

CAMERA DEI DEPUTATI ^{N. 1707}

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ARTIOLI, CASALINUOVO, CURCI, SEPPIA, SCAGLIONE,
MARIANETTI, FIANDROTTI, FINCATO GRIGOLETTO,
SACCONI, SANTINI, PIRO**

Presentata il 18 maggio 1984

Modifiche ed integrazioni alla legge 23 dicembre 1978, n. 833,
per l'attuazione degli interventi per la tutela della salute
mentale

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il significato ed i contenuti innovativi della legge 13 maggio 1978, n. 180, successivamente integrati come articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale, rappresentò il risultato di un fecondo processo di crescita sociale tesa ad effettuare ed a sostenere in concreto la lotta contro l'emarginazione sociale collegata ai disturbi mentali. Tale normativa venne approvata dal Parlamento con ampi suffragi di tutte le forze politiche più coraggiosamente impegnate sui temi della giustizia sociale, seppure nei tempi ristretti imposti dall'incombenza di un referendum sull'abolizione della passata legge psichiatrica, promosso dal partito radicale.

È tuttavia incontestabile la vastissima partecipazione che il dibattito sulle cause e le forme dell'emarginazione sociale, come pure delle misure per prevenirla e per superarla aveva avviato nella collettività nazionale da oltre un decennio — e ben al di fuori di ambiti scientifici specializzati, anche a differenza di quanto verificatosi in altri paesi, dove pure i grandi temi della sofferenza e del disadattamento sociale collegati in particolare alle condizioni di vita nelle società socio-economicamente più sviluppate, erano stati affrontati.

È quindi lecito affermare che la riforma dell'assistenza psichiatrica non possa intendersi, come ingiustamente alcuni nostalgici della passata concezione custodia-

listico-repressiva e scientifico-aristocratica sostennero, un *golpe* legislativo operato da una esigua minoranza di idealisti, cui una classe politica sprovvista e timorosa di apparire retrograda non ebbe la forza di controbattere le ragioni di un più cauto realismo.

A sei anni dall'entrata in vigore della legge si registra un moltiplicarsi di iniziative critiche, sotto forma di movimenti di opinione, associazioni di familiari di sofferenti psichici, segnali di scontento raccolti e talvolta amplificati da una informazione giornalistica spesso più attenta alla denuncia ed allo sporadico dato eclatante che a valutazioni di carattere più complessivo e che in alcuni casi si sono espresse in proposte di legge che rappresentano talvolta un dichiarato ed esplicito tentativo di ritornare nei fatti ad impostazioni politico-assistenziali preriformistiche in tema di salute mentale.

Di fronte alla pressione di dette istanze restaurative di un passato regime custodialistico, incoraggiata invero da un più generale indebolimento delle spinte ideali di cambiamento sociale, ma soprattutto giustificata dai non pochi e talvolta assai gravi aspetti carenti dell'attuale sistema assistenziale in materia psichiatrica nel paese, è apparso doveroso sottoporre ad un rigoroso esame critico la presente legislazione con il preciso intento di identificare quali degli aspetti lacunosi attualmente riscontrabili nell'assetto complessivo dei servizi psichiatrici fossero imputabili a carenze legislative, onde porvi sollecito ed efficace rimedio.

Il criterio di trarre dall'analisi delle situazioni concrete l'indicazione per un adeguamento legislativo si presenta in questa occasione assai controverso dal momento che, allo stato attuale, è dato constatare l'avvenuta attivazione di servizi quanti-qualitativamente adeguati a dare soddisfacente risposta alla multiforme espressione della sofferenza psico-adattiva e conseguente richiesta di assistenza in alcuni contesti, a differenza di altri dove la pretesa di una riforma non avvenuta nei fatti ha reso forse ancora più stridente

ed inaccettabile la già drammatica situazione assistenziale di partenza.

Le diverse realtà attuali rappresentano quindi un *test* valutativo non già della legge nei suoi generali principi ispiratori quanto degli strumenti tecnici dalla stessa indicati e che, alla verifica dei fatti, si sono per certi aspetti dimostrati insufficienti laddove insufficiente è risultato lo sforzo congiunto delle competenze tecniche e politico-amministrative a riempire di contenuti realizzativi le indicazioni senza dubbio sommarie di una legge-quadro.

