

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2185

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BALCONI MARCELLA, PERINELLI, SPAGNOLI, BIAGINI, ALESSI CATALANO MARIA, SCARPA, LEVI ARIAN GIORGINA, ZANTI TONDI CARMEN, MESSINETTI, CERAVOLO, ALBONI, CACCIATORE, DI MAURO ADO GUIDO, MORELLI, PASQUALICCHIO, MONASTERIO, FANALES, LENTI, MAULINI, BALDINI, SULOTTO, RE GIUSEPPINA, MASCHIELLA, TODROS

Presentata il 13 marzo 1965

Tutela della salute mentale ed assistenza psichiatrica

ONOREVOLI COLLEGHI ! — L'esigenza di una riforma dell'assistenza psichiatrica e degli istituti ad essa preposti è sentita da anni da chi si occupa di questo delicato settore che più di ogni altro risente il danno di concezioni ormai superate, sia dal punto di vista medico che da quello sociale.

Una interpretazione errata ed estensiva della legge del 1904, che aveva come scopo fondamentale il ricovero e la custodia di quei malati « che essendo pericolosi a sé ed agli altri non potevano essere convenientemente curati fuorché nei manicomi », relega ancora oggi le persone affette da disordini mentali che hanno bisogno di cure prolungate, qualsiasi sia la forma da cui sono colpite, in ospedali « a sbarre », perpetuando il concetto dannoso ed errato della pericolosità ed inguaribilità dei disturbi psichici.

Soltanto il ricovero in costose case di cura private, possibile solo ai più abbienti, permette di evitare il marchio di una malattia che oltre togliere al malato i diritti civili, crea situazioni dannose anche ai famigliari.

Tale legge è tuttora in vigore, aggravata dall'articolo 604 del codice di procedura penale.

* * *

Il malato che soffre di disordini mentali è, in realtà, un malato come gli altri, che può guarire e non guarire a secondo della forma da cui è affetto, e che può essere dannoso alla collettività come lo può essere — se pur con manifestazioni diverse — un malato affetto da forme infettive o contagiose.

Devono pertanto scomparire i pregiudizi verso il malato « mentale », che la malattia può spingere ad atti dissociali, ma che per lo più soffre, senza nuocere ad alcuno, per interni conflitti; è necessario che cada ogni preconetto ed ogni clausola limitante la libertà personale nel momento in cui la malattia è stata debellata.

Non ci deve essere più distinzione tra malato affetto da disordini mentali e malato affetto da disturbi di altro tipo, se non nell'intervento terapeutico che richiede prepara-

zione ed istituzioni adeguate e particolarmente specializzate.

I malati affetti da disordini mentali, sono quindi equiparati, nel nostro progetto di legge, dal punto di vista assistenziale e previdenziale, ai malati affetti da altre forme morbose (articolo 23); scompaiono, anche, sia il casellario giudiziario che quello sanitario; viene abolito ogni intervento dell'autorità di pubblica sicurezza e giudiziaria che non abbia come scopo la salvaguardia degli interessi del malato (articolo 22).

Permane invece il ricovero obbligatorio (articolo 18) per chi spinto dal male, potrebbe danneggiare sé stesso e gli altri; ma non più ambienti chiusi dove il malato debba sentirsi trattato come in un carcere, ma luoghi di cura in cui egli sia assistito e curato in modo assiduo e vigilante.

Sono questi i presupposti per attuare, attraverso una trasformazione delle strutture assistenziali, una valida ed efficace opera di prevenzione, cura e ricupero nel campo dei disordini mentali.

Prevenzione, cura e ricupero costituiscono infatti le tre fasi indispensabili per una moderna ed efficace assistenza sanitaria, che deve essere tesa innanzitutto ad evitare la malattia.

Nel presente progetto di legge noi proponiamo:

1) una vasta azione di prevenzione a tutte le età ed a tutti i livelli;

2) una continuità nell'intervento sanitario nelle diverse fasi in modo da permettere l'instaurarsi di quel legame umano valido e strutturante, indispensabile in molti casi per evitare l'alienazione;

3) una serie di istituzioni differenziate atte a facilitare l'azione di cura e di ricupero ed a evitare l'allontanamento completo dall'ambiente familiare;

4) ospedali piccoli e decentrati, aperti, dove il malato possa godere di cure individuali.

Noi prospettiamo, per realizzare questi presupposti, una organizzazione a settore dove non sia più l'ospedale psichiatrico il fulcro dell'assistenza, ma il servizio psichiatrico territoriale, mobile, dinamico, nel cui campo di azione sia compreso non solo il malato ma la popolazione tutta.

