

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 135

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ZANONE, BASLINI, BATTISTUZZI, BOZZI, D'AQUINO, DE LORENZO,  
DE LUCA, FACCHETTI, MELILLO, PATUELLI, SERRENTINO, STERPA**

*Presentata il 13 luglio 1983*

Modifiche agli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge  
23 dicembre 1978, n. 833, e nuove norme in materia  
di assistenza psichiatrica

ONOREVOLI COLLEGHI! — 1. La legge 14 febbraio 1904, n. 36, considerava l'internamento in manicomio come una limitazione della libertà personale, disposta, in via provvisoria o in via definitiva, nell'interesse pubblico ed in quello degli stessi malati, incapaci di difendersi contro i pericoli esterni e, pertanto, sia nell'un caso sia nell'altro, l'ammissione in manicomio poteva aver luogo solo su provvedimento dell'autorità giudiziaria richiesto da parenti, tutori o « da chiunque altro nell'interesse degli infermi e della società », e così pure la dimissione. I manicomi erano, quindi, intesi come istituzioni ad indirizzo prevalentemente « custodialistico ». La psichiatria del 1904 era ovviamente del tutto diversa da quella dei giorni nostri, non tanto per le possibilità

di diagnosi quanto per la mancanza di mezzi terapeutici veramente efficaci. Dal 1904 la terapia delle malattie mentali ha fatto registrare progressi enormi, con l'integrazione delle terapie biologiche, della psicofarmacologia e della psicoterapia. Può dirsi in termini generali che, con il passare del tempo, la scienza psichiatrica approntava e poteva utilizzare molteplici mezzi terapeutici che rendono ormai possibile, in tempi brevi, il recupero parziale o totale del malato, in alcuni casi senza nemmeno la necessità di ricovero ospedaliero. In Italia, il rinnovamento culturale e i progressi delle possibilità terapeutiche sfiorarono le strutture manicomiali. Vennero, quindi, a realizzarsi nelle istituzioni manicomiali condizioni di esistenza che si andavano allontanando sempre più dalla

qualità della vita dei cittadini non ricoverati e che divenivano incompatibili con il generale avanzamento della società civile.

È in questa situazione che si verifica una prima, radicale trasformazione del sistema di assistenza psichiatrica. La legge 18 marzo 1968, n. 431, « Provvidenze per l'assistenza psichiatrica », crea l'istituto della « ammissione volontaria » in manicomio. Con la stessa legge veniva poi abrogata la norma del codice di procedura penale relativa all'obbligo dell'annotazione nel casellario giudiziario dei provvedimenti di ricovero degli infermi per malattie mentali.

La richiesta di un *referendum* abrogativo dell'anacronistica legislazione manicomiale del 1904 spinse il Parlamento ad approvare in breve tempo, in attesa della riforma sanitaria, una nuova disciplina dell'assistenza psichiatrica con la legge 13 maggio 1978, n. 180, « Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori ».

La legge istitutiva del servizio sanitario nazionale promulgata alcuni mesi dopo assorbiva, negli articoli 33, 34, 35 e 64, i contenuti della legge 13 maggio 1978, n. 180, riaffermando, così, la volontà di reinserire la malattia psichica nel quadro generale della tutela della salute dei cittadini.

Questa nuova visione della malattia mentale come « una normale malattia, senza tutele differenziali » ha fatto sorgere una serie di problemi completamente nuovi ai quali spesso non si è data o potuta dare soluzione o la si è data in modo insufficiente.

La legge enunciava dei nuovi principi per la tutela sanitaria e giurisdizionale del malato di mente, ma avvertiva la relazione al disegno di legge: « l'introduzione di questi nuovi principi deve essere accompagnata dalla effettiva istituzione di adeguati servizi territoriali e dalla riorganizzazione dei presidi ambulatoriali e ospedalieri, con l'utilizzazione e la riqualificazione del personale addetto alle istituzioni psichiatriche, pena la vanificazione

di fatto di ogni intendimento riformatore ».

