

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 1489

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**POGGIOLINI, BATTAGLIA, MARTINO, ARISIO, CASTAGNETTI, CIFARELLI, DA MOMMIO, DI BARTOLOMEI, DI RE, DUTTO, ERMELLI CUPELLI, FUSARO, GERMANÀ, GUNNELLA, MONDUCCI, NUCARA, PELLICANÒ**

*Presentata il 26 marzo 1984*

**Istituzione del Dipartimento per la tutela della salute mentale e nuove norme in materia di assistenza psichiatrica**

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge 23 dicembre 1978, n. 833, sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale, facendo proprie le disposizioni dettate con la legge n. 180 dello stesso anno, ha completamente innovato il sistema degli accertamenti e dei trattamenti sanitari per le malattie mentali, muovendo dal principio fondamentale — affermatosi negli anni precedenti in rapporto ai progressi della scienza psichiatrica — che la malattia mentale va riguardata alla stregua di qualsiasi altra forma morbosa e non deve essere quindi oggetto di tutela differenziata.

Posto che il paziente psichiatrico deve essere equiparato nei suoi diritti assistenziali a qualsiasi altro cittadino ammalato, il corollario di questa nuova concezione della malattia mentale è stato quello della soppressione della istituzione manicomiale considerata, non a torto, come

strumento di emarginazione dei cittadini infermi di mente, nella quale si realizzavano condizioni di esistenza sempre più lontane dalla qualità della vita degli altri cittadini e incompatibili quindi con i principi su cui si basa una convivenza civile e democratica.

Obiettivo della legge era dunque quello di superare l'indirizzo prevalentemente custodialistico della assistenza ai malati di mente, disciplinata dal precedente ordinamento e di rendere possibile una assistenza che garantisse effettivamente la diagnosi e la cura della malattia mentale e quindi gli interventi necessari per la riabilitazione ed il recupero dell'infermo fino al suo definitivo reinserimento nella vita associata e nelle attività lavorative.

A garanzia del perseguimento di questi obiettivi la legge ha posto precisi e severi limiti al ricovero ospedaliero del

malato mentale prevedendo anzitutto un provvedimento autorizzativo del sindaco (sottraendo all'autorità giudiziaria i compiti precedentemente svolti), limitando a soli sette giorni il ricovero obbligatorio in reparti psichiatrici ricavati negli ospedali generali e demandando quindi alle regioni e alle Unità sanitarie locali, in attuazione dei piani sanitari regionali, la realizzazione di servizi ambulatoriali extraospedalieri di igiene mentale che dovevano assolvere sul territorio quella funzione assistenziale e riabilitativa che era negli obiettivi della legge.

Senonché, la legislazione del 1978 non ha tenuto conto della vasta problematica e delle effettive esigenze assistenziali connesse alle affezioni acute a decorso prolungato e a quelle croniche, per le quali non è sufficiente il trattamento sanitario praticabile nel breve periodo di degenza ospedaliera consentito dalle disposizioni vigenti; al tempo stesso l'assistenza curativa e riabilitativa prestata al malato dalle strutture extraospedaliere — quand'anche queste ultime fossero realizzate in tutto il territorio nazionale — potrebbe risultare idonea in taluni casi di affezioni acute, ma non può esserlo assolutamente nei confronti di quelle croniche specie se conseguenti a lesioni neurologiche gravi, che privino il malato di ogni autosufficienza o lo esponano a situazioni di rischio per l'incolumità fisica sua e delle persone che lo circondano.

Inoltre, l'attuazione di una così radicale ed importante riforma ha coinciso con l'attuazione della riforma sanitaria e ha risentito di tutte le difficoltà e i limiti di quest'ultima. Cosicché è mancata finanche la realizzazione di quei servizi extraospedalieri che avrebbero dovuto in qualche modo e sia pure insufficientemente, affrontare la realtà dell'assistenza al malato psichico al di fuori dei servizi di diagnosi e cura ospedalieri.

Al legislatore del 1978 non era sfuggito del resto, come risulta dalla relazione al disegno di legge poi tradotto nella legge n. 180, che « l'introduzione di questi nuovi principi deve essere accompagnata dalla effettiva istituzione di adeguati ser-

vizi 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 definitiva la riforma dell'assistenza psichiatrica — vuoi per le impostazioni squisitamente ideologiche che ne hanno travisato i contenuti tecnici, vuoi per le oggettive lacunosità normative, vuoi per la sua mancata realizzazione nella maggior parte delle regioni anche per effetto dell'inadeguatezza dei mezzi finanziari disponibili — ha completamente mancato il suo obiettivo di fondo che era quello di risolvere il problema della cura e dell'assistenza riabilitativa del malato di mente. L'unico risultato conseguito è stata l'abolizione dei manicomi ma ciò ha comportato, di fatto, in molte regioni, che dopo il breve e spesso inutile ricovero ospedaliero, il malato è stato abbandonato a sé stesso ovvero riconsegnato alla famiglia.

