

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 3182

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

OLCESE, BATTAGLIA, MAMMÌ, GANDOLFI, DUTTO*Presentata il 19 febbraio 1982*

Modifiche alla legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori

ONOREVOLI COLLEGHI! — Non è certo agevole proporre modifiche ad una legge che al suo apparire fu, e non solo in Italia, salutata come una grande conquista civile che poneva il nostro paese all'avanguardia nel mondo.

Ma a tre anni dalla sua approvazione lo stato di crisi dell'assistenza psichiatrica è a tal punto manifesto da essere oggetto di una crescente attenzione da parte della stampa e da fornire argomento agli innumerevoli convegni che su ciò si tengono, pressoché ovunque, nelle regioni italiane. Se sulla denuncia della crisi si converge in modo pressoché unanime, profonda è la divergenza tra coloro i quali ne imputano il cattivo funzionamento alle modalità con cui viene applicata, e quelli che invece ritengono che siano al-

cuni dei difetti che la legge contiene ad essere la causa principale delle disfunzioni rilevate.

Alla legge 13 maggio 1978, n. 180, non si può imputare difetto di chiarezza nelle finalità e nei mezzi per attuarla. Infatti è di una coerenza e di una consequenzialità rare, in una produzione legislativa mediamente afflitta da troppe mediazioni e compromessi.

Con la lucida chiarezza e determinazione di un decreto giacobino essa intende raggiungere lo scopo dell'abbattimento della vecchia organizzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso un radicale divieto ed una precisa disposizione.

Il divieto è contenuto nel settimo comma dell'articolo 8 ove si dice: « È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psi-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

chiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche ed utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche ».

È certo esemplare la chiarezza con la quale si condanna non solo all'obsolescenza la vecchia struttura manicomiale (abbandonata « al graduale superamento ») ma si pone ogni cura per impedire che essa possa in altra forma rinascere.

La precisa disposizione è contenuta nell'articolo 6 ove al primo comma si afferma che « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extraospedalieri » e che i trattamenti sanitari per malattie mentali che comportino necessità di degenza ospedaliera devono essere effettuati negli ospedali generali, individuati dalle regioni, in cui vengono « istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura ».

Ma con una limitazione che, posta in relazione con quanto disposto dal settimo comma dell'articolo 7, ne chiarisce la logica e la portata. Infatti, al quarto comma dell'articolo 6 si stabilisce che questi servizi non devono essere dotati di un numero di posti superiore a quindici letti.

È evidente che con questa limitazione, che non è rapportata né ai bisogni dell'utenza né alla ottimizzazione dei servizi, si vuole evitare la rinascita surrettizia di una nuova forma di istituzione psichiatrica.

Bisogna dare atto che la lunga battaglia anti-istituzionale condotta dagli agguerriti settori della nuova psichiatria italiana ha, con questa legge, centrato perfettamente il bersaglio. Meraviglia semmai la poca resistenza esercitata da altri settori della psichiatria, che potevano magari dividerne in qualche misura il principio ispiratore — il superamento della « istituzione totale » rappresentata dal vecchio manicomio — ma non potevano non avere delle riserve almeno nei confronti dei modi e dei tempi con cui doveva esser attuata.

Pure i motivi di preoccupazione erano molti.

L'organizzazione psichiatrica italiana, per quanto mutata essa già fosse, era comunque ben lungi dall'essere matura per una trasformazione così radicale.

In secondo luogo, il sistema ospedaliero italiano, che veniva investito di queste nuove e ardue responsabilità, attraversava ed attraversa — soprattutto nei grandi centri — un periodo di crisi profonda, al punto che costituì persino un problema ottenere un decente livello di collaborazione per la costituzione dei reparti di diagnosi e cura.

In terzo luogo, e questo è un tema che avrebbe meritato più attenzione, le esperienze innovative che erano state attuate in alcune province italiane, e che avevano dato alla riforma la spinta determinante, non godevano affatto di quegli universali apprezzamenti che una intelligente e massiccia operazione di propaganda aveva accreditato nella pubblica opinione.

Si sarebbe affrontato con meno fidente ottimismo il problema, se si fosse proceduto ad una verifica obiettiva e puntuale dei risultati raggiunti da quelle esperienze, prestando magari maggiore attenzione alle testimonianze orali e scritte di coloro che avendone avuto cognizione diretta, avanzavano critiche e riserve.

La verità è che questo è stato il campo di battaglia di dispute ideologiche, spesso intorbidate da atteggiamenti settari. E chi ne ha sofferto è stata la possibilità — ed in parte lo è ancora — di compiere serenamente il necessario esame della realtà, senza preconcette ed immotivate scelte di campo.

