

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2437

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CERAVOLO, DE COCCI, RIVA, TERRANOVA CORRADO, CORNIA, MOLINAROLI, LO GIUDICE, VOCIÑO, CAPUA, COPPA EZIO, LA RUSSA, NUMEROSO

Annunziata il 21 dicembre 1951

Sugli ospedali psichiatrici e per la cura e profilassi delle malattie mentali

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge del 14 febbraio 1904, n. 36, ed il regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615, disciplinano tutta la materia concernente il funzionamento dei manicomi, il trattamento dei malati di mente, la loro ammissione in luogo di cura e le dimissioni.

Tali vecchie disposizioni sono state ispirate a concetti ormai tramontati, primo fra tutti l'inguaribilità dell'ammalato di mente.

Il legislatore del tempo ha avuto per fine l'assistenza e la custodia degli alienati in appositi Istituti per salvaguardare la società dalla tanto declamata pericolosità e l'ammalato non fu considerato tale, ma come detenuto, e forse anche come un criminale potenziale. Secondo la legge, il malato di mente, nel periodo massimo di trenta giorni dal suo ricovero, per poter continuare la cura, deve essere dichiarato alienato e proposto al tribunale per il ricovero definitivo: tutto si riduce a questo trinomio: inguaribilità, pericolosità, ricovero definitivo!

Oggi tale concetto è contrastato dai risultati ottenuti sugli schizofrenici, sui paralitici progressivi, dalla malariaoterapia e da altre terapie febbrili, sui depressi dalla terapia squassante; le terapie da shock, l'elettroshock, la insulinoterapia, la cardiolterapia ed ancora la terapia convulsivante con il cloruro di ammonio, la leucotomia, la

lobotomia, e la topectomia frontale, la burasco-vascolare, i mezzi chemio-terapici, piritogeni, antitossici ed ormonici, sono nuove armi valorizzate dai risultati ottenuti. Per quanto alcuni debbano essere convalidati e perfezionati, pure rappresentano delle grandi conquiste della scienza ed aprono più ampi orizzonti. Ecco perché la legge del 1904, precedente a tali scoperte, non poteva tener conto della cura del malato e tanto meno sperare risultati attendibili. In quel tempo la terapia era limitata ai sedativi e al riposo forzato a letto dell'infermo; nei manicomi tutto al più si eseguiva l'idro-terapia e l'ergoterapia e l'opera dei psichiatri si esauriva nella diagnosi; la società riteneva di aver così soddisfatto al suo compito e provveduto a garantirsi dai pericoli di un pazzo, il quale, divenuto ineluttabilmente cronico, restava relegato per tutta una vita al suo triste destino. Una volta fatta diagnosi di paralisi progressiva e riconosciuta l'etiologia del male, non influenzato in alcun modo dalle azioni degli antiluetici, una volta sospettata la schizofrenia, non restava che attendere i fatti demenziali; gli episodi della stessa psicosi maniaco-depressiva non potevano essere abbreviati da particolare terapia e forse il solo cretinismo trovava qualche vantaggio nella somministrazione tempestiva di estratti tiroidei. Oggi invece i mezzi per modificare

il decorso della malattia e la prognosi vi sono, ma bisogna applicarli precocemente: da ciò l'importanza di una diagnosi precoce e di una cura tempestiva. Ecco perché la legge del 1904, che porta con sé la qualifica di poliziesca, non può più servire. Al concetto della custodia bisogna sostituire quello della cura e modificare tutto ciò che le prescrizioni della legge mettono in contrasto con le necessità terapeutiche. Un illustre psichiatra ha dovuto fra l'altro confessare: « Se noi applicassimo in modo rigoroso le disposizioni di legge, non saremmo oggi in grado di svolgere quell'opera di alta umanità, che è la cura tempestiva ed efficace delle malattie mentali... ».

La vecchia legge può essere conservata, come qualcuno forse sostiene, a patto di eluderla continuamente.

