

# CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2857

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**DE MARIA, COLLESELLI, DAL CANTON MARIA PIA, BERRY, FUSARO, BIANCHI FORTUNATO, BIASUTTI, BOLOGNA, BOIDI, BARONI, FORNALE, SANGALLI, CASTELLUCCI, ZUGNO, CORONA GIACOMO, LUCIFREDI, PICCOLI, ALESSANDRINI, MARTINO EDOARDO, BARTOLE, SAMMARTINO, REPOSSI, CORTESE GIUSEPPE, TITOMANLIO VITTORIA, AMATUCCI, TURNATURI, RICCIO, BIAGIONI, CERRETI ALFONSO, PINTUS, BONTADE MARGHERITA, FERRARI GIOVANNI, COTELLESA**

*Presentata il 2 marzo 1961*

### Tutela dell'igiene mentale e cura dei disturbi relativi

ONOREVOLI COLLEGHI! — La legge 14 febbraio 1904, n. 36 ed il regolamento 16 agosto 1909, n. 615, pur rappresentando un indubbio progresso rispetto alla situazione legislativa precedentemente in atto, discendevano da una concezione delle infermità mentali strettamente legata alle scarse possibilità terapeutiche della psichiatria del tempo. I concetti della pericolosità dei malati mentali per sé e per la società, della riduzione più o meno integrale delle loro capacità psichiche e delle possibilità praticamente nulle di guarigione portavano la tutela legislativa dell'igiene mentale ad esplicarsi sostanzialmente sul piano della legittima difesa della società.

L'assistenza ai soggetti affetti da infermità mentali si esplicava così, e si esplica purtroppo tuttora, sotto forma di ricovero, prevalentemente coattivo, limitato alle forme di grave entità e in ogni caso subordinato all'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, con provvedimenti gravemente lesivi della personalità del malato e della sua capacità ad agire.

Ne consegue che i soggetti affetti da disturbi mentali in fase iniziale o di lieve grado — cioè il gruppo, di maggiore entità numerica, per cui migliori sono le prospettive di guarigione e di recupero — rifuggono da un ricovero negli istituti previsti dalla legge vigente, per le conseguenze giuridiche e sociali che tale ricovero comporta. Si perde così ai fini terapeutici un tempo prezioso, per ritrovare a distanza di tempo gli stessi soggetti, ormai in fase avanzata e a volte già notevolmente pericolosi, maturi per un ricovero, compatibile con le norme in vigore, ma ormai quasi inutile ai fini del recupero dell'individuo alla società.

I successi e i progressi quasi quotidiani della psichiatria moderna, da un lato, e, dall'altro, il moltiplicarsi dei fattori emozionali, legati alla vita ed alla tecnologia del nostro tempo, capaci di incidere negativamente sull'equilibrio psichico dei cittadini, impongono una revisione totale delle organizzazioni preposte alla tutela dell'igiene mentale, con la creazione di una rete capillare di istituzioni

in cui si possa provvedere con la massima tempestività all'impostazione ed alla prosecuzione delle cure più adeguate, con il minimo delle formalità compatibili con la delicatezza dei problemi giuridici e sociali connessi con le infermità mentali.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha compiuto nel 1953 uno studio di legislazione comparata in tema di tutela dell'igiene mentale. Nell'auspicare una sollecita riforma di buona parte delle legislazioni vigenti, il rapporto conclusivo riassume nei termini seguenti le principali esigenze da tener presenti per la riforma:

sopprimere nel contesto della legge ogni espressione che possa ricordare il diritto penale;

assicurare, con la creazione di servizi di prevenzione, di ricovero e dispensari un'assistenza psichiatrica tale, da ridurre al minimo la spedalizzazione di infermi a lunga degenza;

semplificare le modalità di ammissione, nei limiti compatibili con la protezione dei diritti del malato;

favorire in ogni modo il ricovero volontario e la possibilità di libera dimissione;

prevedere regolamentazioni speciali per la cura precoce o per determinate categorie di malati;

agevolare la protezione non solo legale, ma anche sanitaria e sociale del soggetto, prima e dopo la dimissione dai luoghi di cura.

