CAMERA DEI DEPUTATI N. 2130

DISEGNO DI LEGGE

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
(ANDREOTTI)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO
(COSSIGA)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA
(BONIFACIO)

E COL MINISTRO DELLA SANITÀ
(ANSELMI TINA)

—

Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori

Seduta del 19 aprile 1978

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La dichiarazione programmatica del Governo fa riferimento all'accordo intervenuto tra le forze politiche, che compongono la maggioranza parlamentare, per la presentazione di disegno di legge sostitutivo delle norme vigenti in materia di trattamenti sanitari obbligatori, compresi quelli psichiatrici.

Il Governo aveva già da tempo avvertito questa esigenza. Il disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale, presentato al Parlamento il 16 marzo 1977, contiene al riguardo una delega al Governo per disciplinare compiutamente la materia. Va aggiunto che anche la grande maggioranza delle forze politiche, culturali e sociali del paese è concorde nel ritenere la necessità di una nuova disciplina della materia che, per quanto concerne in particolare le malattie mentali, prenda il posto della legge 14 febbraio 1904, n. 36,

fatta oggetto, tra l'altro, di *referendum* abrogativo.

Detta legge, infatti, accanto a finalità di ordine terapeutico, dispone misure di sicurezza volte ad evitare « la pericolosità a sé e agli altri » dei malati di mente e il « pubblico scandalo ».

Essa si fonda su una particolare concezione dei malati di mente, considerati come « alienati », cioè come persone la cui mente è diversa, (cioè « aliena ») rispetto a quella dei sani.

Alla base di tale atteggiamento stanno una scarsa conoscenza della natura della malattia mentale e la sopravvivenza di pregiudizi e di paure irrazionali, retaggio di epoche passate, che hanno determinato sovente reazioni espulsive, largamente eccedenti le pur comprensibili necessità di una difesa sociale.

Non può essere dimenticato che sino alla fine del 1700 il malato mentale con note di pericolosità è stato considerato piuttosto un individuo dannoso e irrecuperabile da rinchiudere in carcere che un ammalato da curare. Nell'800, invece, sotto l'influsso di una cultura positivistica che ha dato della malattia mentale una interpretazione in termini rigidamente biologici, con scarsa considerazione per i fattori sociologici, psicologici e culturali, gli ammalati di mente sono stati considerati come pazienti da esaminare e da trattare in appositi ambienti ospedalieri, idonei a consentire indagini e terapie biologiche.

La perdurante convinzione dell'inguaribilità e della pericolosità, ritenute presenti nella maggior parte di questo tipo di ammalati, largamente condivisa dalla pubblica opinione e dai legislatori dell'epoca, unita alla richiesta di appositi spazi di cura avanzata dalla scienza medica di ispirazione positivistica, hanno trovato risposta, da parte dei pubblici poteri, nell'istituzione degli ospedali psichiatrici, affidati per ragioni di finanziamento ad un ente territoriale quale la provincia.

La legge del 1904 rispecchia questa duplice esigenza: organizzare da un lato le apposite strutture ospedaliere invocate dalla cultura medica dell'epoca, e farne al tempo stesso il luogo di attuazione delle misure restrittive, basate sul giudizio di disvalore implicito nel concetto di pericolosità, di alienità e di scandalo pubblico, attribuite *de facto* e aprioristicamente ai malati di mente.

La presenza di questa seconda finalità, la difesa della società dalla potenziale violenza dei devianti sociali, attraverso misure restrittive della libertà, spiega l'intervento dell'autorità giudiziaria e delle forze di polizia come modalità ordinaria dei ricoveri in ospedale psichiatrico.

Ben diversa è, invece, l'impostazione data a questi problemi dalla Costituzione. L'articolo 32 statuisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Aggiunge, poi, che nessuno può essere obbligato a un dato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e che la legge, da parte sua, non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

L'interesse, in questa nuova impostazione costituzionale, è squisitamente sanitario.

È la tutela della salute che viene assunta come compito diretto dello Stato e non solo la funzione di polizia sanitaria.

Sono i diritti dei singoli cittadini che vengono tutelati con la riserva di legge per i trattamenti obbligatori e non solo l'interesse della collettività « contro » la pericolosità di singoli suoi componenti.

È il rispetto della persona umana che assurge a termini di verifica e a limite insuperabile per la elaborazione legislativa e questo rispetto è dovuto in tutti i casi di trattamento sanitario obbligatorio, quindi anche nei confronti degli ammalati di mente, senza più discriminazione di sorta.