C'è da domandarsi, ad esempio, perché la legge deve inibire l'ingresso volontario nei luoghi di cura a chi intende ricorrere spontaneamente all'ospedale psichiatrico; perché si deve attendere la pericolosità per il mantenimento negli ospedali oltre il trentesimo giorno; perché anche per poter trattenere in ospedale psichiatrico individui maggiorenni, coscienti del proprio stato di alienazione parziale o iniziale, che hanno chiesto spontaneamente di essere ricoverati, si debba tuttavia ricorrere all'intervento del tribunale (articolo 53 del regolamento); perché ancora il certificato medico per il ricovero non deve essere fatto dallo stesso psichiatra ospedaliero, anche se questi ha avuto la ventura di fare in tempo la diagnosi, attraverso segni prodromici e prove biologiche. Pregiudizi, infingimenti, interferenze giudiziarie e amministrative, procedimenti pleonastici e formalisti basati su vecchie concezioni, impongono una riforma sollecita ed integrale. D'altro canto il canone fondamentale di tutta la medicina, che per combattere efficacemente le malattie bisogna, accanto alla terapia, praticare la prevenzione delle malattie stesse, è stato riconosciuto valido anche nei riguardi delle malattie psichiatriche ed ha dato origine a tutto un vasto movimento mondiale diretto a promuovere la profilassi e l'igiene mentale.

La psichiatria comincia così a varcare i confini dell'ospedale psichiatrico, avviandosi ad operare su un piano sociale per combattere con tutti i mezzi della terapia, della profilassi, e della igiene mentale, dentro e fuori dell'ospedale psichiatrico, tutte le malattie mentali « grandi e piccole », nonché tutte le varie forme della psiconevrosi, delle psicopatie costituzionali, delle anomalie psichiche,

che, pur non richiedendo l'ospedalizzazione, non rappresentano per il malato, per la famiglia e per la società una iattura minore di quella causata dalle malattie mentali conclamate.

Di fronte a tutti questi progressi ed a questi nuovi indirizzi della moderna psichiatria è chiaro che la legge del 1904 è diventata una legge anacronistica. Essa deve essere quindi abrogata e sostituita con una nuova legge la quale non tenga soltanto conto della eventuale pericolosità dei malati di mente, ma che, avendo di mira la sanità mentale di tutto il popolo, detti le norme per potenziare al massimo grado la lotta contro le malattie mentali sia mediante la trasformazione dei manicomi in ospedali di cura e di assistenza per malati di mente pericolosi e non pericolosi, sia mediante istituzione di servizi extra-ospedalieri, dispensari, centri di propaganda ecc., per la cura dei malati non ricoverati e per la profilassi e l'igiene mentale.

A questi obiettivi mira il progetto di legge che abbiamo l'onore di sottoporre alla vostra approvazione e le cui principali innovazioni sono le seguenti:

1°) Mentre la legge 1904, come abbiamo detto, ha per scopo principale quello di difendere la società dagli alienati pericolosi e non si interessa della cura di essi, la nostra proposta di legge invece, pur continuando a provvedere a tale difesa, sancisce con l'articolo 1° il principio nuovo dell'obbligo della società di provvedere alla cura ed alla profilassi delle malattie mentali ed alla igiene mentali, decretando che questa cura, questa profilassi e questa igiene mentale, debbano formare oggetto di pubblico servizio, che deve essere gratuito per i non abbienti, deve essere disimpegnato dalle amministrazioni Provinciali e deve essere sottoposto alla vigilanza ed al controllo dello Stato.

2°) Mentre la legge 1904, sempre a scopo di difesa della società dagli alienati pericolosi, sancisce l'obbligo del ricovero in manicomio soltanto di tal genere di alienati e vieta il ricovero dei non pericolosi, la legge sancisce un altro principio nuovo, quello cioè dell'obbligo del ricovero per tutti i malati di mente di qualsiasi genere e gravità, pericolosi e non pericolosi, che non possano essere curati né assistiti convenientemente fuori dell'ospedale.

3°) Mentre in base alla legge 1904 le amministrazioni provinciali hanno soltanto il compito di provvedere alla custodia degli alienati pericolosi, nella nostra proposta esse sono anche chiamate ad assumersi un altro

compito di ben maggiore importanza sociale, quello cioè di provvedere alla lotta contro le malattie mentali. Esse dovranno istituire dei servizi extra-ospedalieri per la cura ed assistenza dei malati di mente non ospedalizzati e per la igiene e la profilassi mentale; dovranno anche curare le ricerche clinico-scientifiche (articolo 4) e la necessaria propaganda.