A questi principi aggiungeremo infine alcune necessità particolari, legate alla situazione esistente nel nostro paese:

favorire la massima « mimetizzazione » possibile delle istituzioni psichiatriche « di prima istanza », aggregandole ad istituzioni mediche di altra natura, al fine di stimolare l'afflusso del pubblico, liberato così, almeno in parte, dai pudori ancestrali, che la legislazione vigente invece non fa che esasperare;

suscitare l'interessamento e favorire la specializzazione di un numero più adeguato di sanitari, con l'apertura di nuove vie di carriera psichiatrica.

I principi fondamentali così schematizzati sono quelli da noi posti a base del progetto di riforma che abbiamo l'onore di sottoporre all'attenzione degli onorevoli colleghi.

Nello studio e nel coordinamento di quelli che ci sono sembrati gli strumenti più idonei al raggiungimento dei fini che una tale riforma deve prefiggersi, abbiamo tenuto nel debito conto tutti i tentativi che ci hanno preceduti, nonché particolarmente quanto già realizzato nelle istituzioni mediche

predisposte per la cura delle comuni infermità, ove il progresso degli ordinamenti ha potuto realizzarsi nel clima di una completa libertà da interferenze di natura giuridica e sociale e quindi sul piano di una completa ed esclusiva aderenza alle necessità del malato.

Da un rapido confronto tra le disposizioni attualmente in vigore e quelle contemplate dalla presente proposta di legge emergono i seguenti gruppi di innovazioni:

a) modifica della struttura, differenziazione dei compiti e creazione di nuove istituzioni per la tutela dell'igiene mentale, così articolate:

dispensari d'igiene mentale, per la profilassi, l'avviamento ai luoghi di ricovero e l'assistenza postospedaliera;

reparti psichiatrici esterni, intesi come unità specialistiche equiparate a quelle delle altre branche mediche, aggregati agli ospedali generali e predisposti per la cura delle forme iniziali o di lieve entità e soprattutto per i ricoveri volontari;

ospedali psichiatrici, ai quali vanno riservate la cura delle infermità a lunga degenza, quella dei soggetti agitati e soprattutto la responsabilità tecnica e la stretta collaborazione con l'autorità giudiziaria per tutti i provvedimenti medico-legali a carico dei soggetti che li richiedano;

asili psichiatrici, per l'assistenza dei cronici non socializzabili.

b) modifica dei poteri dell'autorità giudiziaria, non più orientati esclusivamente verso la tutela della società, ma principalmente verso la tutela della libertà e del patrimonio dei soggetti assistiti.

Tale modifica si esplica principalmente con la delega di tali poteri ad un giudice, che viene chiamato a partecipare più intimamente alla tutela dell'igiene mentale nel senso ora enunciato, mentre risulta liberato dall'eccessiva burocratizzazione delle sue funzioni e peraltro sempre sottoposto nelle sue decisioni al controllo degli organi giurisdizionali superiori;

c) modifica delle modalità di ricovero, da un lato volte a favorire i ricoveri volontari, dall'altro predisposte in modo da dare le maggiori possibilità di ricovero coattivo nell'interesse del malato;

d) migliore precisazione della gerarchia e delle attribuzioni del personale sanitario;

e) introduzione di enti diversi dalle amministrazioni provinciali per partecipare alle spese dell'assistenza dispensariale e dei ricoveri più brevi;

f) precisa definizione dei limiti di attività delle case di cura private, limiti che nascono dalla delicatezza dei problemi connessi con la tutela della libertà e dei beni dei soggetti affetti da disturbi mentali;

g) abolizione dell'annotazione nel casellario giudiziario dei ricoveri e delle dimissioni dei soggetti affetti da disturbi mentali, disposizione non più compatibile con la trasformazione della tutela dell'igiene mentale in un compito di carattere prevalentemente medico.

Onorevoli colleghi, da tempo ormai si attende che il Parlamento decida l'emanazione di nuove norme per la tutela dell'igiene mentale, più aderenti delle disposizioni vigenti a quella che è ormai la realtà del progresso

scientifico e pratico realizzato in questo campo, nonché all'aumento osservato e a quello prevedibile della frequenza dei disturbi mentali, in relazione da un canto con il regresso delle comuni infermità, dall'altro con il logorio sempre maggiore dell'equilibrio psichico legato alle nuove forme della vita moderna.

Noi ci auguriamo perciò che la proposta di legge che abbiamo l'onore di sottoporvi possa raccogliere il vostro consenso, ponendo fine ad una situazione di disagio ormai profondamente sentita da tutti gli interessati e gettando almeno le basi per una tutela efficace e moderna dell'igiene mentale del cittadino.