È questo un tipo di organizzazione nuova, in Italia, ma già attuata con profitto e favore in altri Paesi ed è quella che più si avvicina e ci pare possa meglio integrarsi in quel futuro servizio sanitario nazionale, pre-

visto anche nei piani dell'attuale Governo, con le sue unità sanitarie locali e le sue circoscrizioni, a cui le *équipes* del servizio settoriale dovranno fornire, *in loco*, la necessaria consulenza specialistica ed entro cui i servizi psichiatrici, pur rimanendo distinti, dovranno integrarsi.

Come si articola l'organizzazione che noi proponiamo?

Spetta al Ministero della sanità l'alta sorveglianza ed il coordinamento nazionale, nonché ogni altra attribuzione concernente gli indirizzi generali in materia di assistenza psichiatrica (articolo 14).

A tale assistenza provvedono le regioni, che delegano le province ad attuarla (articolo 2-1).

La provincia sarà divisa in base alla popolazione ed al territorio in settori di 70-100 mila abitanti. In ogni settore opererà un Servizio psichiatrico territoriale o settoriale, per adulti, ed un servizio medico-psico-pedagogico per soggetti in età evolutiva, nettamente distinti operativamente, ma strettamente collegati tra di loro attraverso una direzione dei servizi psichiatrici di settore.

Ogni servizio territoriale, composto da un direttore dei servizi e da più *équipes* dovrà disporre di una serie di istituzioni che permettano interventi terapeutici differenziati.

All'articolo 3 è descritta l'organizzazione del settore psichiatrico che noi prefiguriamo. Il settore non può né deve rappresentare una semplice dimensione territoriale, esso costituisce una entità a sé stante, in senso funzionale, in cui si articola il servizio sia sul piano della prevenzione che della cura, della riabilitazione e della rieducazione.

Il settore quindi, nella definizione dell'articolo 3, è concepito in modo unitario; tutti i servizi, di qualsiasi tipo sono posti sotto una unica direzione, attraverso la quale si dovranno realizzare i rapporti tra le diverse *équipes*, concordare i programmi, definire gli indirizzi generali di intervento.

Di tale direzione unitaria fanno parte i dirigenti dei due distinti servizi per adulti e per soggetti in età evolutiva.

Tali servizi, pur rimanendo distinti sul piano operativo e perfettamente autonomi e non predeterminati sul piano organizzativo, si integrano così a livello settoriale in modo da completare l'arco di protezione della salute mentale di tutta la popolazione del settore, senza soluzione di continuità.

Abbiamo attribuito ai direttori dei servizi territoriali ampia autonomia organizzativa nell'interno del settore, in modo da per-

mettere ad ogni servizio territoriale di agire nel modo più consono ai propri presupposti scientifici ed alle necessità locali.

Il direttore dei servizi territoriali, avrà il compito di coordinare l'attività delle diverse *équipes*, di dare un indirizzo tecnico unitario, di controllare il personale in formazione e di essere a disposizione per ogni consulenza richiesta dai dirigenti le *équipes*.

Il direttore del servizio di settore dovrà dunque essere persona qualificata, sia dal punto di vista clinico che didattico.

Noi concepiamo infatti il servizio territoriale come nucleo fondamentale per una moderna opera di prevenzione, cura e ricupero delle persone affette da disordini mentali, ma contemporaneamente come centro qualificato di preparazione psichiatrica.

I Centri psichiatrici che su iniziativa dei servizi territoriali e della Regione potranno sorgere, sono pure il segno del valore non solo assistenziale, ma scientifico che noi intendiamo dare all'organizzazione settoriale. Un servizio sanitario moderno non può d'altra parte non poggiare su un preciso presupposto: azione estensiva e qualificata. Gli articoli 4 e 5 si interessano della delimitazione del servizio psichiatrico per adulti, definendo gli obiettivi del servizio ed indicando le istituzioni che sono necessarie per una adeguata assistenza psichiatrica. Analoga è la portata degli articoli 6 e 7 che si occupano dei servizi psichiatrici per l'età evolutiva (servizi medico-psico-pedagogici).

Spetterà al regolamento definire con precisione il funzionamento interno e la capienza delle diverse istituzioni, tenuto conto di alcune precisazioni già contenute nella presente legge, quale il numero di posti-letto negli istituti di ricovero.

I Centri di igiene mentale dovranno essere attrezzati in modo da rendere possibile i diversi tipi di diagnosi ed ogni trattamento che possa essere eseguito ambulatoriamente. Essi potranno funzionare anche come consultori di post-cura.

Per i malati che abbisognano di cure continuate, ma che possono trascorrere parte della giornata in famiglia, saranno organizzati i Centri psichiatrici diurni; per coloro che vivono in precarie situazioni e condizioni ambientali e che possono continuare la propria attività lavorativa, saranno organizzati i Centri psichiatrici notturni.