In realtà, la legge di riforma dell'assistenza psichiatrica non ha affatto risolto il problema della cura e dell'assistenza dei malati di mente, ma si è solo limitata all'abolizione dei manicomi e alla previsione di un alquanto fumoso decentramento psichiatrico, esonerando, di fatto, qualunque pubblica istituzione dalla responsabilità di prendersi cura del malato, il quale è stato o riconsegnato alla famiglia (che spesso non ha né la capacità, né la possibilità di assisterlo e che in molti casi è stata concausa dello scatenarsi della malattia mentale) o ricoverato in ospedali generali dove per lui non esiste né terapia, né protezione, abbandonato a sé stesso da un personale impreparato e timoroso.

Le esperienze vissute in più di quattro anni dalla promulgazione della legge 13 maggio 1978, n. 180, riteniamo abbiano dato ragione a quanti affermano la giustezza della legge nei suoi principi ispiratori di rispetto della dignità e della libertà della persona umana, ma che tale legge non è realizzabile a pieno per la presenza in essa di enunciazioni di principi che non rispecchiano adeguatamente le reali cognizioni scientifiche di malattia psichica e la realtà socio-culturale del nostro paese, permettendo, così, un evidente vuoto di strutture nell'assistenza dei malati di mente. Il problema non era e non è nella disputa dottrinarica sull'esistenza della malattia mentale, ma nella creazione di strutture non ghettizzanti ma specifiche per la prevenzione e la cura della malattia e per la riabilitazione e il reinserimento nella vita civile e produttiva del malato, tenendo sempre presente, però, che il contesto sociale in un sistema industrializzato come quello del nostro paese non è di quelli più agevoli, anche per certi pregiudizi ancestrali, per gestire una situazione relazionale « così disturbata e disturbante » come è quella che si impone al momento dell'insorgere di disturbi mentali. Già, infatti, in condizioni di « normalità » sono diventati difficili i rapporti interumani per cui è facile immaginarsi le

difficoltà quando un individuo tende alla dissociazione completa con il reale.

Alla luce di questa breve analisi appaiono consequenziali e logiche le gravi disfunzioni che si sono verificate nel corso di questi anni e di cui siamo spettatori inermi quando assistiamo ad eventi drammatici che un'accorta revisione della vigente legislazione in materia ci permetterebbe di contenere o di risolvere.

Per i motivi citati, noi liberali abbiamo deciso di presentare una proposta di legge che modifichi gli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i quali hanno recepito le norme della legge 13 maggio 1978, n. 180.

Nella nostra proposta di legge sottolineiamo la volontà di eliminare i manicomi-lager e di assicurare ai pazienti una qualificata e moderna assistenza attraverso adeguate e distinte strutture per malati acuti, lungodegenti e cronici, con dotazione di personale specializzato e rigorosamente dimensionate in quanto, a nostro avviso, la qualità dell'assistenza è inscindibilmente collegata alla dimensione ridotta della struttura di ricovero.

2. Di seguito si elencano brevemente i punti principali della proposta di legge liberale:

a) la convalida, della proposta motivata di un medico per qualsiasi tipo di trattamento sanitario obbligatorio, da parte di un medico della unità sanitaria locale competente per territorio e nel caso di malati di mente da parte di un medico specialista in psichiatria o in malattie nervose e mentali, ai fini di una migliore garanzia per l'infermo;

b) la costituzione all'interno del dipartimento per la tutela della salute mentale, oltre che dei servizi e presidi extra-ospedalieri, di specifiche strutture psichiatriche di ricovero alle quali si può accedere sia per ricovero volontario sia per ricovero obbligatorio. Tali strutture di ricovero sono:

per gli acuti, delle sezioni psichiatriche di ospedali generali o di cliniche

universitarie costituite da appositi locali con non più di trenta posti-letto ciascuna;