Detto questo, occorre pure fare attenzione a non buttare al rogo, per motivi di polemica, tutto ciò che di innovativo è stato fatto in questi anni. Innanzitutto perché ci dobbiamo sempre ricordare che senza la « spallata » di F. Basaglia e di molti altri non si sarebbe avviato — o si sarebbe avviato con maggiore lentezza — quel processo di riforma della istituzione manicomiale, che è approdato ad impor-

tanti mutamenti pur in vigenza della vecchia legge. E anche perché in questi anni energie si sono messe in moto, come mai in passato, intorno ai problemi della malattia mentale. Spesso con dedizione e sacrifici grandi. E facendo tesoro delle esperienze più incoraggianti — e che sono spesso tra le meno conosciute e pubblicizzate — che possiamo sperare che l'assistenza psichiatrica in Italia faccia autenticamente un passo avanti.

Sempreché nel frattempo i risultati, spesso disperanti, dell'applicazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, non spingano a ripercorrere le antiche strade ed a bloccare le esperienze innovative. Ma per evitare ciò è necessario integrare e modificare la legge 13 maggio 1978, n. 180, sopprimendo quegli aspetti di estremismo radicale che hanno provocato i guasti più grossi.

L'esperienza di questi tre anni non ci consente più di nutrire illusioni — almeno nella grande maggioranza dei casi — sulla efficacia dei servizi di diagnosi e cura negli ospedali civili.

Mancanza di spazio e contiguità di contatto con gli altri servizi, costringono a ricorrere a forti dosi di sedativi per tenere i pazienti a letto. La limitatezza dei posti costringe a rapide dimissioni non appena si attenua la fase più acuta della crisi. Dopo di che il paziente viene restituito alla famiglia — quando ce l'ha — per essere preso in carico da quei servizi extraospedalieri da cui di norma dovrebbero essere attuati gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali.

È proprio qui che la legge ha subito il suo scacco più grave e, purtroppo, anche più facilmente prevedibile.

Innanzitutto perché processi organizzativi di questa natura hanno bisogno di tempi assai lunghi per essere attuati, che la legge non prevede.

Sono processi, non dimentichiamocelo, molto difficili, irti di ostacoli, contro i quali si sono scontrate organizzazioni di paesi del più elevato livello scientifico e culturale.

E, non dimentichiamocelo, si ponevano obiettivi molto meno radicali dei nostri e si concedevano, comunque, decenni per la loro attuazione.

Lo spettro, continuamente da taluno evocato, di un passivo ritorno alla vecchia struttura manicomiale, non può essere certo evitato da un atto di imperio legislativo, ma dalla diffusione di una organizzazione di terapia e di assistenza di elevata professionalità che sia capace di contenere e di ridurre la percentuale di coloro che sono destinati al doloroso destino della cronicità.

Ma in attesa di ciò, non ci rimane amaramente che constatare che la nuova gestione nella psichiatria non ha mediamente garantito nemmeno uno *standard* equivalente al regime precedente, scaricando il peso dell'assistenza psichiatrica soprattutto sulle famiglie che hanno dovuto surrogare, e spesso nel modo più doloroso e drammatico, alle insufficienze dell'organizzazione « sul territorio » che così frequentemente si era mitizzato.

Non vogliamo riaprire qui l'antologia di dolori e di orrori che è stata raccolta dalle famiglie dei malati di mente e dalle loro associazioni.

Certo è stato questo lo stimolo, anche emotivo, che più ha spinto a considerare l'urgente necessità di una riforma.

Ma la difficoltà di costituire efficaci strutture extra ospedaliere non deve farci dimenticare che, anche se questo obiettivo potesse essere un giorno raggiunto (ma quando?), l'attuale livello di conoscenze scientifiche e di verifiche sperimentali non ci consente di ritenere che si possa fare a meno di centri di ricovero specializzati.

« In pratica non è concretamente possibile (né giusto né ragionevole) pretendere di curare tutti i casi di disturbi mentali acuti e gravi a domicilio o in centri diurni o nelle corsie di un ospedale civile: anche prescindendo dalla esigenza di repressione sociale, esiste comunque una piccola minoranza di persone che in qualche momento della vita hanno bisogno ed hanno diritto, anche solo per pochi giorni, di stare via di casa, in un luogo in

cui sia possibile essere malati, regredire, essere "pazzi" nei modi più sconvenienti ed abitualmente intollerabili ed essere aiutati in questa esperienza. Questo diritto si concretizza necessariamente in una struttura di ricovero. Ma questa struttura potrà non essere oppressiva? È lecito dubitarne» (L. JERVIS, *Manuale critico di psichiatria*, 1975).

Alla domanda che Jervis si pone in forma diplomaticamente dubitativa, il legislatore italiano, sulla scorta delle esperienze accumulate in questi anni, non può a nostro giudizio non rispondere in modo affermativo. Che cioè non è possibile affrontare forme psicotiche gravi senza strutture di ricovero per questo scopo costituite e senza che sia consentita, attraverso procedure praticabili e razionali, la custodia coatta.