## PROPOSTA DI LEGGE

### TITOLO I

#### FINALITÀ DELLA LEGGE E DEFINIZIONE DEI SOGGETTI ASSISTIBILI

##### ART. 1.

Alla tutela dell'igiene mentale provvede la pubblica amministrazione con la gestione diretta o il controllo sull'esercizio di istituzioni profilattiche, terapeutiche e assistenziali, volte a permettere il reperimento, la cura e il reinserimento nella società, ovvero l'assistenza a domicilio o in appositi centri residenziali, delle persone affette per qualunque causa da disturbi mentali, che ne ostacolano comunque la vita di relazione.

##### ART. 2.

Agli effetti della presente legge sono considerati disturbi mentali che ostacolano la vita di relazione quelli concernenti:

1°) gli arresti e ritardi dello sviluppo mentale insorti per cause endogene, infermità o traumi nel corso dell'età evolutiva e resisi manifesti entro il 18° anno d'età;

2°) le alterazioni permanenti della personalità, associate o meno ad intelligenza subnormale e causa di una condotta gravemente irresponsabile o abnormemente aggressiva;

3°) le infermità mentali di qualunque tipo, grado e durata, insorte e manifestatesi dopo il completamento dello sviluppo mentale;

4°) i cronici non socializzabili, provenienti dalle tre categorie suddette e da quella indicata nel comma seguente, tali per insuccessi terapeutici o per insufficienze del loro ambiente familiare o sociale.

Ai fini della presente legge sono assimilate inoltre ai disturbi mentali le malattie neurologiche cronicizzate con interessamento psichico scarso o secondario, come l'epilessia, purché di gravità tale da ostacolare notevolmente la vita di relazione.

ART. 3.

L'assistenza alle persone affette dai disturbi di cui all'articolo 2 è disciplinata dalla presente legge.

Questa disposizione non si applica ai soggetti affetti dalle forme di cui ai nn. 1 e 2 detto articolo fino al compimento del loro 21° anno di età, la cui assistenza medico-psico-pedagogica è demandata ad istituzioni da disciplinare con diversa legge. Tali soggetti rientrano invece nelle previsioni della presente legge qualora siano o divengano pericolosi a sé ed agli altri.

TITOLO II.

**DEFINIZIONE ED ORGANIZZAZIONE  
DEI SERVIZI**

ART. 4.

Al conseguimento delle finalità previste dalla presente legge provvedono i seguenti servizi specializzati:

- a) dispensari d'igiene mentale;
- b) reparti psichiatrici esterni;
- c) ospedali psichiatrici;
- d) asili psichiatrici;
- e) cliniche psichiatriche universitarie.

ART. 5.

I dispensari d'igiene mentale esercitano funzioni profilattiche in collaborazione con i medici e con le istituzioni locali di qualsiasi natura, svolgendo opera di educazione e di consulenza sanitaria nel campo dell'igiene mentale; facilitano il reperimento e l'avviamento dei soggetti bisognosi di ricovero ai reparti psichiatrici esterni ed agli ospedali psichiatrici; provvedono ancora al controllo e all'assistenza post-ospedaliera dei dimessi.

I dispensari d'igiene mentale sono dislocati nel territorio di ciascuna provincia in

numero comunque non inferiore ad uno per ogni comune con popolazione superiore a 40.000 abitanti o gruppo di più comuni con popolazione complessiva non superiore a 30.000 abitanti.

I locali dei dispensari d'igiene mentale saranno situati preferibilmente nelle adiacenze e con ingresso comune ad altri ambulatori pubblici, ovvero dislocati presso i reparti psichiatrici esterni, ove questi esistano.

All'istituzione dei dispensari provvedono in seguito a richiesta del medico provinciale, le amministrazioni provinciali, le amministrazioni comunali, gli enti gestori degli ospedali generali dotati di reparti psichiatrici esterni o gli enti mutualistici. A tal fine le amministrazioni e gli enti anzidetti possono riunirsi in appositi consorzi.

#### ART. 6.

I reparti psichiatrici esterni provvedono agli accertamenti diagnostici ed alla cura dei disturbi mentali transitori o parziali, all'esecuzione di terapia ambulatoriale per i soggetti che la richiedano, alla prescrizione della terapia da effettuare a domicilio a cura dei dispensari, alla diagnosi ed all'avviamento in ospedale psichiatrico delle persone affette da disturbi mentali di maggiore durata o gravità, ovvero che risultassero bisognose di particolare custodia.