La norma dell'articolo 32 integra e sviluppa, con riferimento alla materia dei trattamenti sanitari obbligatori, i princìpi fondamentali di libertà e di eguaglianza contenuti negli articoli 2 e 3 della Costituzione.

Ma anche da un punto di vista scientifico l'impostazione odierna è diversa rispetto a quella d'ispirazione positivistica di inizio secolo. Le concezioni della psichiatrica dinamica e della psicoanalisi, l'ac-

cresciuta potenzialità terapeutica degli psicofarmaci e l'esito positivo di molte nuove metodiche di cura consentono oggi di capovolgere la prognosi di molte malattie mentali e, comunque, di ridurre drasticamente nel tempo e nell'entità le autentiche manifestazioni di pericolosità.

Tutto ciò è servito a dimostrare che la malattia mentale è una malattia non diversa dalle altre, abbisognevole al pari delle comuni affezioni di misure preventive, di diagnosi precoci, di cure intensive in determinati e circoscritti periodi di tempo, e di cure estensive nel restante, prevalente periodo di trattamento terapeutico.

Questi mutamenti scientifici, culturali e operativi, hanno messo in crisi l'adeguatezza funzionale dell'istituzione psichiatrica rispetto ai nuovi compiti che la scienza medica si è data; alla loro luce divengono inaccettabili la costrizione emarginante che il ricovero in istituto psichiatrico comporta e l'influenza nociva che la connessa desocializzazione esercita sui ricoverati.

In questo mutato contesto di riferimenti legislativi e politici, scientifici e sociali, va riaffrontato il problema dei trattamenti sanitari obbligatori.

È la strada che è stata seguita dal Governo nell'elaborare la delega prevista dall'articolo 48 del proprio disegno di legge n. 1252 ed è anche quella che ha portato alla stesura degli articoli 30 e 54 del testo unificato elaborato dalla Commissione sanità della Camera.

In particolare nei testi ricordati vengono affermati i seguenti princìpi:

il fine da perseguire è il soddisfacimento di un'esigenza propriamente sanitaria e cioè la tutela della salute dei cittadini bisognosi di un dato trattamento sanitario obbligatorio, per motivi che riguardano, anzitutto, il loro stato di salute e solo in via riflessa l'interesse collettivo (rischi di epidemie, ecc.);

l'organo da investire del potere di decidere questi trattamenti sanitari obbligatori deve, per conseguenza, essere un organo sanitario e non giudiziario, e cioè, al momento, il sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria. Analogamente i poteri organizzatori e legislativi sono da attribuire all'istituzione che provvede di regola in materia sanitaria e cioè alla regione;

la malattia mentale è una normale malattia, senza distinzioni e senza tutele differenziali, che non siano quelle suggerite in sede tecnica dalla scienza medica, da praticare comunque nel contesto della normale rete dei servizi e dei presidi territoriali, ambulatoriali e ospedalieri;

può esistere per la malattia mentale, come per altre malattie, la necessità di trattamenti obbligatori, dovuti ad una carente o errata coscienza di sé e dei rapporti con l'esterno e, quindi, all'impossibilità di partecipare volontariamente e consapevolmente ad un progetto di cura. Tuttavia, l'attuazione dei trattamenti obbligatori deve essere accompagnata da ogni possibile iniziativa per promuovere al più presto il consenso e la partecipazione del paziente al trattamento sanitario e da un complesso di garanzie sanitarie, amministrative e giurisdizionali per evitare qualsiasi abuso;

l'introduzione di questi nuovi princìpi 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;

non si può evitare, per conseguenza, un periodo transitorio connesso a tempi tecnici occorrenti per l'attivazione dei servizi extraospedalieri e per la riorganizzazione di quelli di ricovero degli ospedali generali, durante il quale le istituzioni psichiatriche continueranno ad operare, sia pure nella prospettiva della loro progressiva estinzione.

In una logica diversa si è mossa l'iniziativa dei promotori del *referendum* abrogativo della legge 14 febbraio 1904, n. 36.

L'iniziativa appare inessenziale se riferita ai princìpi e agli orientamenti sopra descritti sia perché essi erano già stati acquisiti nel disegno di legge governativo

all'epoca della richiesta di *referendum*, sia perché la necessità del superamento della legge del 1904 risulta chiaramente condivisa dal Governo e dalla maggioranza delle forze politiche.