per i malati di mente che necessitano di un trattamento sanitario prolungato (lungodegenti), delle strutture sanitarie con non più di centoventi posti-letto, organizzate come ospedali specializzati con servizi idonei a seguire il malato anche dopo la sua dimissione (ambulatori e strutture a ricovero parziale come gli ospedali di giorno e gli ospedali di notte, ecc.), ed inseribili anche in strutture ospedaliere generali;

per i malati di mente cronici, delle strutture sanitarie di centoventi posti-letto, organizzate come ospedali ed inseribili in strutture che ricoverano i malati cronici di qualsiasi tipo;

c) il numero di posti-letto per regione delle tre strutture di ricovero di cui alla lettera b) è fissato dal piano sanitario regionale e non può essere comunque inferiore a uno ogni 10.000 abitanti per le strutture per acuti, a due ogni 10.000 abitanti per le strutture per lungodegenti, a cinque ogni 10.000 abitanti per le strutture per cronici;

d) la possibilità di stipulare, da parte delle regioni, convenzioni con le università ai fini della gestione dei servizi per la tutela della salute mentale;

e) le regioni individuano le istituzioni private di ricovero e cura in possesso dei requisiti di legge e le autorizzano ad attuare i trattamenti sanitari per malati di mente in regime di ricovero, e, inoltre, possono stipulare convenzioni, con le strutture di ricovero private autorizzate, ai fini del trattamento sanitario obbligatorio e volontario;

f) la possibilità, al fine di non perdere un patrimonio di strutture e di assistenza esistente, di riutilizzare ex ospedali psichiatrici, riattati, come strutture di ricovero per malati di mente lungodegenti o per cronici e la possibilità di utilizzare gli attuali ospedali psichiatrici per il ricovero di malati di mente per un periodo massimo di due anni;

g) l'istituzione, presso determinati pronto soccorsi, di un servizio speciale per interventi di urgenza e avviamento al trattamento sanitario obbligatorio per malati di mente; tale servizio dovrà prestare le prime cure necessarie e smistare l'infermo verso le strutture di ricovero per acuti o per lungodegenti o per cronici del territorio, le quali dimostrino disponibilità di posti-letto;

h) la possibilità del servizio, di cui alla lettera precedente, di ricoverare, anche tramite l'autorità di pubblica sicurezza, il malato di mente nei casi di necessità e per garantire la sua protezione, in attesa del provvedimento del sindaco che dispone il trattamento sanitario obbligatorio;

i) l'attuazione del regime di trattamento sanitario obbligatorio anche nei casi in cui i familiari o chi ne fa le veci non possano provvedere all'assistenza dell'infermo che si trovi in condizioni di insufficiente livello di autonomia: sempre nella considerazione che il ricovero obbligatorio è una misura eccezionale;

l) il termine non più di sette giorni ma di quindici per la scadenza del primo provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio; la protrazione massima di tale termine per quindici giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per acuti, per trenta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per lungodegenti, per novanta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per cronici. Inoltre, possibilità di ulteriori proroghe con le stesse modalità delle precedenti;

m) il termine alle regioni (tre anni) per creare le nuove strutture e l'individuazione da parte delle regioni delle strutture provvisorie; la facoltà del Ministro della sanità di sostituirsi alle regioni inadempienti privandole di una parte della quota di ripartizione del fondo sanitario nazionale loro spettante;

n) la delega al Governo per l'emanazione di norme per la realizzazione di

strutture speciali di ricovero che sostituiscano i manicomi giudiziari e la possibilità di trattenimento (un anno) in esse del malato di mente ancora pericoloso, sempre con la tutela giurisdizionale prevista per i malati di mente sottoposti al trattamento sanitario obbligatorio;

o) la copertura finanziaria prevista per il 1983 in 500 miliardi di lire.

3. Si passa ora all'esame degli articoli.

L'articolo 1 modifica il terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, prevedendo la convalida di un medico dell'unità sanitaria locale alla proposta motivata del medico che richiede l'accertamento o il trattamento sanitario obbligatorio.