I reparti psichiatrici esterni sono istituiti preferibilmente in seno agli ospedali generali. Il numero, la dislocazione e la capienza dei medesimi verranno concordati tra le amministrazioni interessate e l'autorità sanitaria, in rapporto alle esigenze locali.

Detti reparti comprenderanno locali per diagnostica e terapia ambulatoriale, nonché locali di degenza e di ricreazione, all'uopo predisposti.

Il funzionamento dei reparti psichiatrici esterni è disciplinato dal regolamento interno dell'ospedale cui essi sono aggregati.

#### ART. 7.

Gli ospedali psichiatrici provvedono al ricovero ed alla cura delle persone affette da disturbi mentali di qualunque tipo, che non possano essere convenientemente assistite o curate altrove.

Sono di competenza esclusiva dell'ospedale psichiatrico:

a) il ricovero e la cura delle infermità a lunga degenza e delle persone che richiedano attenta custodia;

b) l'osservazione e i provvedimenti riguardanti i cronici, sia ricoverati direttamente, sia ricevuti per trasferimento dai reparti psichiatrici esterni e dalle cliniche psichiatriche universitarie;

c) il ricovero, l'osservazione e i provvedimenti riguardanti le persone affette dai disturbi mentali di cui all'articolo 2 nn. 1 e 2, trasferite nell'ospedale psichiatrico al compimento del loro 21° anno di età dalle istituzioni che in precedenza ne curavano l'assistenza.

Gli ospedali psichiatrici sono dislocati opportunamente nel territorio della Repubblica secondo un piano predisposto dal Ministero della sanità e gestiti dalle Amministrazioni provinciali singole o consorziate, o da Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Essi dovranno in ogni caso comprendere un reparto di osservazione, reparti di degenza e cura, un reparto di isolamento per gli agitati, un'infermeria per malattie comuni dotata delle opportune attrezzature diagnostiche, nonché un reparto distaccato ed aperto, destinato ad ospitare per un congruo periodo di tempo i pazienti prossimi alla dimissione, che, pur proseguendo la terapia e le occupazioni loro assegnate, fruiranno di libera uscita quotidiana.

Qualora la capienza disponibile lo permetta e gli enti interessati concordino nel ritenerlo opportuno, agli ospedali psichiatrici potranno essere aggregati anche reparti psichiatrici esterni ed asili psichiatrici.

Il funzionamento dell'ospedale psichiatrico è disciplinato da un regolamento interno emanato dall'ente gestore, sentito il parere vincolante del Ministero della sanità.

#### ART. 8.

Gli asili psichiatrici provvedono alla custodia e all'assistenza diretta dei cronici di cui all'articolo 2, n. 4, della presente legge, ivi trasferiti dagli ospedali psichiatrici, al fine di conservarne e, ove possibile, potenziarne le facoltà psichiche residue.

Essi sono istituiti in numero adeguato sia direttamente dalle Amministrazioni provinciali, sia da Enti pubblici e privati di assistenza con queste convenzionati.

Gli asili psichiatrici sono forniti di attrezzature residenziali e per ergoterapia e di un'infermeria per malattie comuni.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'asilo psichiatrico sono disciplinati da appo-

sito regolamento emanato dall'ente gestore, sentito il parere vincolante del Ministero della sanità

**ART. 9.**

Le cliniche psichiatriche universitarie sono equiparate ai reparti psichiatrici esterni ai fini dell'assistenza di cui al primo comma dell'articolo 6.

È però in facoltà di dette cliniche di ospitare, a fini di studio e di insegnamento, per il tempo strettamente necessario, anche soggetti di competenza degli ospedali e degli asili psichiatrici.

A tale scopo esse possono richiedere il trasferimento temporaneo di tali infermi dalle istituzioni psichiatriche ove questi si trovano ricoverati.

Le spese di trasferimento sono a carico della clinica richiedente.

**TITOLO III.****EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA  
MODALITÀ DI RICOVERO E DIMISSIONE****ART. 10.**

Il ricovero dei soggetti assistibili nei luoghi di cura di cui agli articoli 6, 7 e 9 della presente legge può essere:

1°) *volontario*, da effettuarsi a richiesta e col consenso dell'assistito secondo le modalità in uso per le comuni infermità;

2°) *coattivo*, per i soggetti non consenzienti e non agitati, su richiesta:

a) dei parenti fino al 3° grado compreso, del curatore o del tutore dell'infermo;

b) dell'ufficiale sanitario o di qualunque medico, che abbia avuto occasione di visitare l'infermo;

c) dell'autorità di pubblica sicurezza.

