

CAMERA DEI DEPUTATI N. 3400**PROPOSTA DI LEGGE**

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**FUSARO, ARTESE, BALZARDI, BIANCHI FORTUNATO,
BOTTA, CATTANEI, CARLOTTO, CORÀ, DAL CASTELLO,
DE COSMO, FALCONIO, FELICI, FERRARI SILVESTRO,
FORNASARI, GAITI, GOTTARDO, MATTA, MEUCCI, PEZZATI,
SANGALLI, STEGAGNINI, ZOSO, DE CINQUE, MAROLI,
PERRONE, TANCREDI, TESINI ARISTIDE, TANTALO,
ZANFORLIN, ARMELLIN**

Presentata il 12 maggio 1982

Modifiche ed integrazioni della legge 23 dicembre 1978, n. 833,
concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale, in
tema di tutela della salute mentale dei cittadini

ONOREVOLI COLLEGHI! — Mai forse, come oggi, la psichiatria esce dal chiuso della polemica scientifica, investe strati sempre più larghi dell'opinione pubblica, incide sugli strumenti operativi messi in atto per la salvaguardia della integrità psico-fisica dell'individuo.

E poiché il campo di indagine della scienza psichiatrica è l'uomo come essere pensante, ne consegue che lo psichiatra o l'operatore sociale traduce la sua pratica professionale in rapporto al concetto che egli ha della dimensione umana e di un determinato modello sociale; in poche parole in base alla propria cultura psichiatrica, che non può prescindere ovviamente da quella ideologico-politica.

Si può dire che nel nostro paese, come nella cultura occidentale, si contrappongono attualmente diversi indirizzi in campo psichiatrico. Ne citiamo tre: la psichiatria organicistica, la psicodinamica e la cosiddetta antipsichiatria, le quali, tuttavia, sul piano pragmatico cercano e subiscono un'interpretazione di metodi, tecniche ed obiettivi.

Sul piano operativo, o più specificatamente dell'assistenza psichiatrica, sembra ormai diffuso il principio che la tutela della salute mentale implica un intervento globale che da un lato tende a trasformare l'ambiente naturale e sociale in rapporto alle esigenze degli individui, dall'altro mira ad articolarsi in un complesso

di servizi che si pongono all'esterno delle strutture tradizionalmente istituzionali.

Sino a poco tempo fa ed antecedentemente all'entrata in vigore della legge n. 180, la malattia mentale, la psichiatria e l'asilo manicomiale erano considerati, invece, come i tre elementi costitutivi della questione « follia » nella società contemporanea.

Ma per capire come si sia giunti all'attuale legislazione che disciplina l'assistenza psichiatrica, necessita ripercorrere per brevi tappe l'evoluzione della psichiatria come scienza, e del concetto della « follia » come malattia mentale.

Accanto ai tentativi della medicina greca e romana di considerare i disturbi psichici come malattia ed in qualche modo di assimilarli alla malattia somatica (vedendone l'origine ad esempio nella « perversione degli umori » e curandola con rimedi che sarebbero stati utilizzati sino ai nostri giorni: belladonna, oppio), sussiste un filone più ampio proprio di tutte le culture che esclude di fatto la medicina dal campo dei disturbi mentali e ne identifica l'origine in una causa non somatica, ma spirituale: violazione dei tabù, possessione demoniaca, contatto con un oggetto magico; tale filone predispone due interventi per così dire paralleli, l'uno affidato ad un esorcista, l'altro alla collettività tutta intera.

Questa duplicità iniziale copre « la pazzia » sino ad epoche relativamente recenti.

Del resto l'assenza di una spiegazione specifica e da tutti accettata sulle cause della malattia mentale è destinata a permanere sino ai nostri giorni, assumendo nuove forme, ma senza discostarsi troppo dagli antichi contenuti.

Organicismo e spiritualismo, quest'ultimo ovviamente secolarizzato, continuano a disputarsi il campo; la stessa negazione in alcuni contemporanei della « follia », come malattia mentale o la sua riduzione ad una pura sociogenesi, si collocano nel solco della contrapposizione tradizionale e ne rafforzano uno dei termini, attraverso la negazione dell'organicismo — predominante — a partire dalla fine del '700.