L'articolo 2 modifica il quarto e il quinto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Prevede la possibilità di trattamento sanitario obbligatorio anche nei casi in cui i familiari o chi ne fa le veci non possano provvedere all'assistenza del malato di mente che si trovi in condizioni di insufficiente livello di autonomia e stabilisce, per maggior competenza, che nel caso di malati di mente la convalida di cui al precedente articolo sia data da un medico dell'unità sanitaria locale specialista in psichiatria o in malattie nervose e mentali.

Conferma, infine, la struttura dipartimentale del servizio per la tutela della salute mentale di cui devono far parte specifiche strutture di ricovero alle quali si potrà accedere anche attraverso il ricovero volontario.

Con l'articolo 3 si inseriscono nella legge istitutiva del servizio sanitario nazionale le strutture di ricovero per malati di mente distinte in tre livelli:

per le affezioni mentali acute è costituita, in ospedali generali o in cliniche universitarie, da individuare da parte della regione, una apposita sezione con camere di degenza con non più di quattro posti-letto per un totale massimo di trenta posti-letto, la sezione potrà essere au-

tonoma od essere aggregata alla divisione di neurologia; il numero di posti-letto per regione è fissato dal piano sanitario regionale e non deve essere inferiore ad un posto-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione;

per i malati di mente che necessitano di un trattamento sanitario prolungato sono costituite delle strutture sanitarie con non più di centoventi posti-letto, aventi struttura ospedaliera ed inseribili in una struttura ospedaliera generale, tali strutture dovranno disporre di servizi sanitari, aree ed attrezzature per il recupero sociale del malato; il numero dei posti-letto per regione è fissato dal piano sanitario regionale e non deve essere inferiore a due posti-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione;

per i malati di mente cronici sono costituite delle strutture sanitarie con non più di centoventi posti-letto, aventi una struttura ospedaliera ed inseribili in strutture sanitarie che ricoverano anche infermi cronici affetti da malattie diverse da quelle mentali, queste strutture devono essere fornite di zone a verde all'esterno e spazi di socializzazione all'interno; il numero dei posti-letto per regione è fissato dal piano sanitario regionale e non deve essere inferiore a cinque posti-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione.

È previsto, infine, che gli edifici degli ex ospedali psichiatrici, opportunamente ristrutturati, potranno essere utilizzati per costituirci sia strutture di ricovero per trattamento sanitario prolungato sia strutture di ricovero per cronici, ma in ogni caso il numero totale dei malati di mente non potrà essere superiore a centottanta.

L'articolo 4 prevede che il servizio per la tutela della salute mentale possa essere gestito, previa convenzione con la regione, dalle cliniche universitarie.

Le regioni autorizzano istituti privati, che rispondono alle caratteristiche di legge, al ricovero di malati di mente.

L'articolo 5 prevede la diffusione presso pronto soccorsi generali di un servizio

speciale che presti gli eventuali interventi terapeutici di urgenza in attesa del provvedimento del sindaco e provveda, entro quarantotto ore dall'emanazione del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio, ad avviare il malato di mente, secondo i casi, presso le strutture di ricovero pubbliche o convenzionate per acuti, per lungodegenti o per cronici che dimostrino disponibilità di posti-letto.

Qualora nel territorio di competenza non risultassero posti-letto disponibili, il servizio provvederà, sentiti i servizi della stessa provincia o delle province della regione, a trasportare, sempre con propri mezzi, il malato di mente nelle strutture di ricovero pubbliche o convenzionate che dimostrino disponibilità di posti-letto. Infine, l'articolo dispone, nel caso in cui il malato di mente ne abbia bisogno anche ai fini della propria e dell'altrui protezione, l'obbligo di procedere da parte del servizio speciale o delle autorità di pubblica sicurezza all'immediato ricovero dello stesso.