La richiesta, indirizzata al direttore del luogo di cura, deve essere corredata di una relazione medica dalla quale risulti uno stato di anomalia mentale, tale da rendere necessario il ricovero. La relazione dovrà essere firmata dal medico curante o dall'ufficiale sanitario e recare il parere favorevole di uno specialista psichiatra estraneo al luogo di cura cui essa viene indirizzata. In caso di ricovero cui si oppongano i parenti, il curatore o il tutore dell'infermo, la relazione dev'essere vistata dall'autorità di pubblica sicurezza,

Il ricovero viene disposto d'urgenza, quando sussistano gravi ed urgenti motivi di pericolo pubblico o di pubblico scandalo, su richiesta motivata dell'autorità di pubblica

sicurezza indirizzata al direttore dell'ospedale psichiatrico più vicino. Detta richiesta dovrà essere corredata, entro 48 ore dal ricovero, da una relazione medica compilata da uno specialista psichiatra estraneo all'ospedale psichiatrico e a tal uopo annualmente designato dal locale Ordine dei medici.

## ART. 11.

I soggetti di cui all'articolo 10, nn. 1 e 2, lettera a) della presente legge saranno accolti senza altre formalità presso i reparti psichiatrici esterni e le cliniche psichiatriche universitarie per la durata massima di un mese. Qualora la disponibilità di posti lo consenta e gli enti o le persone che ne hanno l'obbligo siano disposti a sostenere le ulteriori spese, la durata totale della degenza potrà essere protratta per un massimo di tre mesi nell'anno solare.

Vanno ricoverati in ospedale psichiatrico i soggetti di cui all'articolo 10, n. 2, lettere b) e c), quelli di cui al terzo comma stesso articolo, quelli trasferiti dai reparti psichiatrici esterni e dalle cliniche psichiatriche universitarie, nonché le persone di cui all'articolo 2, nn. 1 e 2, al compimento del loro 21° anno di età.

Vanno in ogni caso ricoverati o trasferiti in ospedale psichiatrico i soggetti che, affetti da disturbi mentali di qualunque tipo e grado, siano o divengano pericolosi a sé od agli altri.

## ART. 12.

Il primario del reparto psichiatrico esterno e il direttore della clinica psichiatrica universitaria dispongono senza particolari formalità la dimissione dei soggetti guariti o migliorati.

Per i casi riconosciuti di competenza dell'ospedale psichiatrico, essi dispongono invece il trasferimento del soggetto in quella sede con dettagliata relazione medica al direttore dell'ospedale medesimo, accompagnata dalla richiesta dei parenti sino al 3° grado compreso, del curatore o del tutore dell'infermo, se consenzienti, ovvero vistata dalla autorità di pubblica sicurezza.

## ART. 13.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico deve trasmettere una relazione medica al giudice delegato di cui all'articolo 16 entro il quindicesimo giorno dall'accettazione dell'infermo.



Nella relazione dovranno essere enunciate dettagliatamente le circostanze del ricovero, l'orientamento diagnostico, l'evoluzione della malattia e l'esito delle cure già effettuate, nonché la prognosi presumibile.

Tale relazione verrà ripetuta ogni sei mesi fino al termine della degenza.

#### ART. 14.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico dispone la dimissione dei soggetti guariti o migliorati informandone, con breve relazione, il giudice delegato.

#### ART. 15.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico dispone il trasferimento dei cronici non socializzabili negli asili psichiatrici.

A tal fine sarà compilata una dichiarazione di cronicità sottoscritta da una commissione composta dal direttore dell'ospedale psichiatrico, dal medico provinciale e dal giudice delegato, che ne assume la presidenza. Detta commissione procederà collegialmente all'esame dell'infermo e della relativa documentazione sanitaria.

La dichiarazione di cronicità sarà sottoposta a revisione periodica biennale da una commissione composta dal direttore dell'asilo psichiatrico, dal medico provinciale e dal giudice delegato, che ne assume la presidenza.

Analoga revisione potrà essere effettuata in ogni tempo a richiesta degli interessati.

