

SENATO DELLA REPUBBLICA

— XV LEGISLATURA —

N. 212

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice BURANI PROCACCINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 MAGGIO 2006

Norme per la prevenzione e la cura delle malattie mentali

INDICE

Relazione	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge	»	4

ONOREVOLI SENATORI. - Il presente disegno di legge cerca, come primo obiettivo, di garantire la massima protezione e cura del malato di mente. Un intero articolo, il 4, è dedicato ai diritti del malato e dei suoi familiari. La cura del malato è basata su:

a) potenziamento delle strutture territoriali, soprattutto in senso organizzativo e di orientamento del malato, e con particolare riguardo ai problemi di inserimento sociale e lavorativo, nonché ai problemi di convivenza e di ricovero;

b) limitazione dell'ospedale ai ricoveri di urgenza o per motivi diagnostici;

c) creazione di un numero adeguato di strutture residenziali comunitarie, che costituiscano il fulcro dell'assistenza terapeutica.

Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) viene visto come un elemento terapeutico da effettuare, pur mantenendo tutte le forme più adatte alla cura della malattia.

Si prevede quindi un TSO domiciliare e un TSO ospedaliero, quest'ultimo limitato solo a procedure di urgenza o a necessità diagnostiche. Si prevede infatti, come in Inghilterra, un TSO di urgenza limitato a 72 ore ed un TSO da effettuare nei luoghi e con le modalità più adatti ad una efficace terapia. Peraltro le procedure di difesa dal TSO del malato sono ulteriormente potenziate. Al riguardo è istituita una commissione per i diritti del malato di mente (articolo 3) incaricata di decidere in prima istanza sulla convalida dei TSO.

Ci si propone il superamento dell'attuale stato di abbandono e di inattività del malato di mente. La cura deve essere efficace e con-

tinuata evitando le attuali situazioni di «porta girevole». L'ingresso, cioè, e l'uscita del malato dalla struttura ospedaliera senza la possibilità di alcuna vera ed efficace continuità terapeutica.

Le strutture sono a gestione pubblica o privata. Si potenzia peraltro grandemente il controllo sulle strutture, attraverso la istituzione di apposite commissioni regionali e nazionali.

Ci si propone inoltre, in tale modo, attraverso meccanismi di selezione, di aumentare l'efficienza delle strutture che attualmente risulta essere bassa e la motivazione del personale.

Viene eliminato l'anacronismo del manicomio criminale attraverso la creazione di apposite strutture regionali, con caratteristiche terapeutiche.

Le strutture degli ex ospedali psichiatrici devono essere, per quanto possibile, utilizzate per la creazione delle strutture comunitarie. Ove questo non sia possibile il ricavo della loro alienazione deve andare esclusivamente a vantaggio della psichiatria.

Viene infine stabilito il numero di posti disponibili a favore dei malati in relazione alla popolazione.

In caso di mancata attivazione da parte delle aziende sanitarie locali o delle regioni, lo Stato potrà intervenire per l'attivazione di una adeguata assistenza. Così pure è sancita, data l'attuale situazione di abbandono, la possibilità per i prefetti, per un periodo transitorio, di requisire edifici pubblici e privati da destinare alle strutture previste dal presente disegno di legge.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Gli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

Art. 2.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano con propria legge i servizi di salute mentale entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge secondo i principi e i criteri ivi stabiliti.