L'articolo 6 modifica il quarto e il quinto comma dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, portando a quindici giorni la durata del primo provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio che potrà essere di volta in volta protratto di quindici giorni se il paziente è ricoverato presso una sezione psichiatrica di ospedali generali o di cliniche universitarie, di trenta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per il trattamento sanitario prolungato, di novanta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per cronici.

L'articolo 7 modifica il primo e il secondo comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Prevede il potere da parte delle regioni di definire il termine entro cui dovrà cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati coloro che necessitano di trattamento psichiatrico in condizione di degenza sia per ricovero volontario sia per trattamento sanitario obbligatorio.

Tale deroga non potrà comunque protrarsi oltre due anni dall'entrata in vigore delle norme di modifica. L'articolo prevede, infine, la possibilità di convenzioni, tra regioni e istituti privati autorizzati, per il trattamento sanitario volontario od obbligatorio dei malati di mente.

L'articolo 8 sopprime il terzo e il sesto comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il terzo comma vietava, ai fini dell'assistenza psichiatrica, la utilizzazione dei vecchi ospedali psichiatrici e l'istituzione in ospedali generali di sezioni psichiatriche. Il sesto comma prevedeva l'ordinamento dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura sostituiti con la presente proposta di legge da nuove strutture di ricovero.

L'articolo 9 fissa in tre anni dall'entrata in vigore della legge il termine entro il quale le regioni dovranno creare ed organizzare i servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri per la tutela della salute mentale. Le regioni, inoltre, individuano le strutture entro cui realizzare il regime di ricovero obbligatorio in attesa della rea-

lizzazione delle nuove strutture psichiatriche di ricovero.

L'articolo 10 conferisce al Ministro della sanità il potere di sostituirsi alle regioni che non provvedano all'istituzione e all'organizzazione delle strutture psichiatriche previste dalla presente proposta di legge. In caso di intervento sostitutivo sarà sottratto, dalle quote di ripartizione del fondo sanitario nazionale spettanti alla regione inadempiente, l'insieme delle spese e degli impegni finanziari necessari all'intervento ministeriale.

L'articolo 11 affida la delega al Governo per riformare i manicomi giudiziari. In ogni caso, le norme delegate dovranno conformarsi ai principi di rispetto e salvaguardia della personalità del malato di mente e dovranno rendere possibile la guarigione e la riabilitazione dello stesso, assicurando il più possibile la non pericolosità del soggetto dimesso.

L'articolo 12 stabilisce la copertura finanziaria per il 1983 in lire 500 miliardi da attingere dai fondi di dotazione degli enti di gestione delle partecipazioni statali.

## PROPOSTA DI LEGGE

---

### ART. 1.

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

« Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria entro quarantotto ore dalla proposta motivata di un medico dell'unità sanitaria locale nel cui territorio si trova la persona da sottoporre al trattamento. La proposta motivata non necessita di convalida nel caso in cui sia espressa da un medico dell'unità sanitaria locale nel cui territorio si trova la persona da sottoporre al trattamento ».

### ART. 2.

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

« Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza presso le strutture di ricovero dei servizi psichiatrici solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo, nei casi in cui i familiari o chi ne fa le veci non siano in grado di provvedere all'assistenza del malato di mente con insufficiente livello di autonomia e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie che non comportino il ricovero. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico specialista in psichiatria o in malattie nervose e men-

tali dell'unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

Nei casi di cui al precedente comma il ricovero deve essere attuato in specifiche strutture psichiatriche all'interno del servizio dipartimentale per la tutela della salute mentale comprendente anche i presidi e i servizi extraospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica degli interventi nei tre momenti di prevenzione, cura e riabilitazione. A tali strutture si potrà accedere anche attraverso il ricovero volontario ».