Riferita, invece, ai contenuti del *referendum* abrogativo e alle conseguenze che ne potrebbero discendere in caso di votazione favorevole, l'iniziativa appare preoccupante per il vuoto normativo che, sia pure temporaneamente, produrrebbe.

La carenza di servizi alternativi e la inadeguatezza, allo stato presente, degli ospedali generali hanno responsabilmente indotto il Governo e le forze politiche che lo sostengono a seguire la via dell'anticipata approvazione delle norme contenute nella legge di riforma sanitaria, mediante uno stralcio degli articoli 30 e 54 del disegno di legge elaborato dalla Commissione sanità della Camera. L'approvazione in tempo utile di tali norme, ribaltando in modo radicale l'impostazione della tutela dei malati di mente, costituisce un superamento sostanziale della legge 14 febbraio 1904, n. 36, e rende non necessario lo svolgimento del *referendum* abrogativo.

A questo scopo, tuttavia, non può essere ritenuto sufficiente lo stralcio in senso letterale degli articoli citati. La disciplina che ne scaturirebbe sarebbe essa stessa carente in quanto il testo predisposto dalla Commissione sanità della Camera presuppone servizi e strutture che saranno attuati solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Lo stralcio deve correttamente intendersi come fedele riproduzione dei contenuti sostanziali degli articoli 30 e 54, integrati da disposizioni indispensabili per rendere immediatamente operative le nuove norme e per assicurare forme di garanzia azionabili nelle debite sedi contenziose, il tutto da valere come disciplina-ponte, preparatoria della riforma sanitaria ed entro questa destinata ad essere riassorbita come espressamente previsto nell'articolo 10; in questo senso il Governo ha sollecitato il consenso della maggioranza parlamentare.

Nel rispetto di tali intendimenti e delle esigenze prima ricordate è stato elaborato il disegno di legge che si compone di 10 articoli. L'articolo 1 contiene i princìpi fondamentali della nuova disciplina sugli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

L'affermazione con la quale si apre, e cioè che gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari, non è una mera formula di rito, ma la codificazione di un principio alla luce del quale i trattamenti sanitari obbligatori si qualificano come interventi eccezionali, resi necessari, nei soli casi previsti dalla legge, da situazioni di particolare gravità, che pongono l'obbligo per chi li esegue di rispettare comunque la dignità della persona e i diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione e di promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento sanitario.

La previsione di possibili trattamenti obbligatori non è riferita a specifiche malattie, ma a tutti i casi espressamente previsti da leggi dello Stato. La formulazione adottata fa cadere ogni discriminazione nei confronti delle malattie mentali, che vengono prese in considerazione nell'ambito dei trattamenti obbligatori alla stregua di ogni altra malattia, senza più riferimento a una supposta pericolosità a sé o agli altri o all'occasione di scandalo.

A conferma che l'interesse portato alle malattie richiedenti trattamenti obbligatori è esclusivamente di carattere sanitario, è previsto che i provvedimenti relativi siano disposti dal sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, che siano adottati su proposta medica motivata e che le condizioni e le circostanze che ne costituiscono il presupposto tecnico vengano ulteriormente verificate, in caso di ricovero ospedaliero, dal medico della struttura di ricovero.

L'articolo 2 precisa che i trattamenti sanitari obbligatori possono essere adottati anche nei confronti di persone affette da malattie mentali: tuttavia, per poter ricoverare in ospedale un ammalato di mente, questi deve presentare gravi alterazioni psichiche e debbono esistere condizioni e circostanze tali da rendere impossibile l'adozione di idonee misure sa-

nitarie di altra natura. In altri termini in luogo di specificare una casistica di forme patologiche che richiedono il ricovero, si è preferito un riferimento indiretto, ma verificabile e apprezzabile da chi il provvedimento deve adottare o convalidare, e cioè la possibilità o meno di idonee misure curative di altra natura.

Il disegno di legge prevede altresì un duplice ordine di garanzie: le garanzie tecnico-sanitarie che fanno specifico riferimento alle condizioni e alle circostanze che hanno reso necessario il provvedimento e a taluni aspetti del trattamento (relazione medica motivata, verifica da parte del medico della struttura di ricovero, libertà di scelta del medico e del luogo di cura), e le garanzie giurisdizionali, che riguardano più propriamente gli effetti sulla libertà personale che conseguono al trattamento obbligatorio, (diritto dell'infermo di comunicare con chi ritenga opportuno; notifica del provvedimento e dei prolungamenti al giudice tutelare; ricorso al tribunale contro i provvedimenti del sindaco convalidati dal giudice tutelare; sanzione penale per le omissioni di comunicazione).