2. La prevenzione e la cura delle malattie mentali sono effettuate attraverso il dipartimento di salute mentale (DSM).

3. I DSM attuano la prevenzione e la cura della malattia mentale sul territorio o su parte del territorio di una azienda sanitaria locale (ASL), e hanno la responsabilità della cura del malato e del suo recupero sociale, in relazione al suo stato. Il responsabile del DSM deve essere un medico psichiatra con esperienza o capacità direttive ed è nominato dalla ASL di competenza ai sensi delle vigenti norme legislative e contrattuali, previo parere, non vincolante, di appositi organismi rappresentativi dell'utenza. I DSM comprendono le seguenti strutture, di cui almeno una per ogni tipo:

a) centro di salute mentale (CSM): ha la responsabilità del malato in tutti i suoi aspetti sociali, legali e terapeutici; svolge attività anche di urgenza, ha una apertura parziale ventiquattro ore su ventiquattro e deve essere articolato su tutto il territorio nazionale. In particolare ha il compito di:

- 1) curare il malato al suo domicilio;

2) assicurare al malato un'attività lavorativa e sociale compatibile con le sue possibilità;

3) assicurare una adeguata attività di *day-hospital*, anche attraverso convenzioni, comprendenti attività ricreative e lavorative. I *day-hospital* devono essere dotati di almeno dieci posti ogni centomila abitanti e devono essere aperti per almeno cinquanta ore settimanali;

4) organizzare e controllare l'inserimento, volontario od obbligatorio, del malato nelle strutture di tipo residenziale, liberamente scelte dal malato o dai suoi familiari, anche se non facenti parte del territorio di competenza del DSM;

5) seguire e controllare il passaggio del malato nelle varie strutture, tenendone informati i familiari o i conviventi;

6) assicurare al malato i necessari esami periodici sul suo stato fisico di salute, oltre agli esami preliminari volti ad escludere eventuali fattori organici della malattia;

7) assicurare, direttamente o mediante organizzazioni convenzionate, il servizio di emergenza psichiatrica territoriale, funzionante ventiquattro ore su ventiquattro per le situazioni in cui sia richiesto un intervento domiciliare;

b) struttura residenziale con assistenza continuata (SRA): è destinata ai pazienti che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi, volontari od obbligatori, non erogabili a domicilio o nei *day-hospital*. Tali strutture devono essere dotate di adeguati spazi verdi e di ricreazione. Le strutture per giovani e per adulti devono assicurare al malato, per almeno quattro ore al giorno, attività lavorative, ricreative e di attività fisica. Deve essere assicurato, tra strutture pubbliche e convenzionate, un numero di posti corrispondenti ad almeno ottanta ogni centomila abitanti. Ogni struttura non può avere più di cinquanta ospiti. In ogni regione devono essere organizzate almeno tre SRA per accogliere i malati più gravi, pericolosi per sè e

per gli altri o che rifiutino l'inserimento in comunità aperte. I malati destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario sono ricoverati, alla data di entrata in vigore della presente legge, in tali strutture regionali. Le SRA sono suddivise in tre gruppi:

1) per giovani da quindici a ventiquattro anni, prevedendo l'accogliibilità per i giovani dai quattordici ai ventidue anni;

2) per adulti;

3) per anziani con autosufficienza limitata o non autosufficienti.

4. Alcune o tutte le strutture del DSM di cui al comma 3 possono essere raggruppate in una unica zona o gruppo di edifici, qualora questo realizzi una migliore efficacia nella continuità dei trattamenti terapeutici.

5. I DSM hanno l'obbligo di collaborare con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione della malattia mentale e di informazione al corpo insegnante.

6. Gli ospedali generali e le cliniche universitarie si possono dotare di un reparto psichiatrico con compiti di terapia dei malati in fase acuta o in situazione di emergenza, nonché per l'effettuazione di esami clinici dei malati che richiedano la degenza ospedaliera.

7. Almeno un ospedale ogni cinquecentomila abitanti deve essere dotato di un servizio di pronto soccorso psichiatrico, in cui è assicurata la presenza di uno psichiatra ventiquattro ore su ventiquattro.

8. Al personale dipendente dall'amministrazione dell'ospedale di cui al comma 7 è fatto obbligo, al momento del ricovero del paziente, di richiedere immediatamente informazioni e cartella clinica al CSM di appartenenza, tenere informato il CSM delle terapie effettuate, avvisarlo preventivamente sulle dimissioni e concordare con questo le modalità con cui sarà assicurata la continuità delle terapie al paziente.