#### ART. 3.

Dopo l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« ART. 34-bis. — Per le affezioni acute, che necessitano di un intervento terapeutico di tipo essenzialmente sanitario, il ricovero deve essere effettuato presso sezioni psichiatriche di diagnosi e cura di ospedali generali o di cliniche universitarie. A tal fine le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano gli ospedali o le cliniche universitarie presso i quali deve essere istituita una sezione psichiatrica autonoma di diagnosi e cura od una sezione da aggregare alla divisione di neurologia. Tale sezione deve essere costituita da appositi ed idonei locali che corrispondano alle esigenze del disturbo psichico, deve essere dotata di adeguato organico per l'assistenza intensiva e non deve avere un numero di posti-letto superiore a trenta. Le camere di degenza per il ricovero dei malati di mente non devono ospitare un numero di posti-letto superiore a quattro.

Il numero di posti-letto per regione delle sezioni psichiatriche di diagnosi e cura presso gli ospedali generali e le cliniche universitarie deve essere fissato dal piano sanitario regionale e, comunque, non deve essere inferiore ad un posto-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione.

Per le affezioni acute e per le riacutizzazioni di affezioni croniche, che necessitano di un intervento terapeutico di più lunga durata e di tipo prevalentemente sanitario, il ricovero deve essere effettuato presso strutture apposite per il trattamento sanitario prolungato.

Le strutture di ricovero per il trattamento sanitario prolungato devono essere dotate di adeguato organico per l'assistenza ordinaria, avere non più di centoventi posti-letto, avere la struttura interna, la dotazione strumentale, diagnostica e terapeutica di ospedale specializzato ed essere dotate di servizi di consulenza di medicina generale e chirurgia generale e di ogni altro servizio in quanto necessario alla sua specifica natura, collegato funzionalmente con gli altri servizi operativi dell'unità sanitaria locale per la tutela della salute mentale. Inoltre, le strutture di ricovero per il trattamento sanitario prolungato devono disporre di aree e attrezzature per lo svolgimento di attività atte al recupero sociale del malato e possono essere costituite all'interno di strutture ospedaliere di cui all'articolo 17 della presente legge.

Il numero di posti-letto per regione delle strutture di cui al comma precedente deve essere fissato dal piano sanitario regionale e, comunque, non deve essere inferiore a due posti-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione.

Per l'assistenza dei malati di mente colpiti da affezioni croniche, il ricovero deve essere effettuato presso strutture sanitarie con un numero di posti-letto non superiore a centoventi, con adeguato organico per l'assistenza ordinaria, ed aventi la struttura interna prevista dall'articolo 38 della legge 12 febbraio 1968, n. 132. Le strutture di ricovero per malati di mente cronici possono essere costituite all'interno di strutture sanitarie per ospedalità residenziale protratta e devono disporre di sufficienti zone a verde all'esterno ed adeguati spazi di socializzazione all'interno.

Gli edifici degli ex ospedali psichiatrici, opportunamente ristrutturati secondo le norme della presente legge, possono essere utilizzati sia per istituirci strutture di ricovero per trattamento sanitario prolun-

gato sia strutture di ricovero per cronici. In nessun caso gli edifici degli ex ospedali psichiatrici possono essere usati per il ricovero di un numero complessivo di malati di mente, cronici e in trattamento sanitario prolungato, superiore a centottanta.

Il numero di posti-letto per regione delle strutture di ricovero per malati di mente cronici deve essere fissato dal piano sanitario regionale e, comunque, non deve essere inferiore a cinque posti-letto ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della regione ».

#### ART. 4.

Dopo l'articolo 34-*bis* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« ART. 34-*ter*. — Il servizio per la tutela della salute mentale, di cui al primo comma dell'articolo 34, è svolto da personale con rappresentatività multiprofessionale secondo le percentuali che saranno previste dal piano sanitario regionale.