I pensionati di post-cura permetteranno al malato di integrarsi gradualmente nell'ambiente sociale e nell'attività lavorativa; le scuole ed i laboratori infine lo aiuteranno

ad acquisire gli strumenti per un suo migliore inserimento sociale e gli permetteranno, se sarà il caso, una attività che egli non può svolgere se non in un ambiente controllato. Analoghe istituzioni si prevedono per i soggetti in età evolutiva, tenuto conto delle particolari necessità che presentano i ragazzi dal punto di vista didattico ed educativo.

Per i soggetti in età evolutiva sono prospettate scuole materne speciali, scuole medico-pedagogiche, scuole professionali speciali con annessi pensionati a cui potranno essere inviati i ragazzi che a causa della distanza dalla scuola, non potessero raggiungerla giornalmente, e dei pensionati per adolescenti che presentano disturbi del comportamento, dimessi o meno da istituti di cura, e con nucleo familiare carente o mancante.

Gli ospedali psichiatrici di cui è stata precisata nella legge la capienza massima (300 posti) ed il massimo numero di posti letto per ogni reparto (50-60 posti letto) sono considerati ospedali specializzati e come tali dovranno essere attrezzati, in modo da poter espletare tutti gli esami diagnostici necessari e praticare le cure più adeguate ad ogni singolo caso. Come le altre istituzioni del settore, essi dovranno essere diretti dal direttore del Servizio territoriale, che sarà, allo scopo, affiancato dal personale amministrativo e tecnico necessario. La cura dei malati sarà affidata ai medici dirigenti le *équipes* del servizio territoriale.

Nel presente progetto di legge, dati i criteri che reggono una organizzazione settoriale, non viene fatta distinzione alcuna tra brevi e lunghi degenze. La possibilità data ad ogni servizio di chiedere l'istituzione di Centri psichiatrici permetterà di creare istituzioni speciali, se sarà necessario.

Per i soggetti in età evolutiva vengono proposti due tipi di istituzioni:

- 1) l'ospedale medico-psico-pedagogico;
- 2) gli istituti medico-psico-pedagogici.

Gli ospedali medico-psico-pedagogici sono, come gli ospedali psichiatrici, ospedali specializzati. Ogni ospedale medico-psico-pedagogico non può ospitare più di 100 bambini, suddivisi in reparti di non più di 20-30 posti letto. Ogni reparto costituirà un ospedale di settore.

Ogni qualvolta, più servizi settoriali — come nel caso dell'ospedale medico-psico-pedagogico — confluiranno nella medesima istituzione, sarà necessario prevedere la figura di un direttore sanitario, quale è quella del direttore sanitario degli ospedali generali.

Gli istituti medico-psico-pedagogici accolgono i soggetti che devono essere seguiti con particolari tecniche rieducative di lunga durata. Essi si suddividono in:

1) istituti medico-pedagogici per la cura, la scolarizzazione e l'addestramento professionale dei soggetti affetti da insufficienza mentale di vario grado, che non possono vivere in famiglia a causa di un ambiente familiare particolarmente carente o di disturbi del comportamento reattivi alla situazione ambientale ed educativa;

2) istituti medico-psico-pedagogici per la cura dei minori normodotati con disturbi del comportamento ed una problematica affettiva suscettibile di miglioramento con l'allontanamento dall'ambiente familiare e con opportune tecniche pedagogiche e psicologiche.

* * *

In base a quanto noi proponiamo dovrebbero sorgere in Italia entro 10 anni 500-800 servizi territoriali con relative istituzioni, in cui dovrebbero prestare la loro attività non meno di 5.000 medici con le loro *équipes*.

Attualmente esistono in Italia (vedi annuario « Istat » 1960) 96 istituti psichiatrici pubblici e 78 privati con una disponibilità di 111.790 posti letto (96.519 negli istituti pubblici, con 857 medici e 17.967 infermieri; 15.271 nei privati con 285 medici e 1.542 infermieri); circa 20.000 posti letto, in istituti specializzati e non specializzati per soggetti in età evolutiva affetti da anormalità psichiche (per lo più da insufficienza mentale); circa 200 Centri medico-psico-pedagogici (C.M.P.P., dell'O.N.M.I., dell'Ente per la protezione morale del fanciullo, comunali, provinciali, affiancati a cliniche od a ospedali), diversi dispensari di igiene mentale, le istituzioni organizzate e controllate dal tribunale dei minorenni.

Manca attualmente in Italia, tutta una serie di istituzioni, previste nella presente legge e funzionanti in altri paesi; per lo più le istituzioni esistenti, insufficienti come numero, sono inadeguate dal punto di vista tecnico ed organizzativo, e tali da non soddisfare neanche le necessità più urgenti.