Anche se non espressamente previsto è evidente che i trattamenti sanitari obbligatori possono assumere forme molteplici: il trattamento ambulatoriale, quello domiciliare, quello in strutture di ricovero pubbliche o private dichiarate idonee dalla regione.

Nell'articolo 3, che contiene le modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori, è sanzionato il diritto alla scelta del medico e del luogo di cura. La riaffermazione di questo principio di libertà, che è sancito dalla Costituzione ed è ribadito dal disegno di legge di riforma sanitaria, appare quanto mai opportuna in un contesto legislativo che ha per oggetto misure sanitarie che limitano la libertà personale.

Gli eventuali trattamenti sanitari obbligatori in condizione di ricovero debbono essere attuati in specifici e autonomi servizi psichiatrici di ricovero e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendono i presidi e i servizi extra ospedalieri psichiatrici e che garantiscono la continuità terapeutica. Non sarà più possibile, pertanto, ricoverare in istituzioni psichiatriche le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio; si rende cioè irreversibile il processo di graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici.

La scelta del servizio di diagnosi e cura, in luogo della divisione o della sezione, quale struttura organizzativa propria della psichiatria in ospedale generale, tende a sottolineare la destinazione di questa struttura a fungere da supporto ai servizi psichiatrici territoriali per assicurare la continuità terapeutica, in questo campo più che mai necessaria date le implicazioni relazionali tra paziente ed *équipe* curante.

È precisato al riguardo che deve trattarsi di un servizio specifico, dotato quindi di propri spazi ambulatoriali e di proprie disponibilità di ricovero all'interno dei dipartimenti che le regioni promuoveranno secondo il disposto del decreto ministeriale 8 novembre 1976.

L'articolo 4 disciplina il procedimento a garanzia della libertà dei pazienti fatti oggetto di trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero. Titolare della facoltà di disporre trattamenti sanitari obbligatori è solo il sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria. I provvedimenti devono essere notificati al giudice tutelare che li convalida o non con decreto motivato. La scelta del giudice tutelare non è senza significato: anzitutto si è fatto riferimento a una categoria di magistrati che è presente capillarmente sul territorio; inoltre nel trattamento sanitario obbligatorio si è voluto vedere non tanto una limitazione della libertà del singolo cittadino quanto piuttosto una misura sanitaria. Sarà il giudice tutelare, che è competente per la tutela dei minori, degli interdetti, degli inabilitati e degli incapaci, a valutare l'opportunità di adottare i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

Per quanto concerne la competenza ad ottenere e convalidare il provvedimento è previsto che per gli interventi urgenti sia

il sindaco e il giudice tutelare del luogo dove si trova l'infermo; per i successivi interventi il sindaco e il giudice tutelare del luogo di residenza dell'infermo, i quali meglio possono controllare quelle circostanze non sanitarie che giustificano il ricovero.

Il sistema di garanzie è rafforzato dalla previsione di cessazione degli effetti del provvedimento che dispone il trattamento obbligatorio o che ne prolunga la durata in caso di omessa comunicazione al sindaco o al giudice tutelare, e dalla configurazione di reati penalmente perseguibili per le omesse comunicazioni.

L'articolo 5 disciplina la revoca e la modifica del provvedimento con il quale è stato disposto il trattamento.

La misura sanitaria e non specificamente restrittiva della libertà personale, che il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio viene ad assumere, comporta la possibilità per chiunque abbia interesse di adire il sindaco, senza particolari formalità e in ogni tempo, per chiedere la revoca o la modifica del trattamento; il sindaco è tenuto a decidere sulle richieste ricevute entro trenta giorni.

Ad un medesimo spirito di massima accelerazione delle decisioni e di semplificazione delle procedure, è ispirato l'articolo 6 che disciplina i ricorsi giurisdizionali.

I ricorsi vanno proposti contro il provvedimento del sindaco convalidato dal giudice tutelare. I tempi assegnati per proporre ricorso e per decidere sulle sospensive sono rispettivamente di trenta e di dieci giorni. Le formalità sono ridotte all'essenziale; le parti hanno la possibilità di stare in giudizio senza ministero di difensore e possono farsi rappresentare da persona munita di mandato. Di particolare interesse è la possibilità riconosciuta al sindaco di ricorrere contro la mancata convalida del provvedimento da parte del giudice tutelare.