### TITOLO IV.

#### ORGANI E FORME DI VIGILANZA

##### CAPO I.

#### CONTROLLO DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA

#### ART. 16.

In tutte le circoscrizioni, sedi di ospedali o di asili psichiatrici, il presidente del tribunale delega ad un giudice, annualmente designato, le funzioni di vigilanza sulle suddette istituzioni e sui soggetti in esse ricoverati.

All'uopo il giudice delegato può chiedere l'assistenza degli organi della pubblica amministrazione e di tutti gli enti i cui scopi corrispondono alla sua funzione; visitare le istituzioni psichiatriche, prendere visione

dei registri, interrogare i ricoverati ed il personale; richiedere in ogni tempo relazioni sullo stato attuale degli infermi; disporre la nomina di un perito psichiatra estraneo al luogo di cura e promuovere qualunque altra indagine ritenga necessaria.

ART. 17.

Il giudice delegato, esaminata la relazione di cui all'articolo 13 della presente legge, qualora lo ritenga opportuno può disporre ulteriori accertamenti sullo stato di mente del ricoverato ed in base al risultato invalidare il provvedimento di ricovero e ordinare la dimissione o il trasferimento del soggetto in altro luogo di cura.

ART. 18.

Chiunque può chiedere con istanza motivata al giudice delegato di disporre la dimissione di un ricoverato dal luogo di cura o di custodia.

Il giudice, quando ritiene che non si debba procedere per la manifesta infondatezza della richiesta, ne ordina la trasmissione all'archivio. Quando invece ne ravvisi l'opportunità, procede agli accertamenti del caso.

Qualora il ricoverato risulti guarito o migliorato in grado tale da permettere il reinserimento nella società, il giudice ne dispone la dimissione incondizionata, ovvero previo affidamento a persona idonea che ne assuma la custodia e la cura.

ART. 19.

Qualora, in seguito agli accertamenti prontamente esperiti dall'amministrazione dell'ospedale psichiatrico, l'infermo ivi ricoverato risulti possessore di un patrimonio, il suo ricovero deve essere segnalato dal direttore al giudice tutelare territorialmente competente, il quale provvederà alla nomina di un curatore o di un tutore provvisorio che, sotto la sua sorveglianza, ne amministrerà i beni.

Qualora il ricovero si protragga oltre i sei mesi e ne appaia evidente la necessità, il giudice delegato promuove d'ufficio il procedimento d'interdizione o quello di inabilitazione dell'infermo. Gli stessi provvedimenti verranno promossi all'atto della dichiarazione di cronicità di cui all'articolo 15 della presente legge, ove non siasi a ciò provveduto in precedenza.

## ART. 20.

I provvedimenti del giudice delegato, emessi nell'esercizio del suo potere di controllo e di accertamento, assumono la forma di richiesta non motivata.

I provvedimenti concernenti la dimissione degli infermi, pronunciati d'ufficio o su istanza di parte, sono dati con decreto sobriamente motivato.

Dei decreti del giudice delegato è data comunicazione all'infermo, se possibile, ai parenti fino al 3° grado compreso, al curatore o al tutore, all'eventuale ricorrente, nonché all'autorità dirigente il luogo di cura ove l'infermo si trova ricoverato.

## ART. 21.

Avverso i provvedimenti del giudice delegato si può ricorrere, nelle forme di cui agli articoli 712 e seguenti del Codice di procedura civile, al tribunale cui il giudice delegato appartiene.

Il ricorso, diretto al presidente del tribunale, dev'essere presentato, a pena di decadenza, nel termine perentorio di giorni dieci dalla comunicazione del provvedimento impugnato, nella cancelleria del tribunale, il quale provvederà in Camera di consiglio, omissa ogni formalità non necessaria.

Le sentenze pronunciate dal tribunale possono essere impuguate, nelle forme ordinarie, con ricorso per cassazione, previo deposito, per il caso di soccombenza, di lire diecimila.

## CAPO II.

## CONTROLLO TECNICO

## ART. 22.

La vigilanza tecnica sulle istituzioni psichiatriche pubbliche e private è esercitata in ogni provincia da una commissione composta da un ispettore del Ministero della sanità, che la presiede, dal medico provinciale, da un medico psichiatra, designato dal locale Ordine dei medici tra gli specialisti estranei al luogo di cura sottoposto a vigilanza, e dal giudice delegato.

La Commissione anzidetta procederà ad ispezioni ordinarie annuali. Ispezioni straordinarie possono essere disposte in ogni tempo dal Ministero della sanità, dal medico provinciale o dal giudice delegato su richiesta dell'Amministrazione provinciale o di chiunque ne abbia fondati motivi.