L'incidenza dei disordini mentali è infatti rilevante. Circa il 10-12 per cento dei ragazzi in età scolastica presenta disturbi dell'evoluzione intellettuale, complicati o meno da disturbi della sfera affettiva (8-10 per cento sono affetti da ritardo od immaturità intellettuale, il 2-3 per cento presentano insufficienze mentali di grado più o meno elevato); circa il 20 per cento presenta disturbi della sfera

affettiva tali da intralciare in maggior o minor misura il rendimento scolastico e l'adattamento sociale. Di questi il 3 per cento circa richiede interventi di lunga durata da parte di personale qualificato. Né bisogna dimenticare che la crisi puberale può accentuare tali disturbi e rendere l'adolescente particolarmente vulnerabile e reattivo di fronte alle diverse situazioni di vita.

Negli adulti l'incidenza dei disordini mentali non è certo inferiore al 10 per cento — alcune statistiche danno valori del 20 per cento circa — mentre si calcola in generale che il 3 per mille della popolazione possa presentare turbe tali da richiedere il ricovero in ospedale specializzato.

Considerata la situazione esistente in Italia e l'urgenza di adeguare le strutture assistenziali alle necessità attuali, i servizi psichiatrici e medico-psico-pedagogici territoriali dovrebbero, in un primo tempo, utilizzare e coordinare le istituzioni già funzionanti sia pubbliche che private, quindi attraverso gli organi provinciali e regionali predisporre un piano di programmazione decennale, che dovrà innanzitutto affrontare le necessità più urgenti ed il problema, certo non facile, della preparazione del personale medico e tecnico.

* * *

In sintesi, questo progetto legge prospetta:

1) l'estensione dell'assistenza psichiatrica a tutti i cittadini;

2) una larga azione di prevenzione ad ogni livello;

3) una continuità nell'azione di prevenzione, cura e ricupero da attuarsi attraverso servizi psichiatrici e medico-psico-pedagogici settoriali;

4) l'abolizione dei « manicomi » quali istituti di ricovero per i malati pericolosi a sé ed agli altri;

5) l'abolizione di ogni intervento da parte dell'autorità giudiziaria e di pubblica sicurezza nei confronti dei malati affetti da disordini mentali, ad eccezione di quelli richiesti a difesa dei diritti del malato. Viene quindi prospettata una liberalizzazione dell'assistenza psichiatrica ed una riforma delle strutture assistenziali tale da permettere un'azione di prevenzione, cura e ricupero articolata e moderna.

Noi confidiamo che questa nostra proposta possa essere presa in attenta considerazione, data l'importanza del tema e l'arretratezza delle istituzioni e degli ordinamenti che ancora regolano questo importante settore dell'assistenza sanitaria.

PROPOSTA DI LEGGE

TITOLO I.

PREVENZIONE, CURA E RECUPERO DELLE PERSONE AFFETTE DA DISORDINI MENTALI

ART. 1.

I cittadini italiani e le persone residenti nel territorio della Repubblica hanno diritto all'assistenza psichiatrica per qualsiasi tipo di disordine mentale. A tale assistenza provvedono le Regioni, secondo quanto disposto dalla presente legge.

ART. 2.

Le Regioni delegano alle province, a norma dell'articolo 118 della Costituzione il compito di:

- 1) predisporre i piani provinciali per la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica;
- 2) organizzare i servizi psichiatrici territoriali;
- 3) creare le istituzioni previste dalla presente legge;
- 4) coordinare tutti gli altri enti sia pubblici che privati la cui attività, nel territorio della provincia, abbia attinenza con la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica.

ART. 3.

La tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica si attuano, nel territorio della provincia, con una organizzazione settoriale, atta a garantire la necessaria continuità tra prevenzione, cura e recupero.

Ogni settore territoriale comprende una popolazione di 70-100 mila abitanti.

In ogni settore territoriale sono organizzati due distinti servizi:

- a) il servizio psichiatrico per adulti;
- b) il servizio medico-psico-pedagogico per soggetti in età evolutiva. Per soggetti in età evolutiva si intende i minori fino a 18 anni.

I servizi del settore sono affidati ad *équipes* coordinate e dirette da un'unica direzione di settore, composta dal direttore del servizio psichiatrico territoriale per adulti e dal direttore del servizio medico-psico-pedagogico per soggetti in età evolutiva.

L'*équipe* è il nucleo fondamentale dell'assistenza psichiatrica. Essa è composta da un medico che la dirige, coadiuvato, oltre che da personale infermieristico debitamente preparato e da un medico aiuto, da psicologi, pedagogisti, psicoterapeuti, assistenti sociali e dal personale tecnico necessario per le rieducazioni speciali (logoterapista, fisioterapista, ecc.).

Il personale medico dei servizi del settore deve essere provvisto del titolo di specialista in neuropsichiatria o psichiatria, se trattasi di servizi per adulti, in neuropsichiatria infantile, se trattasi di servizi per soggetti in età evolutiva.

ART. 4.

Il servizio psichiatrico per adulti è attuato da *équipes* medico-sociali, coordinate e dirette da un direttore. Sono compiti del servizio psichiatrico:

l'azione igienica e di prevenzione nei confronti di tutta la popolazione, con particolare riguardo per le collettività e gli addetti ad attività lavorative extrafamiliari, e l'opera di educazione sanitaria;

l'assistenza medica alle persone affette da disordini mentali, che abbiano superati i 18 anni, nonché la loro rieducazione;

il controllo periodico e la cura, fino al completo reinserimento sociale, delle persone già affette da disordini mentali;

la segnalazione al servizio medico-psicopedagogico, dei soggetti in età evolutiva che hanno legami di parentela o convivono con persone affette da disordini mentali;

il funzionamento e il coordinamento delle istituzioni psichiatriche di cui al seguente articolo.

ART. 5.

Ogni servizio psichiatrico per adulti deve poter disporre delle seguenti istituzioni:

- 1) un centro di igiene mentale;
- 2) un ospedale psichiatrico di non più di 300 posti letto, diviso in reparti di 50-60 posti letto;
- 3) un centro psichiatrico diurno;
- 4) un centro psichiatrico notturno;
- 5) un consultorio di post-cura;
- 6) una scuola per la qualificazione scolastica e professionale;
- 7) un laboratorio speciale.

Tali istituzioni sono organizzate in modo autonomo, o collegate tra di loro, secondo il piano dei servizi, disposto dalla provincia a norma dell'articolo 2.

Non è ammessa, nelle istituzioni del settore, alcuna diversità di trattamento tra le varie categorie di assistiti.

ART. 6.

Il servizio medico-psico-pedagogico è composto da *équipes* medico-psico-pedagogiche coordinate e dirette da un direttore.

Sono compiti del servizio psico-medico-pedagogico:

l'azione igienica e di prevenzione e il *dépistage* dei disordini mentali, verso tutti i soggetti in età evolutiva, nell'ambito del settore, negli asili-nido, nelle scuole materne, negli istituti pubblici e privati ove vengono accolti adolescenti e bambini, nelle scuole di ogni ordine e grado, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, nonché il controllo degli alunni delle classi differenziali;

l'organizzazione di dibattiti e riunioni con genitori, insegnanti, pediatri e con tutti coloro che si occupano di problemi infantili e giovanili, in modo da diffondere al massimo i principi di igiene mentale e le conoscenze sull'evoluzione psicologica del bambino;

l'assistenza medica ai minori affetti da disordini mentali e la vigilanza sulla loro educazione;

il controllo periodico e la cura, sino al completo inserimento sociale, dei minori già affetti da disordini mentali;

la segnalazione al servizio psichiatrico degli adulti affetti da disordini mentali che convivono con bambini;

il funzionamento e il coordinamento delle istituzioni medico-psico-pedagogiche di cui al seguente articolo.

ART. 7.

Ogni servizio medico-psico-pedagogico deve poter disporre delle seguenti istituzioni:

1) un centro medico-psico-pedagogico (C.M.P.P.);

2) un centro diurno di osservazione e di cura;

3) un reparto (ospedale medico-psico-pedagogico di settore) con non più di 20-30 posti letto;

4) una o più scuole materne speciali, una scuola medico-pedagogica con laboratori speciali per la qualificazione professionale;

5) un pensionato per bambini che devono frequentare le scuole speciali;

6) un pensionato per adolescenti affetti da disturbi del comportamento;

7) un istituto medico-pedagogico con non più di 50 posti letto per ragazzi con insufficienza mentale;

8) un istituto medico-psico-pedagogico, con non più di 50 posti letto, per ragazzi con disturbi del comportamento e della sfera affettiva.

ART. 8.

Il personale di ogni ordine e grado, addetto ai servizi ed alle istituzioni del settore presta servizio secondo i criteri « del piano tempo » ed è considerato a tutti gli effetti personale sanitario.

Ciascuna amministrazione provinciale dovrà adottare, di intesa con i sindacati di categoria, un regolamento organico generale per il personale dei servizi e delle istituzioni di tutti i settori, una pianta organica con le qualifiche, i gradi ed i titoli delle varie categorie di personale ed una tabella per i trattamenti economici.

Il personale di cui al comma precedente è di massima equiparato al personale che presta servizio negli ospedali specializzati.

Il regolamento, da emanarsi tassativamente entro un anno dalla promulgazione della presente legge, dovrà fissare le norme per la classificazione, assunzione, titoli, attribuzioni del personale addetto alle diverse istituzioni e servizi.