4°) Mentre con la legge 1904 la facoltà di ammettere e di dimettere gli alienati dal manicomio, come si è già detto, è di esclusiva spettanza dell'autorità giudiziaria, la presente legge invece tende a sancire il principio nuovo che la facoltà di ammettere e di dimettere i malati spetta al direttore, nei limiti consentiti dall'articolo 13 della Costituzione. È così che il direttore è autorizzato ad ammettere i malati che facciano domanda in tal senso (articolo 17) e quelli che, anche in mancanza di tale domanda, abbiano necessità od urgenza di essere ammessi (articolo 18), riservando l'intervento dell'autorità giudiziaria (articolo 19) e quello dell'autorità di pubblica sicurezza in caso di urgente pericolo (articolo 20) soltanto per i casi di mancata domanda e di mancata necessità ed urgenza. In questi ultimi casi e nel caso di ammissioni per necessità o per urgenza, è richiesta la convalida dell'autorità giudiziaria (articolo 21), mentre poi la degenza e la dimissione restano di esclusiva spettanza del direttore (articolo 22 e 24). Il progetto dispone pure l'abrogazione della iscrizione nel casellario giudiziario dei provvedimenti di internamento nel manicomio disposta dall'articolo 604 del codice di procedura penale (articolo 27).

Con tutte queste disposizioni, come si vede, si viene a togliere ai ricoverati l'odioso marchio della pazzia pericolosa ad essi conferito dall'internamento giudiziario, marchio che, per la iscrizione nel casellario giudiziario dell'internamento stesso, continua attualmente a gravare sui malati anche a guarigione avvenuta, mentre si viene d'altro canto a conferire all'ospedale psichiatrico la vera figura di luogo di cura.

5°) Mentre la legge 1904 ha dettato delle norme soltanto sulla vigilanza sui manicomi, stabilendo che tale vigilanza deve essere esercitata da Commissioni locali costituite dal prefetto, dal medico provinciale e da un alienista, noi proponiamo l'istituzione di un Ispettorato psichiatrico centrale presso l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica, costituito prevalentemente da elementi tecnici elettivi (direttori di ospe-

dale psichiatrico e di clinica psichiatrica) che deve avere non soltanto compiti di sorveglianza e di controllo, ma deve servire anche quale organo centrale di collegamento e di potenziamento su tutta l'attività svolta negli ospedali psichiatrici e nei servizi extra-ospedalieri (articoli 2 e 3).

6°) Una ultima innovazione contenuta in tale proposta è rappresentata dalla creazione del nuovo istituto del « Giudice delegato ». Il giudice delegato deve emanare la convalida dell'ammissione coattiva o disposta d'urgenza ed a lui devono essere rivolti gli eventuali reclami contro la permanenza dei malati nell'ospedale, da parte dei malati stessi o dei loro rispettivi parenti.

Quello che tutto al più poteva ieri essere intesa come una assistenza legale, oggi, in questa proposta, assume un carattere eminentemente sanitario sociale. La società non dovrà più occuparsi soltanto della sua difesa dai pazzi pericolosi e ritenerli sempre dei delinquenti in potenza, ma dovrà affrontare in pieno la lotta contro le malattie mentali con tutte le armi della terapia, della profilassi e della igiene mentale. Le provincie da semplici Enti amministrativi di case di custodia per alienati pericolosi si trasformeranno in enti con funzione sanitaria di alta importanza sociale. Il manicomio non sarà più un semplice luogo di custodia per alienati pericolosi, ma, oltre ad assolvere questa importante funzione di pubblica sicurezza, dovrà anche provvedere alla cura delle malattie mentali e, mediante servizi extra-ospedalieri, alla igiene e alla profilassi. Il ricoverato, trasformato da detenuto in malato, una volta guarito, avrà pieno diritto di riprendere il suo posto in seno alla società.

La istituzione dell'Ispettorato psichiatrico centrale darà la garanzia di una adeguata opera terapeutica assistenziale e psico-igienica in tutte le provincie, in armonia coi progressi della terapia.

Credo di aver dimostrato la urgenza della riforma.