Le amministrazioni dei luoghi di cura devono dare pronta esecuzione alle deliberazioni della commissione di vigilanza,

Il medico provinciale, in caso di urgenza o per grave necessità, può adottare i provvedimenti indispensabili nell'interesse dei ricoverati o della società.

### CAPO III.

#### CONTROLLO AMMINISTRATIVO

##### ART. 23.

L'Amministrazione provinciale nomina un Comitato di amministrazione cui sono demandati il controllo della gestione e le deliberazioni su questioni tecnico-sanitarie, nonché su quelle relative al personale, ivi comprese le modifiche del regolamento interno e dell'organico del personale, dell'ospedale psichiatrico provinciale.

Al Comitato spetta inoltre il controllo sul trattamento dei soggetti ricoverati od ospitati in altri luoghi a spese dell'Amministrazione provinciale.

### TITOLO V

#### ATTRIBUZIONI

#### E NOMINA DEL PERSONALE

##### ART. 24.

Presso le istituzioni per la cura dei disturbi mentali di cui all'articolo 4 della presente legge, lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)*, possono prestare servizio esclusivamente medici in possesso del diploma universitario di specializzazione in psichiatria.

Il personale medico del reparto psichiatrico esterno è composto di un primario, di un aiuto e di assistenti, in numero totale non inferiore ad uno ogni 15 posti letto.

Il personale medico dell'ospedale psichiatrico comprenderà un direttore, un vice direttore, capireparto ed assistenti, in numero totale non inferiore ad uno ogni 50 posti letto.

Il personale medico degli asili psichiatrici consta di un direttore e di assistenti, in numero totale non inferiore ad uno ogni 150 posti letto.

L'organizzazione e la direzione dei dispensari d'igiene mentale sono demandate al direttore di ospedale psichiatrico o al primario di reparto psichiatrico esterno territorialmente più vicini. Il personale medico potrà essere designato tra i medici di queste istituzioni.

## ART. 25.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico impartisce le direttive ed è responsabile per tutti i servizi sanitari dell'ospedale e per lo svolgimento delle pratiche di cui agli articoli 13, 14 e 15; soprintende al buon funzionamento dei servizi generali, segnalando all'amministrazione le eventuali manchevolezze e adottando in merito, quando lo ritenga necessario, provvedimenti d'urgenza sotto la propria responsabilità; esercita i poteri disciplinari conferitigli dal regolamento; fa parte con voto consultivo del comitato di amministrazione di cui all'articolo 23.

Il direttore provvederà ancora ad inviare una relazione tecnico-sanitaria annuale al medico provinciale e per suo tramite al Ministero della sanità.

Il vice direttore coadiuva strettamente il direttore nel compimento delle sue funzioni.

Il capo reparto è responsabile verso il direttore del buon andamento del servizio interno e sanitario del reparto e collabora allo svolgimento delle pratiche medico-legali.

Gli assistenti curano l'assistenza sanitaria dei ricoverati seguendo le disposizioni del capo reparto.

## ART. 26.

Il primario, l'aiuto e gli assistenti del reparto psichiatrico esterno svolgono i compiti loro demandati dalla presente legge, dal regolamento di esecuzione e dal regolamento interno dell'ospedale al quale sono aggregati.

Il direttore e gli assistenti dell'asilo psichiatrico provvedono all'assistenza degli infermi loro affidati secondo le norme fissate dalla presente legge, dal regolamento di esecuzione, nonché dal regolamento interno dell'istituzione stessa.

## ART. 27.

L'assunzione del direttore di ospedale psichiatrico viene effettuata in seguito a pubblico concorso per titoli riservato al personale in servizio con la qualifica di direttore, vicedirettore o caporeparto di ospedale psichiatrico, primario di reparto psichiatrico esterno o aiuto effettivo di clinica psichiatrica universitaria.

L'assunzione del restante personale sanitario di ospedale psichiatrico e del personale sanitario di reparto psichiatrico esterno si effettua in seguito a pubblico concorso per

titoli ed esami regolato dalle norme in vigore per gli ospedali generali di I categoria.

La composizione delle commissioni esaminatrici, la valutazione delle prove e dei titoli e l'attribuzione di un coefficiente ai medesimi sono disciplinate dal regolamento di esecuzione della presente legge. A parità di merito l'anzianità di servizio nella qualifica costituisce titolo di preferenza.