Art. 3.

1. Ogni trattamento sanitario obbligatorio (TSO) deve essere effettuato dopo che sia stato attuato ogni valido tentativo per ottenere il consenso del malato.

2. Le varie categorie del TSO sono le seguenti:

a) TSO ospedaliero. Può essere richiesto da chiunque ne abbia interesse. Deve essere convalidato da uno psichiatra, esercitante la professione. Ha validità massima di settantadue ore e deve essere effettuato negli ospedali generali o nelle cliniche psichiatriche sedi dei reparti di psichiatria. Non è rinnovabile. Deve essere effettuato solo se esistano alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi. Può essere effettuato anche in caso di patologie fisiche che il malato rifiuta di curare. I medici del reparto possono interrompere il ricovero, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari ed il CSM;

b) TSO domiciliare. Può consistere in visite mediche a domicilio o presso il CSM; in somministrazione a domicilio di farmaci; in ricoveri presso le strutture residenziali; in esami clinici e di laboratorio ed in genere in trattamenti diagnostici da effettuare presso gli ospedali dotati di reparti di psichiatria. Ha una durata massima di due mesi, rinnovabile. Può essere richiesto dai familiari, da operatori sociali che abbiano in cura il malato, da uno psichiatra o dal CSM.

3. Il TSO deve essere confermato da due psichiatri, di cui uno dipendente da una struttura pubblica, che abbiano visitato il malato e che certifichino con motivazione scritta la loro decisione.

4. Il TSO presso i reparti di psichiatria ospedalieri può essere protratto oltre le settantadue ore solo a scopo diagnostico o nell'attesa di trovare strutture alternative e, comunque, non è rinnovabile allo scadere dei due mesi.

5. I TSO possono essere interrotti dal medico responsabile della struttura o dal medico curante, se si tratta di prescrizione di farmaci, qualora siano venuti meno i motivi del trattamento e con motivazione scritta e dopo essersi assicurati della possibilità di continuità del trattamento terapeutico.

6. L'abbandono del malato in caso di TSO configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, omissione di soccorso.

7. Il TSO è effettuato di regola da personale sanitario e nel massimo rispetto delle relazioni sociali e della personalità del malato. Solo in caso di evidente pericolosità può essere richiesto l'intervento della forza pubblica.

8. Il TSO, se richiesto per inserimento in strutture residenziali od ospedaliere, è effettuato nelle strutture indicate dal malato, o dai familiari e dagli operatori sociali che l'hanno in cura, o dove opera il medico curante.

9. Il responsabile della struttura sanitaria deve inoltrare con la massima sollecitudine, e comunque non oltre le ventiquattro ore, alla commissione per i diritti del malato di mente di cui al comma 10, con indicazione della motivazione dello stesso, salvo il caso di TSO di urgenza, notifica del TSO, degli obiettivi del trattamento nonché della sua presumibile durata. Deve altresì inoltrare con le stesse caratteristiche di urgenza alla citata commissione i ricorsi dei malati avverso il TSO.

10. È istituita presso ogni sede dell'Ufficio di giudice tutelare una commissione per i diritti del malato di mente con funzioni ispettive e di controllo.

11. La commissione di cui al comma 10 è presieduta da un giudice tutelare ed è composta dal giudice stesso, da uno psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale in strutture pubbliche o convenzionate e da un rappresentante delle associazioni dei familiari presenti sul territorio. I membri aggiunti, fino a tre unità, della commissione,

di cui al comma 10, durano in carica tre anni e la loro attività è remunerata su base oraria corrispondente agli emolumenti dei dirigenti di enti pubblici.