Ci pare che chi insiste nel negare ciò, ponga ben più attenzione alla preservazione della integrità di un messaggio ideale che alle necessità terapeutiche del paziente ed alla protezione che è necessario dare, ed, al limite, imporre a chi non ha coscienza di sé e delle proprie azioni.

E ciò vale evidentemente per tutti coloro i quali hanno bisogno di un ricovero prolungato nel tempo ed ai quali devono essere fornite forme di assistenza differenziate secondo i bisogni.

Ciò vale per la vecchia come per la nuova cronicità.

Una buona organizzazione di assistenza extra ospedaliera ridurrà — possiamo sperare riduca — la necessità dei ricoveri prolungati nel tempo (per anni e lustri) di cui non ci nascondiamo affatto gli effetti negativi sulla personalità del malato di mente. Ma non potrà — allo stato attuale delle nostre conoscenze — annullarlo del tutto.

Ritenere che il « territorio » oggi possa impedire il formarsi di una nuova cronicità è solo un atto di fede, su cui non è opportuno fondare articoli di legge.

Oggi la legge 13 maggio 1978, n. 180, è stata recepita dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, negli articoli 33, 34 e 35; è perciò parte integrante della riforma sani-

taria dei cui principi ispiratori abbiamo tenuto conto nelle modifiche che proponiamo.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, è una legge-quadro che regola poteri che sono stati trasferiti alle regioni ed alle unità sanitarie locali.

La nostra proposta di legge non vuole perciò — né a nostro giudizio lo potrebbe — obbligare le regioni ad adeguarsi ad uno schema vincolante rigido e dettagliato in ogni sua parte. La nostra proposta vuole invece consentire di scegliere, nella adozione del piano sanitario regionale, per la propria organizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica, tra un arco di possibilità più vasto e più esauriente di quello estremamente riduttivo e semplificato offerto dalla legge 13 maggio 1978, n. 180. Ciò vale innanzitutto per l'attuazione del trattamento sanitario obbligatorio di cui all'articolo 1, ci siamo sforzati di fornire una più precisa definizione delle condizioni cliniche che lo rendono necessario, tentando di superare ad un tempo la vecchia concezione del ricovero come misura di ordine pubblico, ed il modo alquanto ipocrita che viene in definitiva posto dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, che lo prevede solo in quanto non sia possibile adottare misure sanitarie extra-ospedaliere.

Si tratta, in realtà, di una misura che deve tendere a proteggere il malato ed ad adottare necessarie misure terapeutiche che, come il comma successivo chiarisce, devono essere attuati in ambienti idonei.

Saranno le regioni ad individuare le strutture e i presidi sanitari che abbiano i requisiti adatti.

Ciò risulta più chiaramente dai successivi articoli 5 e 6 in cui si precisa, seppure in modo sommario, un sintetico schema degli scopi a cui deve tendere l'assistenza psichiatrica e degli istituti attraverso i quali quegli scopi possono essere conseguiti.

Non abbiamo ritenuto che si debba contrastare — costringendo a ricominciare sempre da capo — quanto nelle singole realtà regionali si sta comunque costruendo.

do e che non meritano aprioristiche condanne se non perché a ciò si è arrivati dopo approfondite verifiche.

Ma abbiamo piuttosto da colmare i vuoti e le carenze di una legge che ha proceduto più per eliminazione che per proposte positive. Sarà il piano sanitario nazionale — se lo vorrà — a dare indicazioni più vincolanti, fissando indirizzi e *standards* validi per tutto il territorio nazionale.

È comunque chiaro che attraverso la abrogazione del settimo comma dell'articolo 8 e da quanto disposto dagli articoli 2 e 3 della presente proposta di legge si restituisce alle regioni la possibilità di centri di ricovero specializzati per cure prolungate nel tempo anche con l'attuazione del trattamento sanitario obbligatorio.

A questo proposito vogliamo sottolineare che abbiamo preferito non modificare gli articoli relativi al trattamento sanitario obbligatorio pur coscienti delle critiche che vengono avanzate sulla macchinosità, illusoriamente garantista, che le rende faticosamente praticabili.

Abbiamo piuttosto cercato di integrarlo per ciò che ha più di carenze e negativo alla difficoltà di attuarlo sui lungodegenti e sui lungo-assistiti con le conseguenze — anche drammatiche — che sono state da molte parti denunciate.

Si è scelta la strada di fare istituire dalle regioni delle commissioni di accertamento che periodicamente riesaminino i pazienti sottoposti alle cure.

Ciò evidentemente fuori dei casi di urgenza e comunque quando il trattamento si prolunghi oltre il trentesimo giorno.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

L'articolo 2 della legge 13 maggio 1978, n. 180, è sostituito dal seguente:

« *(Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale).*

Il trattamento sanitario obbligatorio può essere adottato per i malati psichici che presentino una grave disorganizzazione delle proprie funzioni personali che li rende incapaci di provvedere ai propri bisogni e di tutelare alla propria sicurezza personale.

Le regioni, con proprie leggi di attuazione, individuano le strutture ed i presidi sanitari, pubblici e convenzionati, attraverso i quali viene attuato il trattamento sanitario obbligatorio, che deve comunque assicurare al malato prestazioni terapeutiche tra loro collegate, con caratteri di complementarietà nell'ambito del dipartimento di salute mentale e con finalità di protezione in ambiente idoneo.

I presidi convenzionati abilitati a praticare il trattamento sanitario obbligatorio sono individuati sulla base degli *standards* minimi approvati in occasione dell'approvazione dei piani sanitari regionali ed in allegato a ciascuno di essi. Le convenzioni debbono essere conformi a schemi deliberati dalle regioni.

L'area di utenza di ciascuno dei presidi sanitari abilitati a praticare il trattamento sanitario obbligatorio può essere corrispondente a più zone sanitarie: in tal caso, la gestione è assicurata in conformità a quanto previsto dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dalle leggi regionali di attuazione per i presidi sanitari multizonali e, se si tratta di presidi convenzionati, la relativa convenzione deve essere stipulata da tutti gli enti responsabili dei servizi di zona il cui territorio è compreso nell'area ».

ART. 2.

L'articolo 6 della legge 13 maggio 1978, n. 180, è sostituito dal seguente:

« (Modalità relative agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale).

Gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e risocializzazione delle malattie mentali sono attuati dai servizi e presidi psichiatrici previsti dal piano sanitario regionale.

I servizi e presidi devono essere istituiti e strutturati in maniera da corrispondere alle esigenze del disturbo psichico, ivi compreso il trattamento sanitario obbligatorio secondo quanto previsto al precedente articolo 2.

Per le condizioni di ripetute recidività e necessità di lungodegenza, devono essere previste strutture alternative socio-sanitarie.

I presidi devono essere collocati sul territorio in condizioni di facile fruibilità da parte dell'utenza, essere dotati di adeguato personale medico, paramedico e sociale, nonché di mezzi atti al corretto funzionamento del servizio.

Gli accordi collettivi nazionali concernenti il personale sanitario e il personale sociale dovranno prevedere la prestazione ininterrotta di taluni servizi in relazione all'esigenza di assicurare la funzionalità dei presidi per ventiquattro ore giornaliere.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al precedente comma convenzioni ai sensi del successivo articolo 7 ».

ART. 3.

L'articolo 7 della legge 13 maggio 1978, n. 180, è sostituito dal seguente:

« *(Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica).*

Le regioni programmano e coordinano i presidi ed i servizi psichiatrici e di igiene mentale nell'ambito del servizio sanitario nazionale, al fine di garantire la massima integrazione dei medesimi dotati di specifica funzione terapeutica adatta a soddisfare le diverse esigenze di terapia e di assistenza psichiatrica attraverso:

a) trattamenti domiciliari ed ambulatoriali;

b) trattamenti delle situazioni acute in presidi ospedalieri con degenza ed in presidi ospedalieri diurni;

c) centri per la riabilitazione di malati cronici;

d) interventi di sicurezza e solidarietà sociale anche di tipo economico nonché di ospitalità di malati cronici con insufficiente livello di autonomia.

Gli edifici degli ex ospedali psichiatrici, qualora gli stessi presentino caratteristiche architettoniche e funzionali adeguate, debbono essere ristrutturati secondo particolari caratteristiche socio-ambientali destinate a stimolare o a consolidare l'autosufficienza nei lungodegenti psichiatrici tuttora ricoverati e non ancora in possesso di effettive possibilità di reinserimento sociale.

Per le lungodegenze psichiatriche potranno essere utilizzati gli ex reparti psichiatrici, debitamente ristrutturati, per scopi riabilitativi nei tempi e nei modi previsti dalla programmazione sanitaria regionale.

Le regioni costituiscono, con proprie leggi di attuazione, una commissione regionale di accertamento composta da un magistrato, che la presiede, due medici psichiatrici, uno dei quali operante nelle

strutture psichiatriche e di igiene mentale della regione ed uno estraneo ad esse, uno psicologo ed un assistente sociale.

La commissione di cui al comma precedente dovrà riesaminare, periodicamente, i pazienti sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio, qualora la durata dello stesso superi i trenta giorni ».

ART. 4.

L'articolo 8 della legge 13 maggio 1978, n. 180, è abrogato.

ART. 5.

Sono abrogati gli articoli 34, commi quarto e quinto, e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.