In tale contesto l'asilo manicomiale, o ospedale psichiatrico, fu una creazione relativamente recente, anche se i prodromi dell'internamento della follia risalgono alquanto addietro nel tempo.

Già nel 1500, se da un lato sotto la spinta di fanatismi religiosi, l'ammalato di mente veniva bruciato sul rogo, poiché impossessato dal demonio, dall'altro era ormai acquisita l'abitudine delle pubbliche autorità di classificare i « folli » assieme ai vagabondi, i poveri, gli inabili: tutti vivevano nella promiscuità raccolti in grandi ospizi organizzati da opere religiose, di carità o di previdenza governativa.

Solo all'inizio del 1800, sotto l'impulso della cultura positivista che diede alla malattia mentale un'interpretazione preminente biologica, con scarsa considerazione per i fattori sociologici e psicologici, gli ammalati di mente vennero considerati come pazienti da trattare ed esaminare in appositi ambienti ospedalieri idonei a consentire indagini e terapie biologiche.

Ed è proprio con la costruzione « dell'asilo » che la psichiatria si distacca nettamente dalla medicina generale ed il medico della « follia » diventa di fatto colui che si occupa dei folli ricoverati in ospedale psichiatrico.

L'inserimento dell'ammalato in apposite strutture non rispose però solamente ad esigenze di tipo terapeutico; la perdurante convinzione dell'inguaribilità e pericolosità ritenute presenti nella maggior parte di questi ammalati, largamente condivisa dall'opinione pubblica e dai legislatori dell'epoca, fece sì che l'internamento divenne forma di controllo sociale e di segregazione che la società mise in atto per tutelare il regolare funzionamento delle proprie strutture.

Frutto di quelle convinzioni fu la normativa contenuta nella legge n. 36 del 14 febbraio 1904 cui seguì il regio decreto del 16 agosto 1909, n. 615, che disciplinò per oltre 60 anni l'assistenza psichiatrica e nacque anche l'ospedale psichiatrico che doveva tutelare contemporaneamente la sicurezza della comunità ed il diritto di cura dell'ammalato.

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

In effetti è prevalso il concetto di custodia su quello di sicurezza, giacché nell'articolo 1 di detta legge si affermò come condizione essenziale per il ricovero manicomiale « la pericolosità a sé ed agli altri o di pubblico scandalo », anche se all'articolo 53 del regio decreto era prevista, pur se in forma limitata, la possibilità di un ricovero volontario.

Prevalse anche il concetto di custodia o meglio di assistenza per quelle persone che non affette da malattia mentale vera e propria (mentecatti, epilettici innocui, idioti, o psichiatricamente cronicizzati) potevano trovare rifugio in manicomio, seppur in reparti isolati, riproponendosi il vecchio concetto dell'aggregazione che si vide negli ospizi del passato.

Da tempo una copiosa letteratura medica, sociologica, filosofica, politica, discute sulle motivazioni culturali, politiche e sociali che portarono l'ospedale psichiatrico ad evolversi sino ad assumere le attuali caratteristiche.

Fiumi di parole sono state scritte sulla spogliazione psichica e fisica cui fu sottoposto l'ammalato di mente all'interno del manicomio-prigione, sulla sua umiliazione ed annientamento della personalità.

Certo è che per lungo tempo non solo si ignorarono alcuni aspetti positivi della legge n. 36 (ad esempio l'affidamento familiare o extra-ospedaliero dell'ammalato di mente a carico della provincia), ma l'ospedale psichiatrico colse un numero sempre più elevato di persone tant'è che il sovraffollamento fu la sua caratteristica più comune.

Gli aspetti sopra descritti caratterizzano l'ospedale psichiatrico sino al 1968.

Ma se già nel 1911 Eugenio Tanzi definiva la legge n. 36 « antiquata » ed « iniqua », fu solo con la legge n. 431 del 18 marzo 1968 che si scardinò la vecchia concezione custodialistica dell'assistenza dell'ammalato di mente.

Si previdero infatti, con detta normativa, strutture più rispondenti alle esigenze di una società che si era andata evolvendo secondo nuovi modelli culturali, più adeguate ai progressi scientifici raggiunti (introduzione dei neurolettici) e al

diffondersi di nuove prassi riabilitative e terapeutiche.

Si sancì così l'assunzione di un più elevato numero di operatori medici e paramedici, e nuove figure professionali in campo psicologico e sociale; e ciò non solo all'interno dell'ospedale psichiatrico, ma anche nei centri di igiene mentale, del resto già istituiti in alcune province per iniziativa di illuminati psichiatri; si volle così sottolineare il principio ormai assunto da varie dottrine psichiatriche, che l'ammalato di mente può essere curato anche nel proprio ambiente naturale, familiare e sociale.

Si affermò inoltre il diritto all'assistenza ed alla cura delle persone affette da disturbi psichici, indipendentemente dalla loro pericolosità, diritto che si tradusse nella libera immissione negli ospedali psichiatrici senza l'obbligatorio intervento delle pubbliche autorità.

Si deve però sottolineare che la normativa contenuta nella legge n. 431, anche nei casi in cui l'amministratore o l'operatore psichiatrico la tradussero fedelmente in termini operativi, non modificò sostanzialmente ed uniformemente le modalità dell'assistenza psichiatrica.

In effetti ogni istituzione manicomiale come ogni organizzazione psichiatrica territoriale costituì una storia a sé, ebbe una propria identità, sia per la funzionalità, il numero dei ricoverati e dimessi, la loro tipologia.

Fu per un mutato contesto di valori culturali, ideologici e scientifici che si giunse alla emanazione della legge n. 180 del 13 maggio 1978, approvata in tempi ridottissimi al fine di evitare il *referendum* abrogativo della legge n. 36 e recepita poi quasi integralmente dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978 (articoli 33, 34, 35 e 64).

La nuova normativa s'ispirò prevalentemente ai concetti della psichiatria sociale ed alternativa che sul piano pragmatico, soprattutto attraverso il movimento della cosiddetta antipsichiatria, si tradusse in una battaglia ideologica e politica, battaglia che demonizzò la tradizionale struttura manicomiale quale prodotto

di una società perversa e colpevole soprattutto di aver segregato, torturato e cronicizzato la persona affetta da disturbi mentali.

Si decretò coerentemente l'impossibilità di nuovi ricoveri con le modalità del trattamento sanitario obbligatorio negli ospedali psichiatrici, e dal 1° gennaio di quest'anno si impedì il ricovero anche di coloro che volessero accedervi volontariamente.

Si sottolinearono inoltre validissimi principi quali:

il rispetto della dignità umana e dei diritti civili e politici dell'ammalato di mente come per qualsiasi altra persona e secondo il dettato costituzionale;

la salvaguardia della tutela della salute mentale che deve essere perseguita nei suoi momenti preventivi, curativi e riabilitativi da attuarsi di norma nei servizi e presidi extra-ospedalieri.

Ed al fine di evitare soprattutto i danni di una lunga istituzionalizzazione, si decretò:

l'istituzione dei servizi psichiatrici il cui numero dei posti letto venne limitato a sole 15 unità sino all'adozione dei piani sanitari regionali, arbitri, quindi, di un loro aumento o diminuzione;

la limitazione della degenza in condizioni di trattamento sanitario obbligatorio a soli sette giorni, pur prevedendo successive proroghe, quasi mai attuate, mentre nella maggior parte dei casi, tale limitazione non ebbe alcuna efficacia per l'immediata trasformazione del trattamento sanitario obbligatorio in volontario; e ciò non solo per la inadeguatezza o assenza dei presidi ospedalieri e per l'ambiguità giuridica, ma anche per l'exasperato concetto o assurdità scientifica che se la società ha prodotto la follia, l'ammalato di mente deve essere restituito immediatamente alla famiglia e alla società, negando quindi in pratica la validità del ricovero ospedaliero.

Ora, dopo questo breve *excursus* sui provvedimenti contenuti nella legge n. 180,

si ritiene opportuno sottolineare come, a circa quattro anni dalla sua entrata in vigore, si sta formando un vasto movimento d'opinione costituito da correnti psichiatriche, sociali e politiche per chiedere al Parlamento la revisione della legge n. 180.

E mentre la cronaca richiama quotidianamente l'attenzione di tutti sul problema psichiatrico con il racconto di cruente tragedie, testimonianze dolorose, drammi vissuti in solitudine e abbandono, i dibattiti sugli effetti che essa ha prodotto, si fanno sempre più aspri e accesi, mentre i familiari degli ammalati di mente si riuniscono in comitati ed associazioni per denunciare le loro sofferenze e disperazione; costoro rappresentano idealmente quattro milioni di cittadini, tanti sarebbero secondo le stime, i parenti di chi, per un verso o per l'altro, necessita di cure psichiatriche.

Ci si chiede a questo punto quali siano le carenze legislative da colmare, o gli errori giuridici da superare e come si possono risolvere i vari problemi che via via sono emersi, non dimenticando che la psichiatria va rispettata come scienza, pur in tutte le sue dimensioni mediche, psicologiche, sociali.

Forse la debolezza o fragilità della legge consiste nel fatto che essa si esaurisce prevalentemente in una generica enunciazione di principi.

In effetti, nelle zone o regioni dove mancano quasi totalmente le strutture extra-ospedaliere, si è creato di colpo un vuoto assistenziale per cui l'ammalato di mente è stato ancor più emarginato, non prigioniero delle mura manicomiali, ma della propria impotenza, solo e sperduto nella terra bruciata che gli si è creata intorno.

Si potrebbe obiettare che se così non si fosse legiferato non sarebbe stata eliminata la piaga manicomiale.

Secondo il parere dei proponenti, invece, si potevano ugualmente emanare norme che favorissero il graduale processo di superamento degli attuali ospedali psichiatrici e contemporaneamente che rispecchiassero modalità di cura più rispondenti a rigorosi criteri scientifici. Sancire

poi la creazione di soli servizi psichiatrici nell'ambito degli ospedali generali e prevedere genericamente l'attivazione di presidi territoriali, senza indicarne la specificità, significa ignorare quella larga fascia di ammalati che abbisogna, per la patologia da cui risulta affetta, di una lungo-degenza.

Tali servizi di diagnosi e cura, per le caratteristiche volute dalla legge, sono dotati di un insufficiente numero di posti letto e non possono certo offrire quegli spazi e prassi terapeutiche che la scienza psichiatrica è in grado di mettere in atto.

Definiti « ghettoni di transito », ove sono stati istituiti, riflettono in modo abnorme gli aspetti negativi della riforma e le concezioni di quei settori psichiatrici che privilegiano troppo spesso il dato ideologico rispetto alle drammatiche esigenze di aiuto e terapia poste dai malati e dalle loro famiglie.

Conseguentemente pochi privilegiati usufruiscono di degenza ospedaliera; i ricoverati vengono dimessi selvaggiamente od occupano preziosi posti quando abbisognerebbero solamente di essere inseriti in istituti assistenziali.

Con il nuovo ordinamento giuridico che qui si presenta, non s'intende certo misconoscere alcuni validi principi della psichiatria sociale e alternativa (territorialità dei servizi, continuità terapeutica, tutela dei diritti politici e civili), né tornare alla segregazione perpetua della struttura manicomiale e frenarne il processo di superamento.

Ci si propone invece di colmare le gravi lacune testé denunciate e sancire modalità d'intervento terapeutico e assistenziale più aderenti ad una corretta impostazione scientifica, tecnica e culturale della psichiatria.

Secondo tali linee direttrici sono stati formulati gli articoli della presente proposta di legge.

I principi della psichiatria sociale si evidenziano maggiormente quando si analizzano, per quanto possibile, le strutture territoriali, la cui diversa funzionalità deve rispondere ai vari problemi che pre-

senta la persona affetta da disturbi psichici come la gravità, o il tipo di patologia, l'assenza o carenza del nucleo familiare o comunitario.

Tali strutture inserite nell'ambito dell'unità sanitaria locale, ospitano pazienti che necessitano di molteplici trattamenti terapeutici ed assistenziali, ne favoriscono la risocializzazione e i naturali contatti con l'ambiente familiare e lavorativo.

Il fatto di sottolineare l'importanza di un gruppo di lavoro, sancendo la presenza di *équipes* multiprofessionali in tutti i servizi, significa che si vuole evitare la eccessiva sanitarizzazione nel campo psichiatrico e approfondire tutte le tematiche di carattere psicologico e sociale.