Le drammatiche situazioni di insostenibile disagio e di disperazione, talvolta di autentico pericolo per la incolumità delle persone, in cui sono state in tal modo gettate numerose famiglie e gli stessi ammalati più gravi non può essere più oltre tollerata e richiede, per unanime convinzione, l'adozione di misure di revisione legislativa e di riorganizzazione del settore, proprio allo scopo di garantire nei fatti, attraverso la tutela della salute mentale, la libertà e la dignità dei cittadini colpiti da affezioni psichiche.

La presente proposta di legge affronta questo grave problema della società italiana, nello spirito del definitivo superamento di ogni residuo dell'istituzione manicomiale, con il duplice obiettivo:

di realizzare in concreto sul territorio un sistema organico di tutela della salute mentale, coordinato con le altre strutture sanitarie delle Unità sanitarie locali e basato su una rete di presidi dipartimentali per la prevenzione e la cura della malattia psichica, per la riabilitazione del dimesso dai luoghi di cura e per il suo

reintegro nella vita sociale e nell'attività produttiva;

di garantire comunque, in questo contesto organizzativo e nella odierna concezione dinamica, curativa e riabilitativa, della malattia mentale, forme appropriate di assistenza ai malati acuti e cronici abbisognevole di trattamenti terapeutici prolungati in condizioni di degenze ospedaliere di speditività residenziale protratta.

Nel quadro di questi obiettivi, la proposta in esame prevede anzitutto la istituzione con legge regionale del dipartimento per la tutela della salute mentale, come complesso di servizi e di strutture operative di una o più unità sanitarie locali a seconda delle esigenze assistenziali che saranno rilevate a livello territoriale.

In proposito viene confermato l'indirizzo già contenuto nella legge n. 833 del 1978 e prima ancora nella legge n. 180, ma, tenuto conto dell'esperienza, vengono anche dettate norme più puntuali e vincolanti per quanto riguarda la tipologia dei servizi e delle strutture dipartimentali e i requisiti minimi che essi devono possedere, e ciò al fine di assicurare sufficiente uniformità dei criteri su cui si basa il sistema di tutela e quindi del livello qualitativo e quantitativo dell'assistenza garantita ai cittadini sul piano nazionale.

L'articolo 1, sostituendo integralmente il testo attuale dell'articolo 34 della legge n. 833 del 1978, precisa infatti che il dipartimento per la tutela della salute mentale — che deve operare in stretto coordinamento con tutti gli altri servizi dell'Unità sanitaria locale per la tutela della salute — comprende:

i servizi psichiatrici ambulatoriali e domiciliari, ai quali è affidato il compito di svolgere in termini globali tutti gli interventi finalizzati alla tutela della salute mentale sia sul piano preventivo che curativo e riabilitativo in modo da rendere possibile, da una parte, la diagnosi precoce e la cura tempestiva delle affezioni psichiche e, dall'altra, una efficace as-

sistenza curativa e riabilitativa, così da ridursi al minimo indispensabile i ricoveri ospedalieri.

Nella moderna concezione dell'assistenza al malato psichico, i servizi del territorio rappresentano il cardine e il fulcro dell'intero sistema di tutela della salute mentale e l'efficacia della loro azione sul piano terapeutico è il presupposto essenziale per limitare al massimo la durata della degenza ospedaliera e dei trattamenti sanitari obbligatori. È evidente infatti che l'intervento dei servizi extraospedalieri, anche in ambito domiciliare, assume decisiva importanza nei confronti dei dimessi dai luoghi di cura e dei soggetti colpiti da alterazioni psichiche non gravi, i quali possono ricevere le cure e i trattamenti riabilitativi di cui necessitano;

i servizi psichiatrici di ricovero, articolati in servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali; in servizi di psicoriabilitazione per trattamenti sanitari prolungati; e in servizi di assistenza psichiatrica per soggetti colpiti da affezioni croniche che richiedano un trattamento sanitario in condizioni di speditività residenziale protratta.

I servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali attuano un intervento terapeutico, per così dire di primo livello, avente durata limitata in quanto destinata a fronteggiare le forme acute, a diagnosticare la natura della sofferenza psichica e ad assicurare in ogni caso l'assistenza urgente. Avuto riguardo a queste finalità e tenuto conto di una esigenza ovviamente avvertita dalla popolazione, la proposta prevede che presso tali servizi debba essere assicurato un servizio di pronto soccorso psichiatrico con orario di attività di 24 ore su 24 per sette giorni alla settimana.