ART. 9.

I servizi psichiatrici territoriali sia per adulti, che per soggetti in età evolutiva, esistenti sul territorio provinciale sono diretti e coordinati da una Direzione provinciale per la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica.

La Direzione provinciale per la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica è affidata ad un Direttore dei servizi psichiatrici provinciali, nominato per concorso pubblico regionale, a cui sono ammessi i direttori dei servizi psichiatrici e medico-psico-pedagogici territoriali.

ART. 10.

Il Direttore provinciale dei servizi psichiatrici dirige a mezzo delle direzioni dei settori, tutti i servizi e le istituzioni psichiatriche ricadenti sotto la giurisdizione della provincia e ne coordina l'attività a mezzo di convocazioni periodiche dei direttori dei servizi territoriali; può promuovere, su proposta dei direttori dei servizi territoriali l'istituzione di centri psichiatrici con particolare qualificazione scientifica ed assistenziale; esegue le

deliberazioni dell'amministrazione provinciale, concernenti le materie di cui all'articolo 2 della presente legge.

Il Direttore è capo del personale dei servizi psichiatrici ed in tal veste, risponde direttamente al presidente della Giunta provinciale od all'assessore delegato, sulla base dei regolamenti in vigore.

Il Direttore predispone gli affari da sottoporre alla giunta ed al consiglio provinciale, previo parere — per gli atti fondamentali — del Comitato provinciale per la tutela della salute mentale e per l'assistenza psichiatrica, di cui all'articolo 11.

ART. 11.

Il Comitato provinciale per la tutela della salute mentale e per l'assistenza psichiatrica è nominato dal consiglio provinciale.

Esso è presieduto dal presidente della giunta provinciale o dall'assessore delegato ed è composto:

dal direttore dei servizi psichiatrici provinciali;

da otto membri eletti con voto diretto e segreto dal personale di assistenza, di cui 2 medici, 2 psicologi, 2 assistenti sociali e 2 infermieri;

un membro designato dal Ministero della pubblica istruzione ed uno designato dal Ministero della sanità;

3 consiglieri provinciali nominati in modo da garantire la rappresentanza delle minoranze.

ART. 12.

La Regione esercita il coordinamento dei compiti di cui all'articolo 2, formula i programmi regionali, sulla base delle proposte delle singole amministrazioni provinciali, integra, ove occorra, il bilancio di spesa del servizio e può istituire, sentite le amministrazioni provinciali della regione, speciali centri regionali per il migliore raggiungimento della tutela della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica.

Tutti gli atti delle province che riguardano la tutela e della salute mentale e l'assistenza psichiatrica sono trasmesse entro termini stabiliti dalle disposizioni regionali alla Regione.

ART. 13.

La Regione esercita la propria attribuzione avvalendosi di un apposito comitato regionale per la tutela della salute mentale e per l'assistenza psichiatrica.

ART. 14.

L'alta sorveglianza ed il coordinamento nazionale nonché ogni altra attribuzione concernente la disciplina, le norme e gli indirizzi generali in materia di assistenza psichiatrica spettano al Ministero della sanità e sono esercitati con l'ausilio del Consiglio superiore di sanità nel rispetto delle competenze della regione in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e di quanto disposto dalla presente legge.

ART. 15.

Per ogni esercizio finanziario dovranno essere stanziati, in appositi capitoli di bilancio del Ministero della sanità somme da erogare in:

1) contributi per costruzioni, restauri, potenziamento, nonché per le attrezzature ed il funzionamento dei servizi psichiatrici territoriali e delle istituzioni psichiatriche previste dalla presente legge;

2) contributi per ricerche scientifiche, per l'educazione sanitaria, per corsi teorico-pratici di istruzione professionale e di aggiornamento presso le cliniche universitarie ed i servizi psichiatrici territoriali e borse di studio da potersi utilizzare anche all'estero per medici, psicologi, pedagogisti, psicoterapeuti, tecnici per le rieducazioni speciali ed infermieri.

TITOLO II.

GLI ISTITUTI DI RICOVERO. AMMISSIONI, DIMISSIONI, TRASFERIMENTI

ART. 16.

Gli ospedali psichiatrici, gli ospedali medico-psico-pedagogici, gli istituti medico-psico-pedagogici sono ospedali specializzati.

ART. 17.

Tutti coloro che hanno necessità di accertamenti o di cure in una delle istituzioni previste nella presente legge sono ammessi di norma al ricovero su richiesta dei servizi psichiatrici e medico-psico-pedagogici territoriali, degli interessati o dei loro familiari o su indicazione del medico curante.

ART. 18.

Qualora il ricovero sia ritenuto indispensabile per la salvaguardia del malato e della società, il ricovero sarà obbligatorio.