L'assunzione dei sanitari addetti agli asili psichiatrici si effettua in base alle disposizioni del regolamento interno.

Il personale ausiliario delle istituzioni contemplate dalla presente legge sarà reclutato tra le persone in possesso del relativo diploma mediante pubblico concorso per esami.

## TITOLO VI.

### COMPETENZA DELLE SPESE

#### ART. 28.

L'onere delle spese per le prestazioni erogate dai dispensari d'igiene mentale e dai reparti psichiatrici esterni è a carico degli enti e delle persone che sono tenuti al pagamento delle stesse per le comuni infermità.

L'onere delle spese per il ricovero e la cura negli ospedali psichiatrici e negli asili psichiatrici è a carico dell'Amministrazione provinciale nella cui circoscrizione ha la residenza l'assistito, con facoltà di rivalsa verso gli enti e le persone di cui al comma precedente, secondo le modalità e nei limiti disciplinati dal regolamento di esecuzione della presente legge o da apposite convenzioni.

Le spese di qualunque genere per gli infermi di nazionalità straniera sono a carico dello Stato, salvo gli effetti delle relative convenzioni internazionali.

Le spese per gli alienati condannati o giudicabili, ricoverati sia in ospedali psichiatrici giudiziari, sia in sezioni speciali di quelli comuni, sono a carico dello Stato per i condannati fino al termine di espiazione della pena e per i giudicabili fino al giorno in cui l'Autorità giudiziaria dichiara non farsi luogo a procedimento a loro carico.

La competenza delle spese per il trasporto degli infermi è disciplinata dal regolamento di esecuzione della presente legge.

#### ART. 29.

Le spese comunque inerenti all'espletamento delle funzioni di vigilanza demandate

al giudice delegato e quelle relative al controllo tecnico sulle istituzioni psichiatriche sono a carico del ministero della sanità, con facoltà di rivalsa a norma del regolamento di esecuzione della presente legge.

**ART. 30.**

Le controversie relative alle spese di spedalizzazione e di trasporto, nelle quali siano interessati lo Stato, più provincie, i comuni e gli enti in genere, obbligati al mantenimento degli infermi, sono regolate dall'articolo 29, n. 7, del testo unico delle leggi sul consiglio di Stato approvato con regio decreto 26 giugno 1924, n. 1054.

**TITOLO VII.****CASE DI CURA PRIVATE****ART. 31.**

Le leggi vigenti ed il regolamento generale delle istituzioni psichiatriche stabiliscono le norme per l'attuazione e l'esercizio di case di cura private per disturbi mentali.

Queste vanno distinte in due categorie, secondo che siano assimilabili a reparti psichiatrici esterni, ovvero svolgono funzioni di asilo psichiatrico. Non è consentito l'esercizio di case di cura private assimilabili per funzioni agli ospedali psichiatrici.

Le case di cura private sottostanno a tutti gli obblighi previsti dalla presente legge e dal relativo regolamento per le corrispondenti istituzioni pubbliche, fatta eccezione per l'assunzione dei sanitari.

Il personale sanitario delle case di cura private per disturbi mentali sarà assunto, in numero non inferiore a quello fissato per le suddette istituzioni pubbliche, tra i medici in possesso del diploma universitario di specializzazione in psichiatria.

**ART. 32.**

È in facoltà delle Amministrazioni provinciali di gestire, nell'ambito dell'ospedale psichiatrico anche se territorialmente disgiunti, reparti a pagamento per malati abbienti, assistiti dallo stesso personale dell'ospedale psichiatrico, con le modalità in vigore per i reparti a pagamento degli ospedali generali.

TITOLO VIII.

**VARIE E TRANSITORIE**

ART. 33.

Sono abrogati la legge 14 febbraio 1904, n. 36, il relativo regolamento 16 agosto 1909, n. 615, ed ogni altra norma in contrasto con la presente legge.

È altresì abrogata la disposizione di cui all'articolo 604, n. 2, del Codice di procedura penale, per la parte relativa all'annotazione dei ricoveri e delle dimissioni dei soggetti affetti da disturbi mentali.

ART. 34.

La presente legge entrerà in vigore un anno dopo la sua pubblicazione unitamente al relativo regolamento di esecuzione, da emanarsi entro il detto termine su proposta del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'interno, il Ministro di grazia e giustizia e il Ministro del tesoro.