A conclusione del periodo massimo consentito di degenza nel servizio di diagnosi e cura presso l'ospedale generale, il paziente, se l'episodio acuto si è esaurito, viene dimesso e affidato ai servizi di assistenza extraospedaliera per le ulteriori terapie anche domiciliari e per essere

aiutato a reinserirsi nella famiglia e nella società, quando invece, si sia manifestata la necessità di un trattamento terapeutico intensivo o più complesso, specie a fini psicoriabilitativi, in condizioni di degenza ospedaliera, viene affidato alle cure di strutture specializzate che per requisiti ambientali e organizzativi, per attrezzature e per dotazioni di personale siano idonei ad assicurare siffatti trattamenti.

A loro volta, i servizi di assistenza psichiatrica in condizioni di ospedalità residenziale protratta assicurano la prosecuzione del trattamento terapeutico e appropriata assistenza nei confronti dei malati cronici, cioè in tutti quei casi in cui, in base alle odierne conoscenze della scienza psichiatrica, non può ragionevolmente sperarsi in un recupero a breve o medio termine, di condizioni di autosufficienza e di coscienza della malattia. Allo stato attuale il malato mentale cronico esiste e proprio l'esperienza della riforma psichiatrica ha dimostrato che se esso è stato in passato anche un prodotto del manicomio, di norma lo è dello sviluppo inesorabile di certe malattie psichiche che la scienza medica non è ancora in grado di curare. È quindi necessario garantire a queste persone un'esistenza dignitosa in ambienti protetti e la prosecuzione di ogni tentativo terapeutico di recupero anche parziale che consenta la dimissione del malato (specie di quello che sia solo incapace di provvedere materialmente a se stesso, ma non sia potenzialmente pericoloso) e forme di assistenza extraospedaliera;

servizi di assistenza in comunità terapeutiche e residenze protette per pazienti in trattamento sanitario volontario che necessitino, dopo gli interventi terapeutici delle forme acute, di ulteriori trattamenti a scopo riabilitativo in apposite strutture, specie ai fini del loro reinserimento in un'attività lavorativa, ovvero di riacquistare la capacità di autogestirsi prima di essere reintrodotti nella vita sociale.

Lo stesso articolo 1 della proposta stabilisce quindi alcuni parametri di riferi-

mento per la organizzazione dei servizi dipartimentali, prevedendo in particolare che al dipartimento per la tutela della salute mentale deve essere preposto un medico specialista in psichiatria appartenente alla posizione funzionale apicale con il compito di assicurare il coordinamento e l'integrazione, ai fini della continuità terapeutica, di tutte le attività svolte dai diversi servizi, presidi e strutture di assistenza psichiatrica. La determinazione degli organici del personale dei diversi profili di cui devono essere dotati i servizi dipartimentali viene demandata alla legge regionale che vi provvederà tenendo conto delle specifiche esigenze assistenziali.

Allo stesso modo spetterà alla pianificazione sanitaria regionale adeguare il numero dei posti letto delle strutture di ricovero che comunque non dovrà essere inferiore ai parametri minimi e massimi stabiliti dalla legge dello Stato. Precise indicazioni vengono fornite al legislatore regionale anche per quanto riguarda le altre caratteristiche organizzative e funzionali delle strutture assistenziali.

L'articolo in esame detta infine norme sulle convenzioni che le regioni potranno stipulare con le cliniche universitarie ai sensi dell'articolo 39 della legge n. 833, al fine del più ampio inserimento di tali strutture nel sistema di tutela della salute mentale, con possibilità di una loro utilizzazione in favore dei bacini di utenza multizonale o addirittura interregionale.

Viene inoltre ammessa la possibilità per la regione di avvalersi, sulla base di convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 44 e dell'articolo 45 della legge n. 833 del 1978, di case di cura e altre istituzioni sanitarie private e di associazioni di volontariato per attività assistenziali in campo psichiatrico, esclusa comunque l'erogazione di trattamenti sanitari obbligatori.

L'articolo 2 disciplina, con norme tassative e particolarmente dettagliate, i provvedimenti relativi agli accertamenti e ai trattamenti sanitari obbligatori e le

relative procedure, a modifica dell'articolo 35, commi primo e settimo, tenuto conto della nuova articolazione dei servizi dipartimentali per la cura delle malattie mentali in condizioni di degenza ospedaliera o di speditività residenziale protratta.

Oltre a porre, per le ipotesi di prosecuzione del ricovero per trattamento sanitario obbligatorio precise garanzie a tutela dell'infermo, non meno rigorose di quelle previste dalle disposizioni vigenti, la proposta in esame eleva da sette a quindici giorni la durata del trattamento presso i servizi di diagnosi e cura degli ospedali generali, prorogabili fino al massimo di trenta giorni, sempre su provvedimento del sindaco, soggetto a convalida del giudice tutelare.

Il periodo massimo di due settimane attualmente consentito per il ricovero ospedaliero è stato unanimemente riconosciuto insufficiente in molti casi anche solo per il superamento della fase acuta della malattia. L'esperienza suggerisce infatti che difficilmente il periodo di ricovero può essere inferiore ai 20-40 giorni se si vuole raggiungere non solo una transitoria remissione sintomatologica, ma anche una iniziale coscienza di malattia che permetta di dimettere una persona disposta a curarsi e a collaborare con coloro che l'aiuteranno in sede extraospedaliera.