Un tentativo di bilancio nel suo insieme della legge, non tanto sui presupposti teorici quanto sui risultati concreti previsti dalla stessa in termini di diversificazione, corrispondenza ed efficacia delle risposte alle domande di assistenza psichiatrica, appare oggi valutabile in termini senz'altro favorevoli a fronte di alcuni dati quali l'incremento dei servizi territoriali e ospedalieri di diagnosi e cura (passati questi ultimi nel solo periodo gennaio 1980-giugno 1981 da 158 a 216) il progressivo decremento dei ricoverati negli istituti psichiatrici pubblici e privati (da 55.000 a 33.000), l'avvio, specie in alcuni contesti, di strutture residenziali alternative ai manicomi oltre ad un clima assai più favorevole nei confronti del soggetto affetto da disturbi psichici, una volta infranta la logica perversa di accomunare « per legge » le condizioni di malattia mentale a quelle di pericolosità sociale.

Segnale inequivoco della giusta direzione in cui la riforma dell'assistenza psichiatrica si è mossa in Italia è l'attivazione di processi analoghi manifestatisi in altri paesi, nonché l'esplicita raccomandazione ad orientarsi sull'esempio della legge n. 180, pronunciata dall'Ufficio europeo sulla salute mentale dell'Organizzazione mondiale della sanità, nel novembre 1979.

La validità riconosciuta alla legge nei suoi fondamenti non ci autorizza tuttavia a sottacere le già menzionate aree lacunose che, appunto perché perduranti al di là dei limiti fisiologici di un processo di ristrutturazione così radicale e com-

plesso, rimandano all'adozione di interventi correttivi, che tuttavia in alcun modo debbono rappresentare occasioni regressive rispetto agli obiettivi teorico-applicativi previsti dalla legge attuale, ma esserne semmai strumenti di un più sollecito e rispondente perseguimento.

In questa precisa direzione si mossero alcuni deputati del PSI nel giugno 1982 allorché presentarono una mozione di impegno al Governo ad emanare un atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 5 della legge n. 833 del 1978 per la corretta e puntuale applicazione della legge n. 180 del 1978 attraverso la definizione: a) del servizio di salute mentale a struttura dipartimentale; b) delle sue forme di intervento; c) delle modalità e dei tempi stabiliti dalle regioni per il superamento degli ospedali psichiatrici nonché d) la determinazione del finanziamento per il raggiungimento degli stessi obiettivi.

Gli stessi contenuti, ulteriormente elaborati e resi più rispondenti alla realtà presente, vengono ora presentati sotto forma di proposta di legge che nella stessa denominazione dell'articolato (35-bis, ter, quater, ecc.) vuole presentarsi come perfezionamento correttivo ed integrativo dell'attuale legge e non mai come suo sostanziale stravolgimento.

Ai temi citati, tra i quali una enfasi privilegiata viene riservata all'avvio o al potenziamento delle strutture residenziali alternative all'ospedalizzazione, si aggiungono quelli degli strumenti di promozione e vigilanza sulla riforma dell'assistenza psichiatrica a livello nazionale e regionale in ciò recependo, il lavoro propositivo contenuto nel disegno di legge del Governo presentato il 15 marzo 1984.

E, infatti, l'articolo 1 lascia fondamentalmente immutata la formulazione dell'articolo 34 — e non poteva essere altrimenti visto che disciplina gli accertamenti e trattamenti sanitari, in particolare quelli obbligatori, e che, proprio in ragione di questa sua funzione, non ammette l'inserimento di statuizioni non omogenee — aggiungendovi solo quella necessaria previsione di intervento, nei

casi di necessità e di urgenza, garantendone, peraltro, — cosa che il disegno di legge governativo non aveva fatto — la professionalità attraverso la previsione di un'equipe psichiatrica di pronto intervento che può avvalersi, solo in casi estremi, dell'autorità di pubblica sicurezza.

Lasciato immutato l'articolo 35 che esplica chiaramente una funzione di garanzia della personalità del malato da eventuali e possibili soprusi o eccessi di potere, l'articolo 2 aggiunge ad esso gli articoli 35-bis, ter, quater e quinquies.

L'articolo 35-bis è l'articolo chiave della presente proposta di legge che — nel recepire le critiche provenienti anche dai sostenitori della legge n. 180 del 1983 — provvede a delineare la morfologia dei servizi a struttura dipartimentale e le loro articolazioni sul territorio, fornendo alle regioni quelle indicazioni, immediatamente operative, la cui mancanza ha generato quel panorama eterogeneo e frammentario della psichiatria nazionale al quale si è già accennato e la cui realizzazione non può essere ulteriormente procrastinata.

Nel recepire la proposta del disegno di legge governativo nel suo valore di garanzia della partecipazione democratica del cittadino alla gestione dell'assistenza psichiatrica, l'articolo 35-ter prevede l'istituzione di una commissione regionale, con funzioni di proposta e vigilanza, statuendone la composizione delle rappresentanze sociali e istituzionali.

A livello nazionale, l'articolo 35-quater prevede inoltre la istituzione di una Commissione nazionale prevalentemente con funzioni di verifica della esecuzione della legge.

L'articolo 35-quinquies disciplina la pianta organica dei servizi di salute mentale a struttura dipartimentale; di tale disciplina si era da più parti sentita la mancanza, soprattutto in funzione della tutela della continuità terapeutica dei sofferenti psichici e per riaffermare il valore del lavoro d'equipe.

All'articolo 3, che modifica l'articolo 64, è disciplinato il superamento degli ospedali psichiatrici nell'ottica più reali-

stica di un parziale recupero del patrimonio immobiliare, attraverso la temporanea utilizzazione di alcuni immobili con particolari caratteristiche per la realizzazione delle strutture residenziali alternative alla ospedalizzazione, di cui al punto 3, primo comma, dell'articolo 35-*bis*.

All'articolo 4 si prevede la istituzione di un fondo aggiuntivo al Fondo sa-

nitario nazionale, articolato in parte corrente e in conto capitale, distribuito triennialmente e vincolato fundamentalmente alla realizzazione dei servizi del dipartimento di salute mentale.

Si sottolinea il fatto, invero nuovo, di riservare il 30 per cento della spesa a destinazione vincolata, al riequilibrio territoriale.

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

Dopo il quarto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono aggiunti i seguenti:

« Nei casi di urgenti necessità, che richiedano l'immediato trattamento sanitario dell'infermo, interviene l'*équipe* psichiatrica del servizio competente per territorio, la quale può avvalersi, nei casi di assoluta necessità, dell'intervento dell'autorità di pubblica sicurezza.

Nei casi predetti l'attestazione della necessità del trattamento, in condizioni di degenza ospedaliera, emessa dal sanitario del servizio psichiatrico tiene luogo, agli effetti del provvedimento del sindaco, della proposta e della convalida di cui al quarto comma.

Nei casi di cui al quarto comma del presente articolo il ricovero deve essere attuato presso i servizi per il trattamento degli stati di acuzie in regime di degenza ospedaliera di cui al primo comma, numero 2) del successivo articolo 35-bis ».

Il quinto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è abrogato.

ART. 2.

Dopo l'articolo 35 della legge 22 dicembre 1978, n. 833, sono aggiunti i seguenti articoli:

« ART. 35-bis. — (*Dipartimento di salute mentale*). — I servizi di cui al primo comma dell'articolo 34 rivolti agli utenti di ogni fascia di età devono essere organizzati a struttura dipartimentale, avere un organico unico a salvaguardia della continuità terapeutica, operare in connessione e continuità di intervento con i servizi socio-sanitari di base e con gli

altri servizi sociali degli enti locali e devono uniformarsi ai criteri di indirizzo e coordinamento adottati ai sensi dell'articolo 5, primo comma della presente legge, in relazione ai bisogni espressi ed alle esigenze del territorio, e fornire le seguenti forme di intervento:

1) servizi territoriali di assistenza domiciliare e ambulatoriale con compiti di diagnosi e trattamento precoce, reinserimento di soggetti già ospedalizzati, nonché di prevenzione ed educazione sanitaria in materia di tutela della salute mentale;

2) servizi per il trattamento degli stati di acuzie in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria.

