione psichica » per poter effettuare il trattamento sanitario obbligatorio del malato di mente. Questa locuzione, usata dal legislatore, senza chiarirne il senso, ha lasciato adito ad ambigue interpretazioni. È naturale, infatti, chiedersi che cosa si debba intendere per « alterazione psichica » soprattutto quando lo stesso legislatore, nella relazione al disegno di legge, ebbe a dare una spiegazione assolutamente inefficace: « Per poter ricoverare un malato di mente, questi deve presentare gravi alterazioni psichiche e debbono esistere condizioni e circostanze tali da rendere impossibile l'adozione di idonee misure sanitarie di altra natura ».

La preoccupazione, nata in contrasto ideologico alla citata legge n. 36 del 1904, di non menzionare la « pericolosità » quale condizione per effettuare il trattamento sanitario obbligatorio (TSO), ha finito per creare, soprattutto sul piano pratico, non pochi disagi per gli operatori e per gli assistiti. Soprattutto negli episodi acuti (psicosi dissociativa acuta, espansività maniacale, confusione mentale, depressioni gravi, eccetera) il fenomeno della pericolosità con etero ed autoaggressività compare con frequenza non irrilevante e continua, quindi, ad esistere nonostante sia sottaciuto dalle legge. Tra l'altro, le modalità del ricovero appaiono estremamente complicate, eccessivamente burocratizzate e tali da rendere inefficace la immediatezza dell'atto sanitario. La istituzione di un pronto soccorso psichiatrico operante a tempo pieno nell'ambito del dipartimento di salute mentale, previsto dal progetto-obiettivo « tutela della salute mentale 1994-1996 » approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 93 del 22 aprile 1994, può finalmente garantire interventi efficaci per i trattamenti urgenti.

Anche i meccanismi di convalida e di proposta del TSO devono essere semplificati assegnando tali compiti ai medici ed al giudice tutelare, riportando il ricovero ad un atto sanitario, pur tutelato da necessarie garanzie.

L'ottica del ricovero a breve termine, scaturito dalla norma che prevede un TSO della durata di sette giorni, ha fatto troppo spesso ritenere erroneamente che tutte le situazioni riscontrabili nella patologia psichiatrica possono risolversi tra i sette ed i quindici giorni.

Per questi motivi la presente proposta di legge, oltre a definire le condizioni per effettuare il TSO, semplifica i meccanismi delle procedure lasciando alla valutazione clinica la determinazione dei tempi di trattamento.

Infine, una delle più serie conseguenze che la legge vigente ha determinato, è quella relativa al trattamento dei malati di mente cronici. La cronicità nell'ambito della patologia mentale non è solo frutto, così come asseriva il movimento basagliano negli anni '70, della istituzionalizzazione manicomiale. Esiste, purtroppo, una nuova cronicità di pazienti che, non hanno mai conosciuto il manicomio e che, al di fuori di brevi e magari ripetuti periodi di ricovero nell'ambito dei servizi ospedalieri di diagnosi e cura, non ricevono alcun tipo di trattamento e di assistenza adeguati alla loro malattia. Infatti, il malato mentale cronico difficilmente accetta di sottoporsi ad un trattamento volontario di tipo riabilitativo, non essendo consapevole del proprio stato di malattia e così finisce per essere abbandonato al proprio destino.

Questo è il motivo per il quale la presente proposta di legge prevede il TSO anche in ambienti di lunga degenza quali possono essere le strutture residenziali e semiresidenziali.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

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

« ART. 34 — (*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*) —
1. La legge regionale disciplina nell'ambito delle aziende sanitarie locali e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative.

2. I servizi a struttura dipartimentale di cui al comma 1 del presente articolo, oltre a garantire le prestazioni e gli interventi previsti dal progetto-obiettivo approvato con decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 93 del 22 aprile 1994, assicurano il pronto soccorso psichiatrico dotato di guardia medica psichiatrica e di personale infermieristico per interventi sul territorio e a domicilio del paziente.

3. Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate:

a) a domicilio del paziente;

b) in condizione di degenza ospedaliera nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura;

c) nelle strutture extra ospedaliere costituite dai centri di salute mentale e dalle strutture residenziali e semiresidenziali.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio si effettua quando:

a) esistano condizioni cliniche che, in particolare nelle situazioni che possono determinare etero ed auto aggressività, richiedano urgente trattamento terapeutico;

b) non vi siano diverse possibilità di trattamento anche in relazione al contesto di vita del paziente ed al suo livello di autonomia;

c) non vi sia, da parte del paziente, coscienza della malattia, con conseguente rifiuto degli interventi terapeutici e socio-riabilitativi.

5. Il trattamento sanitario obbligatorio è proposto da un medico del Servizio sanitario nazionale che accerta di persona le condizioni previste dal comma 4, e deve essere convalidato da un medico psichiatra del dipartimento di cui ai commi 1 e 2, che ne dispone l'immediata esecutività con i mezzi e con il personale del pronto soccorso psichiatrico competente per territorio ».

ART. 2.

1. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 35 — (*Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale e tutela giurisdizionale*). 1. Entro quarantotto ore dall'inizio del trattamento sanitario obbligatorio, disposto ai sensi dell'articolo 34, il medico responsabile del servizio, che ha preso in carico il paziente, è tenuto a informare il giudice tutelare, competente per territorio, in merito alle condizioni cliniche dell'assistito, alle procedure terapeutiche adottate, alla necessità o meno di prosecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, indicandone la prevedibile durata in base alla persistenza delle condizioni previste dal comma 4 dell'articolo 34.

2. Il giudice tutelare, entro le successive quarantotto ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il trattamento sanitario obbligatorio e ne dà comunicazione al dipartimento in cui è ricoverato il paziente.

3. In qualsiasi momento, dall'inizio del trattamento sanitario obbligatorio, il me-

dico responsabile del servizio che ha in carico il paziente può interrompere la misura del trattamento sanitario obbligatorio dandone comunicazione al giudice tutelare.

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

5. 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.

6. Nel processo davanti al tribunale di cui al comma 5 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.

7. 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.

8. 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.

9. Sulla richiesta di sospensiva presentata ai sensi del comma 8 il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

10. 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.

11. I ricorsi ed i successivi provvedimenti disposti ai sensi del presente articolo sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione ».

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