Altra modifica di rilievo, rispetto alla legislazione vigente, anch'essa rispondente ad avvertite esigenze della collettività e soprattutto delle famiglie, è rappresentata dalla possibilità di accompagnamento dell'infermo, ad opera dell'autorità di pubblica sicurezza, al più vicino centro ospedaliero dotato di servizio psichiatrico di diagnosi e cura, in quei casi di urgente necessità che richiedono l'immediata protezione dell'infermo e non è possibile attendere il provvedimento del sindaco e la convalida del giudice tutelare. Per questi stessi casi, la norma autorizza i sanitari del servizio psichiatrico a prestare le cure urgenti necessarie nell'interesse dell'infermo in attesa degli anzidetti provvedimenti. Particolari garan-

zie circondano, come si è accennato, i provvedimenti di proroga dei trattamenti sanitari obbligatori oltre il trentesimo giorno dal ricovero ospedaliero, i quali vengono demandati alla esclusiva competenza del giudice tutelare riservando al sindaco e ai sanitari che hanno in cura l'infermo il potere-dovere di formulare in tempo utile le proposte del caso.

Peraltro la stessa decisione del giudice tutelare deve essere preceduta da ulteriori valutazioni tecniche qualificate. Per le forme acute che richiedono la prosecuzione della terapia o un trattamento riabilitativo in condizioni di degenza ospedaliera e comunque per tutte le sofferenze psichiche per le quali debbono essere tentati nuovi cicli di cura, il giudice deve sentire il parere del sanitario responsabile del dipartimento per la tutela della salute mentale; mentre per le forme più gravi, per le quali venga formulata una diagnosi di cronicità con necessità di trattamento sanitario a lungo termine e di assistenza appropriata, il provvedimento del giudice deve essere adottato sulla base di un parere espresso dalla speciale commissione per la tutela dei diritti del malato mentale di cui si dirà più innanzi.

Per quanto riguarda la tutela giurisdizionale del malato mentale in trattamento sanitario obbligatorio l'articolo 3 della proposta in esame conferma integralmente le disposizioni ora contenute nei commi ottavo e seguenti dell'articolo 35 della legge n. 833 del 1978, enucleandole soltanto, per esigenze di tecnica legislativa, nel nuovo articolo 35-bis.

Per la tutela dei diritti dell'infermo cronico — quando la speditività assuma carattere residenziale perché destinata a protrarsi nel tempo — l'articolo 4 della presente proposta prevede inoltre, al di là delle possibili azioni in sede giurisdizionale, l'intervento garantistico di una speciale commissione avente il compito di valutare direttamente e periodicamente le condizioni di salute e di vita dell'infermo.

La composizione della commissione riflette la necessità che la valutazione

non sia limitata agli aspetti strettamente psichiatrici ma abbia riguardo alla situazione complessiva del paziente, anche sotto il profilo sociale e familiare specie al fine di stabilire se sussistono le condizioni per il suo dimissionamento e per interventi assistenziali di tipo extraospedaliero. Tra l'altro, accogliendo le proposte avanzate negli ultimi tempi dalle associazioni dei familiari dei malati mentali gravi, è stata prevista la partecipazione di rappresentanti delle famiglie e la facoltà di intervento del tutore e del medico di fiducia dell'infermo.

L'articolo 5 detta norme per la prima attuazione delle strutture dipartimentali da parte delle regioni fissando a questo fine il termine finale del 31 dicembre 1986, salvo le proroghe, comunque non superiori a due anni, che si renderanno eventualmente necessarie in rapporto sia ai tempi tecnici richiesti per la realizzazione delle nuove strutture, sia alle disponibilità finanziarie che la situazione economica del paese consentirà di destinare al settore dell'assistenza psichiatrica.

La norma contempla una precisa pianificazione degli interventi da predisporre entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge, anche a stralcio del piano sanitario regionale.

Sulla base dei piani organici regionali, il CIPE, su proposta del Ministero della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale, definisce il fabbisogno finanziario complessivo per l'attuazione della legge e vincola a questo fine le quote assegnate alle regioni nell'ambito degli stanziamenti di cui all'articolo 25 della legge n. 730 del 1983 (legge finanziaria 1984). Le regioni avranno inoltre facoltà di integrare gli stanziamenti a carico del Fondo sanitario nazionale con somme disponibili nel fondo comune, associandosi così allo sforzo finanziario che il paese dovrà necessariamente sostenere nei prossimi anni per tradurre in misure con-

crete ed efficaci gli irrinunciabili principi della riforma psichiatrica.