Le malattie mentali rappresentano una delle più gravi calamità che affliggono l'umanità. Bisogna tener presente che la cifra degli ammalati ricoverati negli ospedali psichiatrici italiani aveva raggiunto nel 1940 la cifra di 95.984. Durante la guerra era discesa a 61.886 e subito dopo ha ripreso un ritmo accelerato, toccando nel 1950 i 74.132; ciò fa prevedere che non si tarderà molto a sorpassare le cifre prebelliche. Parimenti gli ammessi in tutta l'Italia da 30.600 del 1940 è salita a 35.000 nel 1951 e nella pro-

vincia di Roma da 1578 del 1940 a 2.046 del 1950.

Se a queste cifre dei malati ricoverati si aggiunge la schiera dei malati di mente non ricoverati, dei psiconevrotici, dei psicopatici costituzionali, degli anormali psichici, dei tossicomani, degli alcoolisti, che sono certamente più numerosi dei malati ospedali-

zati, ci renderemo facilmente conto della entità del danno che le malattie mentali nella loro infinita varietà arrecano.

Da ciò la necessità di provvedimenti adeguati come la presente proposta di legge, impostata su nuovi precetti scientifici e su finalità etiche ed economiche.

PROPOSTA DI LEGGE

CAPO I.

DELLA CURA E PROFILASSI DELLE MALATTIE MENTALI IN GENERE

ART. 1.

Organizzazione dei servizi.

La cura e la profilassi delle malattie mentali e la igiene mentale formano oggetto di un pubblico servizio, gratuito per i non abbienti, sottoposto alla vigilanza e al controllo dello Stato. A tale pubblico servizio provvedono le amministrazioni provinciali mediante ospedali psichiatrici provinciali e consorziali, o mediante ospedali psichiatrici gestiti da enti pubblici di beneficenza. Nel caso di consorzio di più provincie il regolamento del consorzio stabilisce a chi spettino i poteri che secondo la presente legge sono riconosciuti alle amministrazioni provinciali.

CAPO II.

ISPETTORATO PSICHIATRICO CENTRALE

ART. 2.

Costituzione dell'Ispettorato psichiatrico centrale.

È istituito presso l'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica un Ispettorato psichiatrico centrale composto di un presidente e di tre ispettori. Il presidente è nominato dall'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica ed è scelto fra i direttori generali sanitari dell'Alto Commissariato. Gli ispettori sono eletti dai medici degli ospedali psichiatrici secondo le norme fissate dal regolamento e sono scelti, per due di essi, fra i direttori di ospedali psichiatrici e per il terzo

DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

fra i direttori di clinica neuropsichiatrica universitaria. Gli ispettori durano in carica per un triennio e non possono essere rieletti per il triennio successivo.

Presso l'Ispettorato psichiatrico centrale è istituito un ufficio di segreteria a cui è preposto un segretario nominato dall'Alto Commissariato per l'igiene e la sanità pubblica.

ART. 3.

Funzioni dell'Ispettorato psichiatrico centrale.

L'Ispettorato psichiatrico centrale esercita la sorveglianza e il controllo sugli ospedali psichiatrici; provvede al coordinamento e promuove il potenziamento della loro attività; disimpegna gli altri compiti affidati dalla legge.

La sorveglianza e il controllo sono esercitati mediante ispezioni periodiche e straordinarie, delle quali possono essere incaricati anche direttori di ospedali psichiatrici o direttori di clinica neuropsichiatrica, estranei all'Ispettorato.

CAPO III.

OSPEDALI PSICHIATRICI

ART. 4.

Compiti degli ospedali psichiatrici.

Gli ospedali psichiatrici provvedono alla cura e alla assistenza dei malati di mente ricoverati, nonché al servizio extra-ospedaliero per la cura ed assistenza dei malati di mente non ricoverati, o dimessi dall'ospedale e per la profilassi ed igiene mentale; curano inoltre le ricerche clinico-scientifiche.

Il servizio extra-ospedaliero d'igiene e profilassi mentale può essere disimpegnato da speciali istituti alle dirette dipendenze degli ospedali psichiatrici.

ART. 5.

Personale sanitario.

Ad ogni ospedale psichiatrico è addetto un congruo numero di medici neuropsichiatrici primari ed assistenti. La direzione tecnica spetta a un direttore neuropsichiatra.

ART. 6.

Attribuzioni del direttore.