Per la gestione dei servizi per la tutela della salute mentale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stipulare convenzioni con le università aventi sede nei loro territori. Deve essere assicurata alle università l'autonomia di direzione e di gestione dei servizi di tutela della salute mentale, nonché la possibilità di organizzare gli stessi a favore di bacini di utenza multizonale tenendo conto delle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti prescritti dalla presente legge e dalle leggi regionali, nelle quali possono essere attuati trattamenti sanitari in regime di ricovero per i malati di mente. Con legge regionale è disciplinata la vigilanza sulle istituzioni private che svolgono attività psichiatrica ».

**ART. 5.**

Dopo l'articolo 34-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« **ART. 34-quater.** — Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono all'istituzione, presso pronto soccorsi di ospedali generali o di cliniche universitarie, di servizi speciali per interventi di urgenza e avviamento al trattamento sanitario obbligatorio per i malati di mente, assicurandone la massima diffusione nel territorio in rapporto alla popolazione residente.

Il servizio per interventi di urgenza e avviamento al trattamento sanitario obbligatorio deve prestare gli eventuali interventi terapeutici di urgenza in attesa del provvedimento del sindaco che dispone il trattamento sanitario obbligatorio e, entro quarantotto ore, avviare il malato di mente, ove possibile nel rispetto del diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura e nella salvaguardia della continuità terapeutica, presso le strutture pubbliche o convenzionate di ricovero per malati di mente esistenti nel territorio di sua competenza. Qualora il servizio per interventi di urgenza e avviamento al trattamento sanitario obbligatorio accerti la non disponibilità di posti-letto da parte delle strutture pubbliche e convenzionate di ricovero per malati di mente del proprio territorio, ha l'obbligo, sentiti i servizi della stessa provincia e delle altre province della regione, di avviare con propri mezzi il malato di mente al trattamento sanitario obbligatorio presso quelle strutture pubbliche o convenzionate di ricovero per malati di mente esistenti nella regione che dimostrino disponibilità di posti-letto, con priorità alle strutture ubicate nella medesima provincia.

Nei casi in cui l'ammalato di mente ne abbia bisogno, anche ai fini della propria e dell'altrui protezione, il servizio psichiatrico per interventi di urgenza oppure l'autorità di pubblica sicurezza deve procedere all'immediato ricovero dello stesso

in attesa del provvedimento del sindaco da emanarsi entro quarantotto ore. In tal caso il responsabile del servizio fa la proposta motivata di cui al terzo comma dell'articolo 33.

Il servizio per interventi di urgenza e avviamento al trattamento sanitario obbligatorio provvede con propri mezzi ad avviare i malati di mente presso le rispettive strutture di ricovero previste dalla presente legge. Qualora il malato di mente, ricoverato presso le strutture di ricovero per acuti necessiti di trattamento sanitario prolungato o venga riconosciuto cronico, il servizio provvede con propri mezzi su richiesta del medico responsabile della sezione psichiatrica al suo avviamento presso le strutture di ricovero per trattamento sanitario prolungato o per cronici, sempre nel rispetto di quanto previsto dal quarto comma dell'articolo 34.

Sino all'adozione dei piani sanitari regionali, i servizi di cui al presente articolo sono ordinati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1979, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali.

#### ART. 6.

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

« Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'unità sanitaria locale, su richiesta motivata del sanitario responsabile della struttura di ricovero, è tenuto a formulare 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 al secondo comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata del trattamento stesso. Tale durata non può essere superiore a:

a) quindici giorni se il paziente è ricoverato presso una sezione psichiatrica

di diagnosi e cura di ospedali generali o di cliniche universitarie ove i ricoveri devono essere contenuti di norma entro trenta giorni ed, eccezionalmente, entro quarantacinque giorni;

b) trenta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura per il trattamento sanitario prolungato;

c) novanta giorni se il paziente è ricoverato presso una struttura sanitaria per cronici.

Qualora si rendessero necessari periodi di proroga essi dovranno essere disposti con le modalità di cui al precedente comma.