Il ricovero obbligatorio deve essere richiesto dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il VI grado, dai tu-

tori, dai protutori, dai curatori e da qualunque altro nell'interesse del malato e della collettività.

Il ricovero viene disposto dalle autorità sanitarie locali e provinciali sulla base di un certificato medico redatto da uno specialista in psichiatria o in mancanza dall'autorità sanitaria locale.

Il ricovero obbligatorio dei malati affetti da disordini mentali viene eseguito da un corpo di infermieri autorizzati al trasporto coercitivo dei malati ed in caso di necessità con l'aiuto di un medico specialista in psichiatria appartenente al servizio psichiatrico territoriale.

Il ricovero obbligatorio può essere inoltre ordinato dall'autorità giudiziaria nel corso di un provvedimento civile o penale e durante l'esecuzione della pena.

Contro il provvedimento che dispone il ricovero obbligatorio il ricoverato può proporre immediato reclamo al presidente del tribunale a mezzo di un legale o di un medico di sua fiducia.

Il reclamo può essere presentato al direttore del servizio territoriale che ha l'obbligo di trasmetterlo immediatamente al presidente del tribunale.

Le dimissioni sono decise dal direttore dei servizi territoriali.

Qualora le dimissioni siano richieste dal malato o da un suo rappresentante legale, prima che sia cessata la condizione di « pericolosità », la richiesta sarà rifiutata ed il malato verrà trattenuto d'autorità. Il giudizio dovrà, in tale caso, essere formulato dal direttore.

Contro tale giudizio il ricoverato od il suo rappresentante legale potrà ricorrere al Presidente del tribunale che deciderà sul reclamo, effettuati gli opportuni accertamenti.

All'atto delle dimissioni in prova o definitive il malato continuerà ad essere seguito dal servizio psichiatrico territoriale che provvederà a prendere gli opportuni contatti con il malato, i familiari ed il medico curante ed a procedere a periodici controlli.

Qualora il direttore ritenga che la riattivazione dei disturbi potrebbe indurre il paziente ad atti criminosi o dissociali, può segnalare il caso anche alle autorità di pubblica sicurezza.

ART. 19.

In ogni ospedale psichiatrico può essere creato — se il direttore del servizio psichiatrico territoriale lo ritiene opportuno, un reparto a « sorveglianza » caratterizzato dalla

presenza costante di una *équipe* medico-sociale e di un congruo numero di personale infermieristico particolarmente qualificato.

ART. 20.

Il trasferimento in altro istituto psichiatrico per motivi di competenza nelle spese assistenziali deve essere immediato ed eseguito a cura dell'ospedale ospitante.

Esso può essere differito sotto la responsabilità del direttore del servizio territoriale, per il periodo strettamente necessario, quando ragioni di cura lo rendessero pregiudiziale agli interessi sanitari del malato, oppure per motivi familiari.

ART. 21.

Le divisioni e i reparti di psichiatria e pedopsichiatria degli ospedali generali possono essere equiparati agli ospedali psichiatrici e medico-psico-pedagogici ed essere utilizzati come ospedali di settore.

Le *équipes* medico-sociali che prestano servizio nelle istituzioni assimilate alle istituzioni del settore, devono essere integrate operativamente nel servizio psichiatrico territoriale, previ opportuni accordi con gli enti da cui dipendono.

Speciali convenzioni possono regolare le funzioni delle cliniche universitarie di psichiatria e di neuropsichiatria infantile e i rapporti di esse con i servizi psichiatrici territoriali.

ATTRIBUZIONI DELL'AUTORITÀ
GIUDIZIARIA

ART. 22.

Il Presidente del tribunale all'inizio dell'anno giudiziario designa un giudice per la tutela degli interessi dei malati affetti da disordini mentali.

Il Presidente del tribunale trasmette al giudice delegato le segnalazioni dei casi abbi-sognevola di tutela secondo le indicazioni del direttore dei servizi psichiatrici territoriali.

Il Presidente del tribunale, prima del giudizio, è autorizzato a prendere sulla proposta del pubblico ministero, del curatore speciale o d'ufficio i provvedimenti che ritenga necessari ed urgenti nell'interesse del malato, per il quale, qualora se ne ravvisi la necessità, è ammessa la possibilità di richiedere la perizia di parte.

TITOLO III.
COMPETENZE SPESE

ART. 23.

Le spese per la istituzione ed il funzionamento dei servizi psichiatrici territoriali e relative istituzioni, le spese per l'istituzione ed il funzionamento degli istituti di ricovero sono a carico del bilancio provinciale. Le somme necessarie sono integrate a norma degli articoli 12 e 15 dai contributi regionali e statali.