Nell'ambito di detta pianificazione, la norma in esame attribuisce carattere di assoluta priorità alla realizzazione delle strutture di ricovero per i trattamenti sanitari prolungati nei confronti dei malati più gravi e di quelli cronici, che dovranno essere attivati entro il termine di un anno, tenuto conto dell'imprescindibile dovere dei poteri pubblici di assicurare a questi sofferenti psichici adeguata tutela e terapie per quanto possibile efficaci, oltre che delle istanze che provengono dalle famiglie e dall'intera opinione pubblica.

L'esperienza maturata in questi anni in diverse zone del paese consiglia inoltre di dettare, come fa lo stesso articolo 5, norme a garanzia della effettiva attuazione in tutte le regioni di quanto previsto dalla legge dello Stato. Viene pertanto fatto obbligo alle regioni di trasmettere semestralmente al Ministero della sanità una relazione sullo stato di attuazione del piano organico regionale per la psichiatria; a sua volta la mancata trasmissione di detto piano costituisce grave violazione di legge ai fini della eventuale applicazione dell'articolo 126, primo comma, della Costituzione; mentre di fronte ai comportamenti omissivi delle regioni in ordine agli adempimenti necessari per la realizzazione dei dipartimenti per la tutela della salute mentale, il Ministro della sanità potrà esercitare i poteri sostitutivi già conferitigli dall'articolo 11 del decreto-legge n. 463, del 1983 convertito nella legge 11 novembre 1983, n. 638.

L'articolo 6, infine, conferisce al Governo apposita delega legislativa per risolvere entro breve termine il grave problema dei manicomi giudiziari attuando anche in questo settore i principi ormai accolti dal nostro ordinamento in materia di tutela della salute mentale e di protezione del malato psichico.

**PROPOSTA DI LEGGE**

PAGINA BIANCA

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

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

« ART. 34. — (*Dipartimento per la tutela della salute mentale*). — La legge regionale disciplina l'istituzione, per ciascuna Unità sanitaria locale o per ambiti territoriali comprendenti più unità sanitarie locali, di un dipartimento per la tutela della salute mentale con funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione relativamente alle affezioni di natura psichica.

Il dipartimento per la tutela della salute mentale, che è coordinato con il complesso dei servizi generali per la tutela della salute, comprende i seguenti servizi:

a) servizi di assistenza psichiatrica ambulatoriali e domiciliari per la prevenzione e per la diagnosi e la cura precoci delle affezioni psichiche e per l'assistenza curativa e riabilitativa al malato che non necessita di ricovero ospedaliero ovvero ai soggetti dimessi dai luoghi di cura, anche ai fini del loro reinserimento sociale;

b) servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali generali per i casi previsti dal secondo comma dell'articolo 35;

c) servizi di psicoriabilitazione presso apposite strutture di ricovero per il trattamento sanitario prolungato di cui al decimo comma dell'articolo 35;

d) servizi di assistenza psichiatrica per soggetti colpiti da affezioni croniche che richiedano un trattamento sanitario in condizioni di ospedalità residenziale protratta;

e) servizi di assistenza attuata in comunità terapeutiche e residenze protette per pazienti in trattamento sanitario volontario che necessitino, dopo la

fase terapeutica, di ulteriori trattamenti a scopo riabilitativo, specie ai fini del loro reinserimento in un'attività lavorativa.

Presso i servizi di cui al precedente comma, lettera *b*), sarà assicurato un servizio di pronto soccorso psichiatrico, con orario di attività di 24 ore su 24.

Al dipartimento per la tutela della salute mentale è preposto un medico specialista in psichiatria appartenente alla posizione funzionale apicale che assicura il coordinamento e l'integrazione, ai fini della continuità terapeutica, di tutte le attività svolte dai servizi della struttura dipartimentale.

La legge regionale stabilisce, gli organici dei medici psichiatri, degli psicologi, degli operatori con funzioni infermieristiche e di riabilitazione e degli assistenti sociali di cui devono essere dotati i servizi psichiatrici facenti parte di ciascun dipartimento, tenuto conto delle dotazioni di posti letto e della popolazione assistita. La direzione dei servizi di cui alle lettere *a*), *b*), *c*) e *d*) è affidata ad un medico psichiatra appartenente alla posizione funzionale apicale. Per i servizi di cui alla lettera *c*) deve essere prevista almeno l'assistenza di un consulente medico psichiatra.

Il piano sanitario regionale determina il numero dei posti letto di cui devono essere dotati i servizi psichiatrici per il trattamento sanitario in condizione di degenza ospedaliera. Nei servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali detto numero non deve essere inferiore ad un posto letto per ogni diecimila abitanti residenti nel territorio della regione, con il limite massimo di trenta posti letto per ciascun servizio; nei servizi di psicoriabilitazione, esso non deve essere inferiore a due posti letto per ogni diecimila abitanti, con il limite massimo di sessanta posti letto per ciascuna struttura di ricovero. Nelle strutture di ricovero per i malati cronici, il numero dei posti letto non può essere in alcun caso superiore a 120.