Anche l'*équipe* che coordina il dipartimento di salute mentale, per i diversi ruoli dei singoli componenti può affrontare globalmente i molteplici aspetti dell'assistenza psichiatrica, la cui programmazione deve essere finalizzata all'organizzazione dei presidi territoriali, e domiciliari, all'erogazione di prestazioni economiche con cui si vuole colmare il vuoto assistenziale dato il passaggio di competenze delle province alle regioni.

Il dipartimento di salute mentale che le regioni promuovono secondo il disposto del decreto ministeriale 8 novembre 1967, non prevede solo la necessità di una nuova forma di aggregazione di attività e di strutture ospedaliere e territoriali, ma anche una metodologia di lavoro che si basa sul concetto della continuità terapeutica e sull'inscindibile rapporto che lega il momento preventivo a quello curativo e riabilitativo.

L'articolo 3 modifica sostanzialmente quanto previsto dall'attuale legislazione sui servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Rivelatisi del tutto inadeguati e insufficienti per le caratteristiche precedentemente descritte, ma soprattutto per la pia illusione che « il territorio » può evitare gli effetti di una cronicizzazione della malattia, si istituiscono le sezioni o divisioni al fine di consentire l'aumento del numero dei posti-letto e contemporaneamente si dettano norme affinché sia consentita l'introduzione di tutte quelle modalità te-

rapeutiche che si ritenesse utile predisporre.

I reparti psichiatrici, così riorganizzati, possono soddisfare le richieste di pazienti sia che vi accedono volontariamente o con il trattamento sanitario obbligatorio che viene disciplinato agli articoli 6 e 7 secondo una più corretta impostazione scientifica.

Si sono modificate le norme relative al trattamento sanitario obbligatorio, poiché ci sembra che l'attuale legislazione, più che tutelare l'ammalato di mente, abbia maggiormente danneggiato proprio chi abbisogna di sollecite cure, soprattutto nella fase di riacutizzazione della malattia.

Si è posto quindi l'accento sugli aspetti clinici per cui si rende necessario il trattamento sanitario obbligatorio e si è prescritto un limite di tempo che ci sem-

bra ragionevolmente sufficiente per stabilire se occorre proseguire o meno gli interventi terapeutici messi in atto.

Con il disposto dell'articolo 8 si offrono possibilità di cura anche negli ospedali psichiatrici. Si demanda però alle regioni il compito di definire il termine oltre il quale non sarà più possibile il ricovero nelle predette strutture, ricovero che sarà motivato solo in base ad una effettiva assenza di presidi territoriali.

In tale ottica va vista anche la rimanente normativa, mentre la possibilità da parte delle regioni di stipulare convenzioni con case di cura private, sancisce effettivamente il diritto della libera scelta del luogo di cura.

Questi i motivi che spingono i proponenti a chiedere l'approvazione della proposta di legge.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Il servizio sanitario nazionale tutela la salute psichica come fondamentale diritto dell'individuo e nell'interesse della collettività.

Il conseguimento di tale finalità, diretto ad assicurare la cura, il recupero e l'inserimento sociale della persona affetta da disturbi mentali, è perseguibile mediante:

a) presidi territoriali collocati a livello di unità sanitarie locali, e nell'ambito di più unità sanitarie locali;

b) reparti psichiatrici organizzati presso gli ospedali generali.

A partire dal 1° luglio 1982 le regioni istituiscono i servizi di cui alle lettere a) e b) nell'ambito del dipartimento di salute mentale al fine di garantire la continuità terapeutica.

Il dipartimento di salute mentale deve essere coordinato da un gruppo di lavoro costituito da uno psichiatra, un assistente sociale ed uno psicologo.

Il gruppo di lavoro di cui al precedente comma predispone programmi e piani d'intervento da sottoporre all'ufficio di direzione della unità sanitaria locale.

ART. 2.

I presidi territoriali di cui alla lettera a) dell'articolo 1 si individuano in: case alloggio, comunità terapeutiche, centri di igiene mentale, reparti per lungodegenti e qualsiasi altra struttura od attività che si ritenga idonea a perseguire la prevenzione, cura e riabilitazione dell'ammalato di mente.

Tali presidi devono essere collegati con gli altri servizi territoriali ed usufruire, se necessita, di strutture già esistenti come gli ospedali psichiatrici.

L'unità sanitaria locale gestisce inoltre tutte le prestazioni di carattere socio-assistenziale, assumendo l'onere della retta di ricovero in istituti, erogando aiuti economici, o predisponendo altre modalità di intervento.

ART. 3.

I reparti psichiatrici di cui alla lettera *b*) dell'articolo 1 inseriti negli ospedali generali, sono costituiti da sezioni o divisioni di cui al primo e quarto comma dell'articolo 36 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e disciplinati secondo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

I reparti debbono comunque assicurare ampi spazi vitali, trattamenti di carattere farmacologico, psicoterapeutico e sociale.

Possono inoltre organizzarsi in ospedali notturni e diurni e prevedere la costituzione di gruppi psicoterapeutici e attività riabilitative.

ART. 4.

Le spese concernenti i presidi e reparti di cui alle lettere *a*) e *b*) dell'articolo 1, e all'ultimo comma dell'articolo 2, devono essere previste in un apposito capitolo nei bilanci preventivi e consuntivi dell'unità sanitaria locale.

I finanziamenti stanziati per l'assistenza psichiatrica non possono in alcun caso essere stornati per altri servizi sanitari dell'unità sanitaria locale.

ART. 5.

Il personale operativo dei reparti psichiatrici e dei servizi territoriali deve essere multiprofessionale e costituito da psicologi, assistenti sociali, medici, infermieri e altre figure professionali.

Ad un gruppo di lavoro formato da un medico, un assistente sociale e uno psico-

VIII LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

logo è demandato il compito di vagliare le dimissioni dei pazienti, siano essi ricoverati con trattamento sanitario volontario od obbligatorio.

È demandato inoltre al gruppo di lavoro il compito di vagliare le richieste di ricovero volontario.

ART. 6.

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

« Le misure di cui al secondo comma dell'articolo 33 della presente legge possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Il trattamento sanitario obbligatorio può essere adottato per i malati psichici che presentino gravi alterazioni mentali tali da richiedere urgenti interventi terapeutici.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 della presente legge da parte di un medico dell'unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto dal precedente comma ».

ART. 7.

Il quarto e quinto comma dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 sono sostituiti dai seguenti:

« La durata del trattamento sanitario obbligatorio non può essere inferiore ai 14 giorni; qualora si verificasse la necessità di un ulteriore prolungamento, il gruppo di lavoro responsabile di vagliare le dimissioni dei pazienti, composto da un medico, un assistente sociale e uno psicologo, 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, indicando la ulteriore data del trattamento stesso ».

« Il gruppo di lavoro di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare ».

ART. 8.

L'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è così modificato:

I commi primo, secondo e terzo sono sostituiti dai seguenti:

« In via del tutto transitoria ed in attesa che le unità sanitarie locali approntino i presidi territoriali ed i reparti psichiatrici organizzati presso gli ospedali generali, gli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori possono essere attuati negli ospedali psichiatrici.

Le regioni definiscono il termine entro cui deve cessare la deroga in base alla quale nei predetti ospedali possono ricoverarsi volontariamente, o con trattamento sanitario obbligatorio le persone affette da disturbi mentali, e disciplinano il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione correlativamente al loro rendersi disponibili.

Le regioni possono stipulare convenzioni con istituti di cura privati che svolgono attività psichiatrica. Detti istituti debbono essere dotati di strutture idonee, di personale qualificato e multiprofessionale e sottoposti a frequenti controlli da parte delle unità sanitarie locali.

ART. 9.

Il quinto e sesto comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 sono sostituiti dai seguenti:

« È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici; possono essere uti-

lizzati quelli esistenti come sezioni o divisioni di cui all'articolo 36 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, disciplinate ai sensi del secondo comma dell'articolo 17 della presente legge, ove non sia possibile istituire dette sezioni e divisioni nell'ambito delle strutture ospedaliere.

Le sezioni e divisioni di cui al comma precedente sono ordinate secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1969, n. 128 ».

ART. 10.

Sino all'adozione dei provvedimenti delegati di cui all'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli ospedali psichiatrici, sono quelle stabilite, rispettivamente, dagli articoli 4, 5 e 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.