Per tale finalità i posti letto, che in ogni caso non potranno superare complessivamente il numero di uno ogni diecimila abitanti del bacino d'utenza, possono essere distribuiti tra più sedi ospedaliere presenti sul territorio, ovvero essere reperiti all'interno di reparti ospedalieri ovvero costituire servizi di diagnosi e cura psichiatrica. In quest'ultimo caso il numero dei posti letto non può eccedere le quindici unità;

3) servizi di assistenza socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti o solo parzialmente autosufficienti attraverso l'istituzione o il potenziamento di centri diurni, strutture ospitative notturne, strutture residenziali dotate di assistenza continuativa o meno in funzione dei bisogni dell'utenza.

Le singole strutture di cui al numero 3) del precedente comma sono dimensionate su un numero modesto di ospiti e vanno distribuite razionalmente sul territorio secondo un piano operativo complessivo approvato dalla regione e proposto dalla unità sanitaria locale, individuando gli immobili con carattere di priorità tra quelli già in possesso dei comuni o utilizzando quote di alloggi riservati nei piani di edilizia popolare.

Entro il 31 dicembre 1987 le regioni, sulla base dei piani operativi presentati

dalle singole unità sanitarie locali, provvedono all'approvazione e al finanziamento dei capitoli inerenti la messa in funzione delle strutture di cui al numero 3) con carattere di priorità. Alle medesime strutture vanno assegnati, entro la stessa data, quote percentuali non inferiori al 50 per cento dei degenti attualmente ospiti degli ospedali psichiatrici.

Per iniziative di residenzialità assistita con interventi di carattere prevalentemente risocializzante, le unità sanitarie locali, previo parere favorevole del responsabile del dipartimento di salute mentale e della commissione regionale di cui all'articolo 35-ter, possono stipulare rapporti convenzionali annuali ripetibili con enti, associazioni o cooperative non aventi scopo di lucro, sulla base di criteri e *standards* stabiliti dalla regione, e sotto il controllo e la vigilanza della regione stessa.

ART. 35-ter. - (*Commissione regionale*). — Con legge regionale è disciplinata la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale, secondo le indicazioni contenute in apposito atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della presente legge.

A tali fini è costituita una commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza composta da: un funzionario del Ministero della sanità, un funzionario della regione, un funzionario del comune capoluogo della regione, un docente universitario, un coordinatore per ogni dieci dipartimenti di salute mentale, un rappresentante dei familiari. La commissione nomina al suo interno un presidente. Essa è rinnovata ogni tre anni.

La commissione entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno riferisce all'assessore regionale alla sanità sull'attività svolta.

La mancata trasmissione della relazione comporta la diffida da parte della regione e, in caso di inadempimento per due volte consecutive, lo scioglimento della commissione e la sua ricostituzione entro sessanta giorni.

ART. 35-*quater*. — Il Ministro della sanità, ogni sei mesi, convoca gli assessori regionali alla sanità per conoscere lo stato di attuazione della presente legge.

Presso il Ministero della sanità è istituita una Commissione nazionale con funzioni di proposta e di verifica dell'attuazione dei servizi di cui agli articoli 34 e 35-*bis* della presente legge. Detta Commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

1) il dirigente generale della Direzione generale dei servizi di medicina sociale del Ministero della sanità;

2) il dirigente generale della Direzione generale degli ospedali del Ministero della sanità;

3) il dirigente generale dell'Ufficio controllo per la programmazione sanitaria del Ministero della sanità;

4) il dirigente generale degli Istituti di prevenzione e pena del Ministero di grazia e giustizia;

5) tre rappresentanti regionali designati dal Consiglio sanitario nazionale;

6) cinque esperti nominati dal Ministro della sanità su proposta del Consiglio sanitario nazionale.