I servizi di psicoriabilitazione per trattamenti sanitari prolungati devono

avere la struttura interna e la dotazione strumentale di ospedale specializzato e possono essere costituiti nell'ambito delle strutture ospedaliere di cui all'articolo 17 della presente legge, fermo restando il collegamento funzionale dei servizi stessi con i dipartimenti per la tutela della salute mentale. Essi devono comunque disporre di aree a verde e di ambienti di soggiorno e attrezzature per lo svolgimento di attività ricreative e di recupero sociale del malato.

Le strutture di ricovero per i soggetti colpiti da affezioni croniche devono avere la struttura interna prevista dall'articolo 38 della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e possono essere costituite nell'ambito di strutture sanitarie per ospedalità residenziale protratta. Esse devono comunque disporre di sufficienti aree a verde all'esterno e adeguati spazi di socializzazione all'interno.

Nei servizi psichiatrici di ricovero di cui ai commi precedenti il numero dei posti letto in ciascuna camera di degenza non può essere superiore a quattro.

Le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39 possono affidare alle cliniche universitarie, su loro richiesta, la gestione di uno o più servizi psichiatrici tra quelli indicati al secondo comma assicurando il loro coordinamento con le attività svolte nello stesso ambito territoriale dal dipartimento per la tutela della salute mentale, ferma restando l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi universitari e la possibilità di una organizzazione degli stessi adeguata alle esigenze di bacini di utenza multizonale e, se del caso, interregionale nonché alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Per la organizzazione dei servizi psichiatrici dipartimentali, il Servizio sanitario nazionale può avvalersi di istituzioni sanitarie private convenzionate ai sensi dell'articolo 44 e delle associazioni di volontariato di cui all'articolo 45 all'uopo convenzionate, la cui attività deve svolgersi in conformità alle norme del presente articolo ed è funzionalmente in-

tegrata nel dipartimento per la tutela della salute mentale. Le convenzioni con le predette istituzioni e associazioni private non possono in alcun caso riguardare l'erogazione di trattamenti sanitari obbligatori ».

#### ART. 2.

L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 35. — (*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*). — Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale in condizione di degenza ospedaliera corredato della proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e della sua convalida da parte di un medico psichiatra del dipartimento per la tutela della salute mentale deve essere emanato entro quarantotto ore dalla convalida stessa e notificato entro quarantotto ore dal ricovero, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato in condizione di degenza ospedaliera quando esistano alterazioni psichiche che richiedano urgenti interventi terapeutici se gli stessi non vengano accettati dall'infermo o, qualora trattasi di minore, dal suo legale rappresentante e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestivi e idonei trattamenti extraospedalieri.

Nei casi di urgente necessità, che richiedano l'immediata protezione dell'infermo e non sia possibile l'intervento tempestivo del dipartimento per la tutela della salute mentale, l'autorità di pubblica sicurezza provvede all'accompagnamento dell'infermo stesso al più vicino centro ospedaliero dotato di servizi psichiatrici di diagnosi e cura. Nei casi predetti la attestazione della necessità del trattamento in condizioni di degenza ospedaliera emessa dal sanitario del ser-

vizio psichiatrico tiene luogo, agli effetti del provvedimento del sindaco, della proposta del medico e della convalida di cui al primo comma.

Dell'avvenuto ricovero deve essere data immediata comunicazione ai familiari dell'infermo.

In ogni caso, i sanitari del servizio psichiatrico di diagnosi e cura adottano, in attesa del provvedimento del sindaco, gli interventi d'urgenza strettamente necessari nell'interesse dell'infermo.

Il giudice tutelare, entro le quarantotto ore successive alla notifica di cui al primo comma, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco, ai familiari dell'infermo e al dipartimento per la salute mentale. In caso di mancata convalida il sindaco dispone immediatamente la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera e, su proposta motivata del responsabile del dipartimento di salute mentale, dispone per l'adozione di misure sanitarie extraospedaliere con ordinanza soggetta a convalida da parte del giudice tutelare.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, per il tramite del prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno e in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura 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 mo-

dalità e per gli adempimenti di cui al primo e al quinto comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario indicato 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 il trattamento sanitario obbligatorio; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro quarantott'ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

Quando il trattamento obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera debba protrarsi oltre il trentesimo giorno, il sindaco ne informa in tempo utile il giudice tutelare, il quale, sentito il sanitario responsabile del dipartimento per la tutela della salute mentale, assunte le informazioni e disposti gli accertamenti opportuni, dispone l'affidamento del malato al servizio di psicoriabilitazione per la prosecuzione della terapia in una struttura di ricovero per trattamenti sanitari prolungati.

Ai malati in trattamento prolungato e ai malati cronici, oltre agli specifici trattamenti terapeutici e riabilitativi e alla necessaria assistenza infermieristica, devono essere assicurate condizioni di ospitalità tali da stimolare o consolidare livelli di autosufficienza e possibilità di reinserimento sociale.