Tutte le semplificazioni introdotte mirano a favorire la rapida conclusione dei giudizi e a rendere reale – e non soltanto formale – la tutela giurisdizionale assicurata ai cittadini, come peraltro si conviene in situazioni in cui gli effetti di una controversia, che è e resta di natura sanitaria, finiscono per incidere sulla sfera di libertà dei cittadini interessati.

I successivi articoli 7 e 8, di carattere organizzatorio, riprendono sostanzialmente i contenuti dell'articolo 54 elaborato dalla Commissione sanità della Camera con alcune specificazioni necessarie per rendere immediatamente e concretamente operativa la legge.

Alla base del sistema organizzativo dagli articoli 7 e 8 vengono posti i seguenti princìpi:

l'attribuzione immediata alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica ed in particolare delle funzioni di programmazione e di coordinamento per la integrazione dei presidi e dei servizi psichiatrici e di igiene mentale con le strutture sanitarie operanti nel territorio, che è la logica conseguenza dell'abolizione di ogni discriminazione riguardo alle malattie mentali;

la conservazione alle province, fino alla istituzione del servizio sanitario nazionale, delle attribuzioni delle funzioni di gestione delle strutture di ricovero da esercitare anche mediante convenzioni con gli enti ospedalieri e con le altre strutture di ricovero e cura, stipulate sulla base di uno schema tipo approvato con decreto del Ministro della sanità, sentite le regioni. La convenzione deve disciplinare, in particolare, gli aspetti finanziari del rapporto province-ospedali e le altre istituzioni convenzionate, nonché le modalità per la utilizzazione del personale degli istituti e servizi psichiatrici negli appositi servizi ospedalieri;

il divieto di superare con le nuove iniziative gli importi stanziati nei bilanci delle amministrazioni provinciali per le attività in questione e, sempre per ragioni di rigorosa amministrazione, l'estensione agli ospedali psichiatrici dei divieti contenuti nell'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 496, convertito con modificazioni nella legge 17 febbraio 1978, n. 43.

Le specifiche indicazioni contenute nel quinto e settimo comma dell'articolo 7 (divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, di utilizzare quelli esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, di istituire negli ospedali divisioni o sezioni psichiatriche, obbligo di utilizzare nei servizi psichiatrici degli ospedali generali lo stesso personale degli attuali istituti psichiatrici e dei servizi psichiatrici extra ospedalieri) costituiscono limiti necessari alla competenza programmatoria delle regioni per rendere concretamente operante il superamento dell'istituzione psichiatrica.

Il superamento dell'istituzione psichiatrica è rimesso all'iniziativa delle regioni che vi provvedono attraverso l'attivazione dei servizi alternativi sul territorio e l'organizzazione dei servizi psichiatrici negli ospedali generali. Parimenti è rimesso alle regioni di individuare le strutture di ricovero e cura, pubbliche e private, idonee ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero o quelle presso le quali i servizi psichiatrici debbono essere istituiti al più presto.

Il disegno di legge prevede, altresì, il graduale adeguamento del trattamento economico e degli istituti normativi di carattere economico del personale degli attuali ospedali psichiatrici a quello delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri con decorrenza dalla data di approvazione della legge sulla istituzione del servizio sanitario nazionale e, comunque, dal 1° gennaio 1979. La competenza in materia appartiene tuttora alle province. Molte hanno già provveduto ad estendere al personale in questione il trattamento ospedaliero.

Non si è ritenuto tuttavia opportuno inserire una norma di automatica estensione, sia per ragioni economiche contingenti, sia perché si tratta di una materia tipica della contrattazione sindacale.

Peraltro, l'esigenza della omogeneizzazione dei trattamenti del personale in tutti i comparti sanitari, che è stata seguita durante le trattative per i rinnovi convenzionali e contrattuali, si impone anche per questo settore, essendo impensabile di poter utilizzare nei servizi psichiatrici, sia ospedalieri, sia extraospedalieri, sia nei compiti residui degli istituti psichiatrici, per gli stessi compiti, personale con diversi trattamenti economici e normativi.

L'articolo 8 prevede l'estensione della nuova disciplina anche ai ricoverati in base a provvedimenti coattivi, nelle attuali strutture psichiatriche, al momento della entrata in vigore della legge.

Per la prima convalida di ricovero è prevista una particolare procedura, mentre per i prolungamenti successivi e per le richieste in via amministrativa di revoca o di modifica del provvedimento si applicano le norme generali.