Il direttore è capo dell'istituto e come tale:

a) dirige il funzionamento del servizio sanitario assistenziale igienico e scientifico

dell'ospedale e del servizio extraospedaliero d'igiene e profilassi mentale;

b) ha alle proprie dipendenze disciplinari il personale tecnico ed amministrativo;

c) ha l'alta sorveglianza sul servizio di economato;

d) partecipa con voto consultivo alle deliberazioni degli organi direttivi della provincia o dell'ente da cui è gestito l'ospedale, per quanto concerne il funzionamento dell'ospedale stesso.

ART. 7.

Attribuzioni dei medici primari ed assistenti.

I medici primari sono preposti ad uno o più reparti e, secondo le direttive impartite dal direttore, provvedono al servizio sanitario psichiatrico con l'aiuto degli assistenti e curano il mantenimento della disciplina nell'interno dei reparti ad essi affidati, fanno le opportune proposte sulla ammissione e sulla dimissione degli ammalati; collaborano col direttore in tutto quanto concerne l'ordinamento e il funzionamento dei servizi sanitari ed assistenziali e la ricerca scientifica.

I medici assistenti coadiuvano il direttore e i medici primari nel disimpegno delle attribuzioni che ad essi sono demandate.

Uno o più medici primari ed un adeguato numero di medici assistenti sono designati al servizio extraospedaliero d'igiene e di profilassi mentale.

ART. 8.

Nomina del direttore e dei medici primari ed assistenti.

Il direttore, i medici primari ed i medici assistenti degli ospedali psichiatrici sono nominati per pubblico concorso. Il concorso è per titolo nei riguardi della nomina del direttore ed è per titoli ed esami nei riguardi della nomina degli altri medici.

Possono partecipare al concorso al posto di direttore coloro che hanno compiuto almeno sei anni di servizio come appartenenti al personale di ruolo di pubblico ospedale psichiatrico, di cui almeno due in qualità di primario, ovvero abbiano compiuto almeno quattro anni di servizio come appartenenti al personale di ruolo di una clinica neuropsichiatrica universitaria e almeno due anni di servizio come appartenenti al personale di ruolo in un pubblico ospedale psichiatrico in qualità di primario.

Possono concorrere al posto di primario coloro che hanno compiuto almeno tre anni

di servizio in un pubblico ospedale psichiatrico o in una clinica neuropsichiatrica universitaria in qualità di assistente.

Possono concorrere al posto di assistente i laureati in medicina e chirurgia.

Le commissioni di concorso formano una graduatoria dei concorrenti secondo il merito comparativo. L'amministrazione provinciale e l'amministrazione dell'ente da cui dipende l'ospedale procede alle nomine scegliendo tra i primi tre classificati.

ART. 9.

Commissioni di concorso.

Il concorso per la nomina a direttore e a medico primario è espletato da una Commissione composta da due direttori di ospedale psichiatrico e da un direttore di clinica psichiatrica universitaria, designati dall'Ispettorato psichiatrico centrale.

Della Commissione per il concorso a medico primario fa parte di diritto il direttore dell'ospedale in cui è vacante il posto per cui è stato indetto il concorso.

La Commissione per il concorso al posto di medico assistente è composta dal direttore dell'ospedale, da un primario di ospedale psichiatrico e da un libero docente di neuropsichiatria. Gli ultimi due componenti devono essere estranei all'ospedale per il quale è indetto il concorso e sono designati dall'amministrazione della provincia o dell'ente da cui dipende l'ospedale.

ART. 10.

personale di assistenza.

Il personale di assistenza è costituito da infermieri, capo reparti ed assistenti sociali, nel numero fissato dall'amministrazione della provincia o dell'ente da cui dipende l'ospedale, di concerto col direttore e con l'approvazione dell'Ispettorato psichiatrico centrale.

Il regolamento, emanato per la esecuzione della presente legge, determina le norme per l'assunzione del personale di assistenza.

ART. 11.

Regolamento interno.

Per la disciplina del funzionamento dell'Istituto e della sua amministrazione in relazione alle particolari esigenze di ogni istituto, in armonia con le disposizioni legislative e regolamentari generali, viene emanato un regolamento interno a cura dell'Amministrazione.

zione della provincia e dell'ente da cui l'ospedale dipende, di concerto col direttore.

Il regolamento interno deve essere approvato dall'Ispettorato psichiatrico centrale.

ART. 12.

Onere della cura dei non abbienti.

L'amministrazione provinciale provvede alla spesa per il ricovero e la cura dei malati di mente che non sono in grado di sostenere l'onere e che hanno il domicilio di soccorso nella circoscrizione della provincia.

L'Amministrazione provinciale ha il diritto di chiedere il rimborso delle relative spese da coloro che hanno obbligo di prestare gli alimenti secondo gli articoli 433 e seguenti del Codice civile e nell'ordine ivi indicato.

CAPO IV.

CASE DI CURA PRIVATE

ART. 13.

Autorizzazione di case di cura private.

L'Ispettorato psichiatrico centrale può autorizzare il funzionamento di case di cura private per malattie mentali e la destinazione alla cura di malattie mentali di speciali reparti di case di cura private per malattie nervose.

Le case di cura private, all'uopo autorizzate, sono sottoposte alla vigilanza dell'Ispettorato psichiatrico centrale secondo le norme dettate dall'articolo 3 per gli ospedali psichiatrici e ad esse si applicano gli articoli 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27.

ART. 14.

Personale sanitario.

Ogni casa di cura privata per malattie mentali deve avere un direttore ed un congruo numero di medici assistenti.

Per assumere la direzione di una casa di cura privata per malattie mentali è necessario avere esercitato le funzioni di medico primario in un ospedale psichiatrico o di aiuto di clinica neuropsichiatrica universitaria per almeno due anni, ovvero aver esercitato le funzioni di medico assistente in ospedale o clinica psichiatrica per almeno sei anni, od aver conseguito la libera docenza in clinica delle malattie nervose e mentali.

I medici assistenti devono avere conseguito la specializzazione in neuropsichiatria, od avere prestato servizio in qualità di

assistente volontario per almeno due anni in un ospedale psichiatrico od in una clinica neuropsichiatrica universitaria.

La nomina del direttore e dei medici assistenti deve essere approvata dall'Ispettorato psichiatrico centrale.

CAPO V.

AMMISSIONE, DEGENZA E DIMISSIONE
DEI MALATI DI MENTE
NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI

ART. 15.

Obbligo di ricovero.

Debbono essere ricoverati in un ospedale psichiatrico o in una casa di cura privata i malati di mente che non possono, fuori dell'ospedale, essere convenientemente curati ed assistiti.

I malati di mente ricoverati in ospedale psichiatrico non possono essere dimessi e non possono uscire dall'ospedale se non per ordine del direttore ovvero per provvedimento del giudice delegato.

ART. 16.

*Giudice delegato per gli ospedali psichiatrici
e le case di cura private.*

In ogni tribunale il presidente designa un giudice delegato per gli ospedali psichiatrici e per le case di cura private che hanno sede nella circoscrizione territoriale del tribunale.

Per il disimpegno delle sue funzioni il giudice delegato può visitare gli ospedali psichiatrici, interrogare i malati ricoverati e il personale addetto all'ospedale, prendere visione dei registri dell'ospedale.

Spettano al giudice delegato i poteri e i compiti stabiliti dalla legge.

ART. 17.

Ammissione su domanda del malato.

Il malato di mente che ha bisogno di cura e assistenza psichiatrica ospedaliera può far domanda di ammissione in un ospedale psichiatrico.

Nell'interesse del minore di età la domanda può essere fatta dall'esercente la patria potestà o dal tutore.

La domanda deve essere redatta per iscritto e deve essere corredata di un documento di identificazione personale del malato.

DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

Il direttore dopo avere accertata la regolarità della domanda e del documento di identificazione personale e dopo avere constatato che il malato è in condizione di aver bisogno di cura ed assistenza ospedaliera e che il malato maggiore di età è in condizione di prestare il proprio consenso, autorizza l'ammissione dandone comunicazione al giudice delegato entro 24 ore.

ART. 18.

Ammissione d'urgenza disposta dal direttore.

In caso di necessità ovvero di urgenza, il direttore può disporre l'ammissione nell'ospedale di chi abbia bisogno di cura e di assistenza ospedaliera anche se il malato non ne abbia fatto domanda o non sia in grado di farla o se, in caso di un minore, manchi la domanda del genitore o del tutore.

Del provvedimento di ammissione deve dare immediata comunicazione al giudice delegato.

ART. 19.