La Commissione di cui al precedente comma dura in carica tre anni e i suoi membri sono rinnovabili.

ART. 35-*quinquies*. — La pianta organica dei servizi di cui al primo comma dell'articolo 34 è unica. Nel dipartimento di salute mentale operano fra loro in maniera integrata le seguenti figure professionali costituenti la *équipe* del dipartimento: operatore socio-sanitario di base, assistente sociale, psicologo e medico in formazione e formati.

Il coordinamento del Dipartimento di salute mentale è affidato, con incarico temporale rinnovabile, ad una delle figure apicali dei servizi di cui al primo comma dell'articolo 34, nominato dall'unità sanitaria locale, su proposta delle stesse figure apicali.

Le unità sanitarie locali, uniformandosi ai criteri di indirizzo e coordinamento emanati ai sensi dell'articolo 5 della presente legge, definiscono la pianta organica del personale da adibire ai servizi di salute mentale, tenendo conto delle caratteristiche geografiche, demografiche e socio-economiche del bacino di utenza, delle esigenze di intervento nell'arco delle ventiquattr'ore, dei servizi e presidi attivati a livello distrettuale, zonale e multizonale ».

ART. 3.

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

« Entro il 30 giugno 1985 la regione disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici attraverso la loro diversa utilizzazione a spazi di attività sociale e sanitaria.

A tal fine e nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 35-bis e previo parere favorevole della Commissione regionale di cui all'articolo 35-ter, la regione può stabilire, con carattere di temporaneità, l'adattamento di immobili già adibiti a reparti ospedalieri psichiatrici per la realizzazione dei servizi di cui al numero 3 del primo comma dell'articolo 35-bis, sempre che sia possibile distinguere gli accessi dai complessi ex manicomiali e garantirne una sufficiente autonomia.

È fatto comunque divieto di procedere a nuovi ricoveri negli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici, salvo quanto previsto al secondo comma del presente articolo.

È fatto divieto di stipulare nuove convenzioni fra enti pubblici e istituti di cura privati che svolgano attività psichiatrica o neuropsichiatrica, salvo quanto previsto all'ultimo comma dell'articolo 35-bis.

Entro il termine previsto al terzo comma dell'articolo 35-bis, devono improbabilmente risolversi le convenzioni attualmente in atto tra gli enti pubblici e

gli istituti di cura privati che svolgano attività psichiatrica o neuropsichiatrica.

Le strutture pubbliche e private convenzionate, che ricevono l'utenza affetta da disturbi psichici per il ricovero, sono tenute a segnalarlo al Servizio di salute mentale della unità sanitaria locale di residenza dell'utente».

ART. 4.

Dopo l'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 64-bis:

« ART. 64-bis. — Per il triennio 1985-1987 il Fondo sanitario nazionale è integrato con uno stanziamento di lire 1.500 miliardi a destinazione vincolata per attivazione o potenziamento dei servizi di cui all'articolo 35-bis, di cui 1.000 miliardi in parte corrente ripartiti come segue:

1985 - lire 500 miliardi;

1986 - lire 250 miliardi;

1987 - lire 250 miliardi;

e 500 miliardi in conto capitale ripartiti come segue:

1985 - lire 300 miliardi;

1986 - lire 100 miliardi;

1987 - lire 100 miliardi.

Lo stanziamento di cui al primo comma viene ripartito con le stesse procedure di ripartizione del Fondo sanitario nazionale sulla base dei seguenti criteri:

1) 40 per cento con i criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale;

2) 30 per cento con funzioni di riequilibrio territoriale;

3) 30 per cento sulla base dei piani operativi presentati dalle regioni entro il 31 marzo 1985.

Sull'utilizzo della somma a destinazione vincolata di cui al primo comma, le

IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

regioni sono tenute a fornire, entro il 31 gennaio e il 31 luglio di ogni anno, appositi rapporti al Ministro della sanità, che ne riferisce annualmente al Parlamento ».

ART. 5.

I commi quarto, quinto, sesto, settimo e ottavo dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, restano in vigore in quanto compatibili con le norme di cui alla presente legge.