I sanitari responsabili del servizio di psicoriabilitazione o della struttura di ricovero per malati cronici, quando sia venuta meno la necessità del trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera, ne danno immediata notizia al sindaco e formulano al medico responsabile del dipartimento per la tutela della salute mentale una proposta motivata per l'ulteriore assistenza da erogarsi a cura dei servizi di cui alle

lettere *a)* ed *e)* dell'articolo 34. Qualora permanga la necessità del ricovero il responsabile del servizio di psicoriabilitazione ne dà mensilmente comunicazione al sindaco, formulando, se del caso, proposta di trasferimento del malato in una struttura per ospedalità residenziale protratta. Le comunicazioni di cui al presente comma sono notificate al giudice tutelare a cura del sindaco entro quarantotto ore dal ricevimento.

Il trasferimento in una struttura per malati cronici è disposto dal giudice tutelare, con provvedimento motivato, sentito il parere della commissione di cui all'articolo 35-ter.

Il giudice tutelare, quando dispone la prosecuzione della degenza in strutture sanitarie ospedaliere, nomina all'infermo un tutore provvisorio il quale adempie all'ufficio secondo le disposizioni sulla tutela dei minori stabilite dal codice civile.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, settimo, ottavo, decimo e dodicesimo comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio ».

### ART. 3.

Dopo l'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« ART. 35-bis. — (*Tutela giurisdizionale del malato mentale in trattamento sanitario obbligatorio*). — Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio, e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al quinto comma dell'articolo 35, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedi-

mento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva, il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione ».

#### ART. 4.

Dopo l'articolo 35-*bis* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« ART. 35-*ter*. — (*Commissione per la tutela dei diritti dell'infermo*). — I malati cronici in trattamento sanitario obbligatorio nelle strutture per ospedalità residenziale protratta, per i quali il medico responsabile del servizio preveda l'ulteriore protrazione della degenza, sono esaminati, alla scadenza del centoottantesimo giorno dalla data del provvedimento di cui al tredicesimo comma dell'articolo 35 e successivamente con la medesima

cadenza periodica, da una commissione composta dal giudice tutelare che la presiede, dal medico responsabile del dipartimento per la tutela della salute mentale, da uno psicologo e da un assistente sociale designati dal medico responsabile del dipartimento tra il personale non addetto alla struttura di ricovero e da due rappresentanti delle famiglie degli infermi, scelti dal presidente della giunta regionale su designazione, ove esistano, delle associazioni rappresentative delle famiglie stesse. Alle sedute della commissione partecipa, con voto consultivo, il medico responsabile della struttura di ricovero e possono intervenire, con diritto di parola, il tutore nominato ai sensi del penultimo comma dell'articolo 35 ed il medico di fiducia dell'infermo.

Sulla base della relazione presentata per iscritto dal medico che ha in cura l'infermo e del parere del sanitario responsabile della struttura di ricovero, la commissione — sentito, ove del caso, il paziente e assunta ogni altra informazione ritenuta utile — valuta le condizioni di salute dell'infermo stesso, le possibilità del suo eventuale affidamento ad altro servizio di assistenza psichiatrica, anche extraospedaliera, per un ulteriore trattamento sanitario, ovvero la necessità di proseguire il trattamento sanitario obbligatorio nella struttura per ospedalità residenziale protratta. La commissione decide a maggioranza dei presenti, prevalendo, in caso di parità, il voto del giudice tutelare. La decisione è comunicata al sindaco a cura del presidente della commissione entro le successive quarantotto ore, per la presa d'atto della cessazione o meno delle circostanze che avevano determinato il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera.

Il presidente della giunta regionale provvede entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge alla costituzione della commissione di cui al primo comma che ha competenza sulle strutture per ospedalità residenziale protratta ubicate nella giurisdizione del giudice tutelare che la presiede ».

## ART. 5.

*(Attuazione delle strutture dipartimentali).*

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono, entro il 31 dicembre 1986, anche a stralcio del piano sanitario regionale se non ancora approvato, alla costituzione e all'organizzazione dei dipartimenti per la tutela della salute mentale, dando priorità ai servizi psichiatrici previsti dall'articolo 34, secondo comma, lettere *b)* e *c)*, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal precedente articolo 1, i quali dovranno essere attivati al più tardi entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge per un numero di posti letto non inferiore, rispettivamente, al settanta e al cinquanta per cento di quelli da realizzare in base ai parametri fissati dal sesto comma dello stesso articolo 34.