Ammissione per ordine dell'autorità giudiziaria.

Qualora un malato di mente che abbia bisogno di cura ed assistenza psichiatrica ospedaliera e non faccia domanda di ammissione o non sia in grado di farla, ovvero, se minore, non ne faccia domanda il genitore o tutore, il pretore del luogo di residenza del malato, su domanda di un parente del malato o di altra persona interessata o su rapporto dell'Autorità di pubblica sicurezza, nonché in base ad un certificato medico dal quale risulti lo stato di malattia mentale e la necessità del ricovero, può ordinare il ricovero del malato nell'ospedale psichiatrico più vicino, incaricando, se necessario, l'Autorità di pubblica sicurezza di provvedere al trasporto. Qualora la domanda o il rapporto non siano corredati di certificato medico, il Pretore prima di emettere il provvedimento dispone una visita medica.

Del provvedimento di ammissione il direttore deve dare comunicazione al giudice delegato.

ART. 20.

Ammissione di urgenza per ordine dell'Autorità di pubblica sicurezza.

In caso di necessità e di urgenza l'autorità di pubblica sicurezza può disporre il ricovero in un ospedale psichiatrico di un malato di

DOCUMENTI — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI

mente che abbia bisogno di cura o assistenza ospedaliera e per il quale la permanenza fuori dell'ospedale possa costituire pericolo per sé o per altri.

Il provvedimento deve essere preceduto da visita medica, ai sensi dell'articolo precedente, e deve essere comunicato al giudice delegato entro 24 ore.

ART. 21.

Convalida dell'ammissione.

In caso di ammissione nell'ospedale psichiatrico disposta senza domanda del malato e senza provvedimento dell'Autorità giudiziaria, l'ammissione deve essere convalidata dal giudice delegato entro 48 ore dalla comunicazione.

Il giudice delegato qualora non intenda convalidare l'ammissione, dopo aver sentito il direttore e dopo gli opportuni accertamenti, ordina la dimissione del ricoverato dall'ospedale e dà eventuali provvedimenti per l'affidamento e l'assistenza.

ART. 22.

Degenza nell'ospedale psichiatrico.

La durata della degenza dei malati nell'ospedale psichiatrico è stabilita dal direttore secondo le necessità della cura e della assistenza.

ART. 23.

Reclami al giudice delegato.

I malati ricoverati nell'ospedale, i loro parenti e qualsiasi altra persona che vi abbia interesse, può fare reclamo al giudice delegato sulla permanenza dei malati nell'ospedale.

I reclami dei malati ricoverati debbono essere trasmessi senza ritardo dalla direzione dell'ospedale al giudice delegato, con le opportune osservazioni.

Il giudice delegato, dopo gli accertamenti necessari, se ordina la dimissione, provvede anche all'affidamento e all'assistenza extra ospedaliera del malato.

ART. 24.

Dimissione dall'ospedale psichiatrico.

Il malato di mente deve essere dimesso dall'ospedale psichiatrico appena, a giudizio del direttore, abbia raggiunto la guarigione ovvero un miglioramento tale da non avere

più bisogno né di cura né di assistenza ospedaliera.

In questo secondo caso il direttore dà le opportune prescrizioni per la cura ed assistenza extra ospedaliera, ovvero, se necessario, provoca gli opportuni provvedimenti dal giudice delegato.

Il provvedimento di dimissione deve essere comunicato dal direttore al giudice delegato.

ART. 25.

Trasferimento di malati.

Il regolamento detta le norme per i trasferimenti dei malati da uno ad altro ospedale.

ART. 26.

*Nomina del tutore provvisorio
per i malati di mente ricoverati.*

Il giudice delegato può procedere alla nomina del tutore provvisorio ai sensi dell'articolo 717, del Codice di procedura civile dei malati ricoverati negli ospedali psichiatrici.

ART. 27.

Abrogazioni delle precedenti disposizioni legislative sui manicomi e sugli alienati.

Restano abrogate le disposizioni della legge sui manicomi e sugli alienati del 14 febbraio 1904, n. 36, e del relativo regolamento del 16 agosto 1909, n. 615.

È altresì abrogata la disposizione dell'articolo 604 del Codice di procedura penale per cui si iscrivono nel casellario giudiziale i provvedimenti di ricovero in un manicomio.