L'assistenza ed il trattamento alle persone affette da disordini mentali sono equiparati per i lavoratori ed i loro familiari assicurati ed assistiti da enti mutualistici e previdenziali, all'assistenza ed al trattamento cui essi hanno diritto per ogni altra malattia secondo le leggi previdenziali vigenti.

Le spese sostenute per la prevenzione, cura e recupero delle persone affette da disordini mentali, qualora non vi provvedano altri enti obbligati per legge, sono posti a carico del bilancio della provincia ove il cittadino ha eletto domicilio legale.

Le spese per l'assistenza delle persone affette da disordini mentali straniere, sono a carico dello Stato e sono previste nell'apposito capitolo della previsione spesa del Ministero della sanità, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per le persone affette da disordini mentali detenute, imputate e condannate, ricoverate negli istituti psichiatrici sono a carico dello Stato e sono previste in apposito capitolo della previsione di spesa del Ministero di grazia e giustizia.

Le spese per l'istruzione dei soggetti sottoposti all'obbligo scolastico sono a carico del Ministero della pubblica istruzione sia che essi frequentino le classi differenziali, la scuola medico-pedagogica o che beneficino di ricovero in istituti di cura medico-psico-pedagogici.

ART. 24.

Le controversie relative alle spese di cui all'articolo precedente sono regolate dall'articolo 29, n. 7 del testo unico delle leggi sul Consiglio di Stato approvato con regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054.

ART. 25.

Le amministrazioni provinciali sono tenute ad erogare sussidi ai pazienti affetti da disordini mentali, seguiti in famiglia, od alle

famiglie, se si tratta di minori, su comprovata richiesta del servizio psichiatrico territoriale qualora sussistano comprovate condizioni di bisogno.

Le amministrazioni provinciali sono tenute a concedere, su proposta del direttore del servizio psichiatrico territoriale, sussidi alle persone od alle famiglie che abbiano preso in consegna i malati dimessi o ai malati stessi, purché sussistano comprovate condizioni di bisogno.

ART. 26.

Le persone affette da disordini mentali che si trovano in condizione di parziale o totale incapacità lavorativa sono equiparate agli invalidi civili e godono dei benefici ad essi spettanti.

TITOLO IV.

DISPOSIZIONI GENERALI E TRANSITORIE

ART. 27

Tutti i centri medico-psico-pedagogici gestiti dall'O.N.M.I. o da enti pubblici od eretti ad ente morale, al momento della promulgazione della presente legge, sono assunti a carico dell'amministrazione provinciale che provvederà ad integrarli nei servizi medico-psico-pedagogici territoriali e ad adeguare il loro funzionamento alle norme stabilite dai regolamenti ed a regolarizzare la posizione del personale secondo quanto è stabilito nella presente legge.

ART. 28.

Tutti gli istituti medico-pedagogici esistenti sul territorio nazionale al momento della promulgazione della presente legge, siano essi pubblici che eretti ad ente morale, sono assunti a carico dell'amministrazione provinciale che provvederà ad integrarli nei servizi medico-psico-pedagogici territoriali, ad adeguare il loro funzionamento alle norme stabilite dai regolamenti provinciali ed a regolarizzare la posizione del personale secondo le norme contenute della presente legge.

ART. 29.

Sono aboliti gli istituti di rieducazione per minorenni dipendenti dal Ministero di grazia e giustizia. Essi passeranno a far parte delle istituzioni del servizio medico-psico-pedagogico territoriale.

ART. 30.

Sono aboliti i manicomi criminali e sono sostituiti dai reparti « a sorveglianza » degli ospedali psichiatrici. Le persone che avendo commesso un reato sono state prosciolte per totale o parziale infermità mentale, sono accolte nei comuni reparti.

ART. 31.

Sono abrogate tutte le norme e le disposizioni legislative in contrasto con la presente legge.

È abrogato l'articolo 604 del Codice di procedura penale.

ART. 32.

Il primo piano provinciale per la tutela della salute mentale e l'assistenza psichiatrica, dopo l'entrata in vigore della presente legge, è approvato dal Consiglio provinciale, sentita una commissione di cui fanno parte il direttore ed i primari dell'ospedale psichiatrico della provincia e 4 esperti di cui due specialisti in psichiatria e due in neuropsichiatria infantile, designati dalle organizzazioni sindacali e professionali della provincia.

Nelle province in cui non esiste un ospedale psichiatrico, la commissione di cui al comma precedente sarà composta oltre che da 4 esperti, da due direttori di ospedale psichiatrico di province limitrofe.

ART. 33.

Entro dieci anni dalla promulgazione della presente legge, i servizi psichiatrici e medico-psico-pedagogici territoriali dovranno funzionare su tutto il territorio nazionale completi di tutte le istituzioni.