Ai fini di cui al precedente comma le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono anche mediante utilizzazione e riconversione di strutture esistenti, ivi comprese quelle rese disponibili a seguito del superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici ai sensi dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano definiscono e trasmettono al Ministero della sanità il piano organico complessivo degli interventi necessari nei rispettivi territori per l'attuazione delle disposizioni di cui ai precedenti commi e precisano il fabbisogno finanziario per provvedere alle opere edilizie, agli arredi, alle attrezzature e al personale occorrenti per la creazione e l'attivazione o per il potenziamento dei servizi e delle strutture dipartimentali per la tutela della salute mentale.

Sulla base dei piani regionali, il comitato interministeriale per la programmazione economica, su proposta del Ministro della sanità e sentito il Consiglio

sanitario nazionale, tenuto conto del disposto del primo comma del presente articolo nonché delle eventuali indicazioni del piano sanitario nazionale, definisce, entro sessanta giorni dalla scadenza del termine di cui al comma precedente, il fabbisogno finanziario complessivo per il settore della tutela della salute mentale; vincola all'interno degli stanziamenti in conto capitale di cui all'articolo 25, lettera b), della legge 27 dicembre 1983, n. 730, la quota da destinare alle opere edilizie, alle attrezzature e agli arredi in ciascuno degli anni 1984, 1985 e 1986; e assegna a ciascuna regione o provincia autonoma le proporzionali quote di finanziamento a destinazione vincolata per ciascun esercizio.

Qualora le quote assegnate ai sensi del comma precedente risultino insufficienti per la totale copertura della spesa prevista nei piani regionali, le regioni e le province autonome possono provvedere all'integrazione dei rispettivi stanziamenti secondo quanto previsto dall'ultimo comma dell'articolo 25 della legge 27 dicembre 1983, n. 730. In caso di accertata impossibilità di provvedere in tutto o in parte a tale integrazione, la giunta regionale, con provvedimento motivato, differisce per il tempo strettamente necessario, comunque per non più di due anni, la completa realizzazione degli interventi previsti dal piano regionale.

Fino al 31 dicembre 1986, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad affidare l'esecuzione di complessi organici di opere o di lavori compresi nei piani a imprese idonee anche a mezzo di trattativa privata, previa gara esplorativa. Dette opere sono dichiarate ad ogni effetto di pubblica utilità, nonché urgenti e indifferibili.

Sull'attuazione degli interventi previsti dal piano regionale e sull'uso delle somme a destinazione vincolata all'uopo stanziato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono tenute a fornire, entro il 31 gennaio e il 31 luglio di ogni anno, apposite relazioni al Ministro della sanità e al Ministro del bilancio

e della programmazione economica, i quali ne riferiscono annualmente al Parlamento.

La mancata trasmissione del piano regionale entro il termine di cui al terzo comma del presente articolo costituisce grave violazione di legge ai sensi dell'articolo 126, primo comma, della Costituzione.

In caso di omissione, da parte delle regioni e delle province autonome, di adempimenti necessari per la realizzazione dei servizi e delle strutture dipartimentali previsti dal piano regionale, il Ministro della sanità dispone gli interventi sostitutivi del caso secondo quanto stabilito dall'articolo 11, undicesimo comma, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 11 novembre 1983, n. 638.

#### ART. 6.

Il Governo è delegato ad emanare, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, norme aventi valore di legge per la istituzione di strutture speciali di ricovero per l'assistenza curativa e riabilitativa degli imputati prosciolti ai sensi degli articoli 88, 95 e 96 del codice penale e dei soggetti attualmente ricoverati nei manicomi giudiziari.

Le norme delegate di cui al comma precedente dovranno conformarsi ai principi dettati dalle norme vigenti per la salvaguardia della personalità del malato, nonché ai seguenti criteri direttivi:

a) deve essere previsto il superamento dell'istituzione del manicomio giudiziario, ferme restando le esigenze di vigilanza connesse alla accertata pericolosità dei soggetti ricoverati;

b) deve essere garantita la tutela giurisdizionale dei soggetti ricoverati secondo le norme dell'articolo 35-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833 aggiunto all'articolo 3 della presente legge;

c) devono essere disciplinati i trattamenti sanitari obbligatori in condizione

di degenza ospedaliera necessari per l'ulteriore assistenza psichiatrica ai soggetti che, al termine del periodo di ricovero ordinato dalla autorità giudiziaria, presentino ancora sintomi di pericolosità, prevedendo per tali casi l'intervento del giudice tutelare che decide sulla base di apposita perizia psichiatrica eseguita dai sanitari del dipartimento per la tutela della salute mentale;

*d)* devono essere predisposte strutture di ricovero speciale per i malati lungodegenti e cronici aventi, per quanto concerne gli aspetti sanitari e assistenziali, caratteristiche organizzative, attrezzature e dotazioni di personale qualificato non inferiori a quelle delle corrispondenti strutture dipartimentali delle unità sanitarie locali;

*e)* deve essere previsto un costante coordinamento delle strutture speciali di ricovero con i servizi dipartimentali delle Unità sanitarie locali ai fini di assicurare la continuità terapeutica nei confronti dei soggetti ricoverati.