L'articolo 9 introduce alcune modifiche all'articolo 716 del codice penale.

L'articolo 10, infine, dispone l'espressa abrogazione degli articoli della legge n. 36 del 1904, oggetto della richiesta di *referendum*, di alcune norme del codice penale, del codice civile e del testo unico delle leggi per la disciplina dell'elettorato attivo, nonché di tutte le altre norme incompatibili con la nuova disciplina.

Nello stesso articolo è riaffermato il carattere transitorio della normativa che dovrà essere organicamente inserita nel contesto del provvedimento di istituzione del servizio sanitario nazionale.

DISEGNO DI LEGGE

—

ART. 1.

(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Tuttavia, accertamenti e trattamenti sanitari possono essere disposti in via obbligatoria dall'autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta medica motivata.

ART. 2.

(Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale).

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Qualora il trattamento sanitario obbligatorio comporti il ricovero ospedaliero, esso può essere disposto solo se esistano gravi alterazioni psichiche e condizioni e circostanze che lo giustifichino per la impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura.

La proposta di trattamento obbligatorio in regime di ricovero deve essere motivata in relazione ai presupposti indicati nel comma precedente, la cui esistenza va verificata dal medico della struttura di ricovero.

ART. 3.

(Modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori).

Salva la scelta del medico e del luogo di cura, gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate.

I trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da ogni iniziativa volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Qualora il trattamento sanitario obbligatorio consista nel ricovero in una struttura pubblica per una malattia mentale, esso deve essere attuato esclusivamente in specifici ed autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendano i presidi e i servizi extra ospedalieri psichiatrici e che garantiscano la continuità terapeutica.

L'ordinamento dei servizi di diagnosi e cura psichiatrici istituiti negli ospedali generali deve uniformarsi alle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

ART. 4.

(Procedimento relativo ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero).

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero, corredato dalle certificazioni mediche indicate nell'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, a mezzo di messo comunale al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, convalida o non convalida il provvedimento con decreto motivato.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il responsabile sanitario della struttura di ricovero è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco del luogo di residenza, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare del luogo di residenza dell'infermo con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Sulla base delle comunicazioni del responsabile della struttura di ricovero, il sindaco dà comunicazione al giudice tutelare della cessazione del trattamento sanitario obbligatorio o della sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

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

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

ART. 5.

(Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio).

Chiunque vi abbia interesse può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro trenta giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

ART. 6.

(*Tutela giurisdizionale*).

L'infermo 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 secondo comma dell'articolo 4, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento 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 informazioni e raccolte 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. 7.

(Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica).

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza ospedaliera psichiatrica, già esercitate dalle province, sono trasferite per i territori di loro competenza alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e Bolzano.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli attuali presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano entro il 30 giugno 1978 le strutture pubbliche e private idonee ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero o presso le quali debbono essere istituiti i servizi di cui al quarto comma dell'articolo 3, programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio, attuano il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento.

Nuove iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali e istituire negli ospedali divisioni o sezioni psichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi di diagnosi e cura psichiatrici degli ospedali generali è addetto lo stesso personale degli attuali servizi psichiatrici ospedalieri ed extra ospedalieri.

I conseguenti rapporti finanziari tra le province e gli enti ospedalieri nonché la utilizzazione del personale sono regolati da apposite convenzioni conformi a schemi approvati entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della sanità sentite le regioni e l'Unione delle province d'Italia.

Dall'approvazione della legge sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale e, comunque, a partire dal 1° gennaio 1979, in sede di rinnovo contrattuale si provvederà al graduale adeguamento del trattamento economico e degli istituti normativi di carattere economico del personale degli attuali ospedali psichiatrici pubblici a quelli delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

ART. 8.

(Infermi già ricoverati).

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati al momento della entrata in vigore della presente legge nelle attuali strutture psichiatriche in base a provvedimenti coattivi.

Per tali degenti il primario responsabile della divisione entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, comunica al sindaco con singole relazioni motivate i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il trattamento sanitario obbligatorio e di quelli per i quali tale misura non sia necessaria.

Il sindaco provvede per ciascun degente secondo le modalità e con il rispetto degli adempimenti di cui all'articolo 4.

L'omissione delle comunicazioni di cui al presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento coattivo di ricovero e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

ART. 9.

(*Modifiche al codice penale*).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

ART. 10.

(*Norme finali*).

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-*bis* della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 20 marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffusive, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica.