CAMERA DEI DEPUTATI N. 3231

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CIRINO POMICINO, LUSSIGNOLI, ALIVERTI, ALLOCCA, ANDREOLI, ARMELLA, ARMELLIN, ARTESE, AUGELLO, BALESTRACCI, BAMBI, BELUSSI, BERNARDI GUIDO, BISAGNO, BOFFARDI, BONFERRONI, BRICCOLA, BROCCA, CAPPELLI, CASATI, CATTANEI, CIANNAMEA, CITARISTI, CITTERIO, CONTU, CORÀ, CRISTOFORI, de COSMO, DEGAN, DELL'ANDRO, FALCONIO, FARAGUTI, FELICI, FOTI, GARAVAGLIA, GAROCCHIO, GRIPPO, IANNIELLO, LAFORGIA, LAMORTE, LATTANZIO, LOMBARDO, LUCCHESI, MANFREDI MANFREDO, MANTELLA, MARABINI, MASTELLA, MENSORIO, MENZIANI, NAPOLI, PATRIA, PAVONE, PICCOLI MARIA SANTA, PISICCHIO, PRANDINI, PUCCI, QUIETI, ROCELLI, ROSSI, ROSSI di MONTELERA, RUBINO, RUSSO FERDINANDO, RUSSO GIUSEPPE, RUSSO RAFFAELE, RUSSO VINCENZO, SABBATINI, SILVESTRI, STEGAGNINI, TANTALO, URSO GIACINTO, VENTRE, VIETTI, VISCARDI, ZANFORLIN, ZOLLA, ZOPPI, ZUECH, ANSELMI

Presentata il 4 marzo 1982

Modifiche agli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI COLLEGHI! — Gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono derivati, nella loro formulazione, dalla legge 13 maggio 1978, n. 180.

La relazione che accompagnava l'allora disegno di legge poneva a fondamento dell'iniziativa legislativa l'incontestabile anacronismo dei princìpi ispiratori della legislazione vigente a quell'epoca.

All'esigenza di difesa sociale espressa dalla legge del 1904 veniva contrapposto l'articolo 32 della Costituzione ed alle ormai vetuste formulazioni tecniche derivate dalla psichiatria positivista si sostituivano i grandi temi medici e culturali della più recente ricerca psicofarmacologica, psicodinamica, psicosociale.

Da ciò derivava, secondo il Governo, la necessità di legiferare sulla base di questi nuovi princìpi ispiratori:

a) definizione della tutela dei cittadini bisognosi di un trattamento sanitario obbligatorio per motivi riguardanti anzitut-

to il loro stato di salute e, solo in via riflessa, l'interesse collettivo;

b) sostituzione dell'organo giudiziario con quello sanitario, nel momento decisionale del trattamento sanitario obbligatorio;

c) scomparsa di qualsiasi distinzione, nel modo e nelle sedi di trattamento, tra la malattia mentale ed ogni altro tipo di malattia;

d) determinazione di un ampio quadro di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso nella determinazione dei trattamenti sanitari obbligatori;

e) necessità di istituzione di adeguati servizi territoriali e della riorganizzazione dei presidi ambulatoriali ed ospedalieri, « pena la vanificazione di fatto di ogni intendimento riformatore ».

La relazione concludeva con queste testuali parole: « Non si può evitare, per conseguenza, un periodo transitorio connesso a tempi tecnici occorrenti per l'attivazione dei servizi extraospedalieri e per la riorganizzazione di quelli di ricovero degli ospedali generali, durante il quale le istituzioni psichiatriche continueranno ad operare, sia pure nella prospettiva della loro progressiva estinzione ».

A distanza di quattro anni, non si può non constatare che le difficoltà incontrate nella pratica dalle nuove norme legislative riguardano proprio i tempi tecnici occorrenti all'attuazione delle due citate finalità programmatiche. Nel contempo l'operatività delle istituzioni psichiatriche che avrebbe dovuto permettere, sia pure nella prospettiva di un loro superamento, la continuità assistenziale nella fase di trapasso, si è rivelata più fittizia che reale a causa del divieto di ricovero di nuovi ammalati in tali strutture.

Ciò ha determinato un vuoto assistenziale che, con l'andar del tempo, è andato vieppiù aggravandosi fino a determinare evidentissimi scompensi organizzativi i cui riflessi sul trattamento degli ammalati mentali hanno assunto, in certi casi, risvolti drammatici.

Il quadro della situazione non è per altro uniforme, esistendo tra una regione e l'altra sostanziali difformità dipendenti dai diversi livelli evolutivi raggiunti nella applicazione della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Tutto ciò suggerisce una correzione legislativa, non solo per appianare tali scompensi, ma anche per garantire, nel rispetto dei princìpi sanciti dalla riforma sanitaria, una più idonea modalità di assistenza per questa categoria di ammalati.

L'esperienza finora acquisita, infatti, ci conferma la validità di princìpi generali sui quali il Parlamento si è favorevolmente pronunciato, all'unanimità, quattro anni or sono. Vanno corrette, invece, talune discrepanze presenti nell'ambito delle garanzie giurisdizionali e delle modalità di esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio e va impostato, con precise indicazioni procedurali, il trattamento delle malattie mentali ad evoluzione cronica che ha costituito il punto debole dell'attuale normativa assistenziale.

In particolare, la modifica proposta all'articolo 33 della riforma sanitaria realizza l'esigenza di estendere al trattamento sanitario obbligatorio extraospedaliero (cioè effettuato al domicilio del paziente o in strutture sanitarie diverse) la garanzia del controllo giurisdizionale, garanzia ora prevista solo per quello in condizioni di degenza ospedaliera (nei confronti degli ammalati di mente).

Con l'attuale formulazione, infatti, il pericolo di un provvedimento del sindaco, emesso – per non dire altro – con la sicurezza di non dovere affrontare alcun controllo, è reale, essendo riservato allo stesso sindaco, e solo a lui, il potere di revoca.

Questa lacuna, ingiustificata nell'economia garantistica di tutta la materia, viene facilmente colmata anticipando nell'articolo 33, con gli opportuni adattamenti, il regime apprestato nell'articolo 35 riguardo ai trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera.

Le modifiche introdotte all'articolo 35 riguardano una migliore calibratura dei tempi tecnici dell'intervento medico e la previsione della tutela giuridica, a norma della legge comune, in favore dei pazienti per i quali il trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero debba durare.

La necessità di consentire al medico ospedaliero di occuparsi attivamente dell'ammalato, allorquando la procedura del trattamento sanitario obbligatorio sia avviata e si attenda l'ordinanza sindacale, è ovvia per essere ulteriormente motivata e colmata una lacuna che l'esperienza di questi anni ha più volte sottolineato.

Di una previsione in tal senso, in verità, non vi sarebbe bisogno, derivando dai princìpi generali del diritto e, nello stesso tempo, dall'arte medica l'obbligo d'intervenire senza indugio.

Ma, al fine di evitare distorsioni interpretative, anche da parte di altri operatori sanitari, appare utile una esplicitazione di tale obbligo per i medici della struttura ospedaliera.

Altrettanto utile appare, poi, portare a quindici giorni la durata ordinaria del trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero, posto che gli attuali sette giorni di cura – anche limitando il campo alle sole acuzie – risultano troppo pochi per una diagnosi e terapie adeguate e rischiano di rendere burocratico un *iter* di garanzia che si vuole al contrario sburocratizzare.

Infine, si ritiene indispensabile apprestare una più accurata protezione all'*universum jus* dell'ammalato, quando il trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero debba protrarsi per un tempo superiore a sessanta giorni.

Si tratta dei cosiddetti « lungodegenti », per i quali la norma attuale consente che il regime di trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero duri anche anni, mentre non ne adegua in conseguenza il trattamento giuridico, limitandolo ai « ... provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare ed amministrare il patrimonio dell'infermo » (vedasi articolo 35, comma sesto).

In casi del genere non solo appare giusto uscire dall'ottica del precario e dell'urgente per gli aspetti di carattere patrimoniale, ma, soprattutto, bisogna rendere più penetrante l'intervento del giudice tutelare, giacché il controllo all'origine sulla legittimità dell'ordinanza del sindaco e quello successivo sui prolungamenti – per essere strutturalmente episodici – non garantiscono, in proiezione continua, la dignità di persona umana dell'infermo.

Il ricorso all'istituto della tutela, previsto dal codice civile nell'interesse dei minori e degli interdetti, soddisfa questa esigenza; e la particolarità della consultazione dei servizi della USL, quando si tratta di deliberare in favore del paziente, realizza una nuova occasione di collegamento funzionale tra autorità giudiziaria ed ente locale nella protezione degli incapaci, alla stregua della tendenza legislativa in atto.

Gli emendamenti all'articolo 64 della riforma sanitaria sanciscono in modo esplicito la possibilità di riconversione degli ospedali psichiatrici in presidi generali per la cura e la riabilitazione della lungodegenza. In questo ambito può trovare collocazione anche la lungodegenza psichiatrica, realizzandosi in tal modo un parallelismo normativo fra i trattamenti per acuti (psichiatrici e non psichiatrici) in ospedali generali e quelli per lungodegenti in appositi presidi che ospitino malati d'interesse sia psichiatrico, sia non psichiatrico.

È necessario pertanto che i presidi originati dalla riconversione delle strutture manicomiali siano in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (requisiti degli ospedali generali) e che, anche in queste strutture di lungodegenza, sia prevista la possibilità di ricovero di malati in trattamento sanitario obbligatorio.

Per evitare la costituzione di nuovi ghetti assistenziali si ribadiscono l'integrazione di tali presidi nel dipartimento di salute mentale e la garanzia del principio della continuità terapeutica nel trattamento degli infermi colà ricoverati.

Nell'attesa del completamento di tale riconversione, per la quale sono previsti meccanismi di finanziamento e procedure straordinarie, le regioni debbono indicare le strutture nelle quali attuare a titolo provvisorio il regime di ricovero per ammalati lungodegenti, onde garantire il diritto all'assistenza che in questi anni spesso, nel settore psichiatrico, non si è potuto realizzare finendo col creare un movimento di opinione contrario ad una legge di riforma, i cui princìpi, al contrario, ancora oggi conservano tutta la loro validità. Ogni riforma è giusta se attuabile nel concreto dell'esperienza quotidiana: ritenemmo giusta la legge n. 180 e le successive norme della riforma sanitaria, ci preoccupiamo oggi di renderla praticabile correggendo là dove l'esperienza ci dice di correggere.

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

Il terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti:

« Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria su proposta motivata di un medico, convalidata da un medico dipendente dell'unità sanitaria locale, nel cui territorio si trova la persona da sottoporre al trattamento.

Il provvedimento del sindaco deve essere motivato in riferimento alla necessità concreta d'imporre il trattamento e, corredato dalla proposta medica e dalla convalida del medico dell'unità sanitaria locale, deve essere notificato, entro quarantotto ore, tramite messo comunale, al giudice tutelare nel cui mandamento rientra il comune.

Il giudice tutelare entro le successive quarantotto ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, anche a carattere peritale, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco.

In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio ».

ART. 2.

Il terzo, il quarto e il quinto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dagli specifici servizi e presidi extraospedalieri ed ospedalieri, di cui al primo comma, ad opera di una *équipe* unica e multidisciplinare, sotto la responsabilità di un medico psichiatra.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extraospedaliere. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera deve essere emesso e convalidato nei tempi e con le modalità stabiliti nell'articolo 33.

Nei casi di cui al precedente comma, per garantire la continuità terapeutica e la tutela dell'infermo, il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali.

Al fine di cui ai commi precedenti, nei casi di necessità e per garantire la protezione dell'infermo, l'autorità di pubblica sicurezza provvede al suo accompagnamento al più vicino presidio ospedaliero dotato di servizio psichiatrico di diagnosi e cura ».

ART. 3.

Il primo ed il secondo comma dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera è assunto secondo le modalità e i tempi previsti dall'articolo 33.

Una volta avviata la procedura di trattamento sanitario obbligatorio con la emissione di due certificati medici, il medico del servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura è tenuto, in attesa del provvedimento del sindaco, ad adottare tutti gli interventi sanitari adeguati allo stato di necessità ».

Il quarto comma è sostituito dal seguente:

« Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il

quindicesimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico della unità sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso ».

Dopo il sesto comma, è aggiunto il seguente:

« Le disposizioni sulla tutela del minore, di cui al libro I, titolo X, capo I del codice civile, si applicano nei riguardi degli infermi sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, allorquando il prolungamento dello stesso sia previsto per una durata superiore a sessanta giorni o si protragga comunque da tale tempo. In ogni caso, il giudice tutelare delibera, sentiti i servizi competenti dell'unità sanitaria locale, sulle strutture fra quelle a disposizione del servizio sanitario regionale, dove l'infermo deve proseguire il trattamento ».

ART. 4.

Il primo, il secondo ed il terzo comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« La regione, nell'ambito del piano sanitario regionale, disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e può disporre la loro riconversione in presidi per la cura e la riabilitazione intra-ospedaliera dei lungodegenti.

Tali presidi devono essere in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 17 e, nel caso di soggetti affetti da malattia mentale, essi sono utilizzabili per infermi volontari e per infermi di cui al settimo comma dell'articolo 35.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o se-

zioni psichiatriche, o sezioni neurologiche o neuro-psichiatriche. Nel caso degli ospedali di cui al primo comma, gli eventuali servizi psichiatrici sono parte integrante delle strutture dipartimentali per la salute mentale della relativa unità sanitaria locale comprendente anche i presidi e servizi extraospedalieri e devono comunque garantire la continuità terapeutica.

Al fine di garantire il diritto all'assistenza, le regioni, in attesa della individuazione delle strutture da riconvertire in ospedali per lungodegenti, devono indicare presidi alternativi e transitori entro cui realizzare il regime di ricovero per ammalati lungodegenti.

ART. 5.

Entro 10 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni individuano gli ospedali psichiatrici che debbano essere demoliti e ricostruiti o da ristrutturare, nell'ambito del territorio di propria competenza dandone comunicazione al CIPE con l'indicazione del numero degli ospedali psichiatrici da realizzare o recuperare.

L'individuazione di tali ospedali comporta la dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza delle opere da realizzare. Tale individuazione è effettuata, in deroga alla normativa urbanistica edilizia, anche per quanto riguarda la distinzione d'uso e gli indici di fabbricabilità.

L'autorizzazione o la concessione ad edificare sono concessi con provvedimento del sindaco, su domanda dell'unità sanitaria locale interessata.

Lo stesso sindaco, in deroga all'articolo 18 della legge 2 febbraio 1974, n. 64, rilascia la prescritta preventiva autorizzazione di cui al presente articolo su parere conforme del rappresentante dell'ufficio tecnico regionale che dovrà verificare anche l'osservanza delle norme recate dal primo comma, lettere *a*) e *b*), dell'articolo 4 della legge citata.

La domanda, da prodursi nel termine perentorio del 31 dicembre 1982, deve

essere corredata da progetto esecutivo redatto da professionista abilitato.

La domanda si intende accolta qualora il sindaco non si pronunci sull'accoglimento della domanda di concessione ad edificare nel termine di 60 giorni. In tal caso il richiedente può dar corso ai lavori, dandone comunicazione al sindaco.

Per l'osservanza delle norme per le costruzioni in zone sismiche resta ferma la responsabilità del progettista, del direttore e dell'esecutore dei lavori.

Gli interventi sono realizzati in modo unitario, sulla base di programmi costruttivi, comprensivi della eventuale urbanizzazione primaria e secondaria, e con riferimento ai costi di costruzione stabiliti dal CIPE su proposta del Ministro dei lavori pubblici. Le opere sono affidate dalle regioni in concessione entro 15 giorni dal provvedimento del sindaco, a mezzo di apposite convenzioni in deroga alle norme vigenti, a società, imprese di costruzione anche cooperative o loro consorzi, idonee sotto il profilo tecnico ed imprenditoriale.

Formano oggetto della concessione tutte le operazioni necessarie alla completa realizzazione dell'opera, ivi compresa la formazione del programma costruttivo sulla base dell'indicazione delle regioni per quanto concerne il numero delle stanze da realizzare, la tipologia, le prescrizioni urbanistiche edilizie da osservare, ed i termini per la realizzazione dell'intervento, la progettazione esecutiva delle opere, la realizzazione delle stesse e quant'altro necessario a rendere le opere compiute.

Scaduto inutilmente il termine di cui al settimo comma, all'affidamento della concessione, provvede, nei successivi 15 giorni il CIPE su proposta del Ministro della sanità.

ART. 6.

All'onere derivante dall'attuazione della presente legge di lire 100 miliardi per l'anno finanziario 1982 si provvede mediante un aumento del medesimo importo

alla spesa prevista dall'articolo 7 del piano sanitario nazionale. Tale importo è iscritto a riduzione dello stanziamento del capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro per l'anno finanziario 1982.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.