Il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'unità sanitaria locale, su richiesta del sanitario responsabile della struttura di ricovero, è tenuto a comunicare al sindaco sia in caso di dimissione del ricoverato sia in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì l'eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro quarantotto ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare ».

#### ART. 7.

Il primo ed il secondo 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 la diversa utilizzazione, correlativamente al loro rendersi disponibili, delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. La regione provvede a definire il termine entro cui deve cessare la temporanea deroga per cui negli ospedali psichiatrici possono essere ricoverati coloro che necessitano di trattamento psichiatrico in condizione di degenza ospedaliera sia per ricovero volontario sia per trattamento sanitario obbli-

gatorio. Tale deroga non può comunque protrarsi oltre due anni dall'entrata in vigore delle presenti norme. Entro la stessa data devono improrogabilmente risolversi le convenzioni di enti pubblici con istituti di cura privati che, attraverso convenzioni con le amministrazioni provinciali, svolgono per conto di queste funzioni di ospedali psichiatrici.

In relazione alle esigenze assistenziali, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stipulare convenzioni con le istituzioni private di ricovero e cura, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 34-ter, per il trattamento sanitario obbligatorio o volontario dei malati di mente ».

#### ART. 8.

Il terzo ed il sesto comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

#### ART. 9.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, alla creazione e alla organizzazione dei servizi di cui al primo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in modo da consentire una utilizzazione ottimale degli stessi da parte dell'utenza.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le strutture entro cui realizzare il regime di ricovero obbligatorio per malati di mente in attesa della realizzazione delle nuove strutture di cui all'articolo 34-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, previsto dall'articolo 3 della presente legge.

#### ART. 10.

Entro il 31 dicembre di ogni anno, le regioni dovranno comunicare al Ministro

della sanità i provvedimenti adottati per l'istituzione e l'organizzazione delle strutture psichiatriche previste dalla presente legge. In carenza, il Ministro della sanità è tenuto a disciplinare con proprio atto le norme risultanti parzialmente o totalmente disattese; a tal fine è sottratto dalle quote di ripartizione del fondo sanitario nazionale spettanti alle regioni inadempienti l'insieme delle spese e degli impegni finanziari previsti per l'intervento ministeriale sostitutivo.

#### ART. 11.

Il Governo della Repubblica, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, è delegato ad emanare nuove norme per la costituzione di strutture speciali di ricovero adibite all'assistenza, cura e vigilanza degli imputati prosciolti a norma degli articoli 88, 95 e 96 del codice penale e dei ricoverati nei manicomi giudiziari. Tali norme si devono conformare ai principi di rispetto e di salvaguardia della personalità del malato di mente e devono tendere alla guarigione e alla riabilitazione dello stesso.

Qualora, trascorso il periodo di ricovero ordinato dall'autorità giudiziaria non sia accertata a giudizio della direzione sanitaria della struttura di ricovero speciale la non pericolosità del soggetto, il giudice tutelare dispone, dopo perizia psichiatrica, il trattenimento del malato nella struttura di ricovero medesima per un periodo non superiore ad un anno. Nel caso si rendessero necessari ulteriori periodi di proroga essi dovranno essere disposti con le modalità di cui al presente comma. Per la tutela giurisdizionale del soggetto si applica l'ottavo, il nono, il decimo, l'undicesimo, il dodicesimo, il tredicesimo, il quattordicesimo e il quindicesimo comma, dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La struttura di ricovero speciale deve essere strutturata in modo da poter ospitare i lungodegenti ed i cronici.

**ART. 12.**

All'onere derivante dall'applicazione della presente legge, previsto per l'anno 1983 in 500 miliardi di lire, si provvede mediante aumento di tale importo del fondo sanitario nazionale, capitolo n. 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.

Del medesimo importo di 500 miliardi di lire viene ridotto il capitolo n. 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro riducendo lo specifico accantonamento denominato « conferimento ai fondi di dotazione degli enti di gestione delle partecipazioni statali ».

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