12. La commissione di cui al comma 10, che può avvalersi dell'opera di consulenti aggiunti, nel numero massimo di tre, decide in merito a:

- a) la convalida dei TSO;
- b) l'esame di ricorsi sui TSO da parte dei malati, o di chiunque ne abbia interesse;
- c) i reclami o le segnalazioni da parte di cittadini sul funzionamento delle strutture che effettuano TSO operanti sul territorio, per gli eventuali opportuni procedimenti a carattere civile o penale.

13. Il malato, e chiunque ne abbia interesse, può appellarsi in qualsiasi momento alla commissione di cui al comma 10 per chiedere l'annullamento od una modifica dei termini del TSO.

14. Il ricorso di cui al comma 13 non può essere presentato più di una volta durante la durata del TSO. La commissione di cui al comma 10 ha l'obbligo di comunicare per scritto le sue decisioni entro una settimana dall'avvenuto ricevimento del ricorso.

15. L'omissione della comunicazione di TSO, dei ricorsi del malato e delle decisioni della commissione di cui al comma 10, configura, salvo che non esistano gli estremi per un reato più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

16. Nel caso di TSO ripetuti per oltre sei mesi, il malato, o chi ne abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dalla commissione di cui al comma 10. Nel processo davanti al tribunale, le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore o farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante semplice lettera scritta. Il presidente 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 decide entro dieci giorni, sentite le parti ed il pubblico ministero. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Art. 4.

1. Il malato ha diritto alla cura anche quando la sua alterazione mentale lo porti a rifiutare ogni aiuto. Deve essere comunque sempre cercato il suo consenso e le cure farmacologiche devono essere intraprese dopo una attenta valutazione del rapporto tra costi e benefici, tenendo conto anche degli inconvenienti, sia fisici sia relativi alla vita di relazione, dovuti agli effetti collaterali della cura stessa.

2. I malati di mente devono essere inseriti nelle liste di collocamento obbligatorio per portatori di *handicap*. Le strutture curative hanno l'obbligo di supportare l'attività lavorativa del malato in modo che sia di utilità alla azienda in cui è inserito. Quando venga meno la capacità del malato ad un lavoro in una struttura normale, gli deve essere proposto un lavoro in una delle strutture protette allo scopo costituite.

3. Il malato di mente deve ricevere dalla sua attività un emolumento corrispondente al valore economico del lavoro effettivamente svolto. Da tale emolumento possono essere detratte le spese per gli operatori adibiti alla cura del malato e per le strutture protette costituite ai sensi del comma 2. Al malato deve comunque essere lasciato non meno di un quarto degli emolumenti di sua competenza.

4. Il malato di mente ha diritto al rispetto della propria personalità. La sua situazione di abbandono non costituisce motivo di un inserimento coatto in una struttura protetta, a meno che il proseguimento della sua vita abituale non comporti un serio pericolo per

la sua salute o per le sue capacità intellettive o il malato stesso non costituisca pericolo per altri. La difesa degli interessi del malato può essere demandata a persone allo scopo nominate.

5. Le strutture di terapia residenziale devono prevedere, pur nel rispetto delle regole di vita comunitaria, almeno quattro ore giornaliere di libera uscita, nonché permessi prolungati per viaggi o per visite presso familiari o amici, se da questi esplicitamente accettati. Le disposizioni del presente comma non si applicano in caso di TSO.

6. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati di mente maggiorenni. Devono essere proposte forme di sussidio ai familiari disponibili a mantenere in famiglia il malato; il CSM deve adoperarsi al fine di incentivare la convivenza e garantire ai familiari i necessari aiuti e le convenienti pause nella convivenza stessa.

7. Il malato di mente, o i familiari, hanno diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e di supporto. Le strutture del territorio di appartenenza possono essere adeguatamente proposte ma non possono essere fatte oggetto di scelta coatta.

8. Il malato di mente ed i familiari devono essere incentivati a costituire associazioni, per la tutela dei loro interessi. Le associazioni devono essere preliminarmente e primariamente ascoltate dalle strutture del DSM in tutte le decisioni relative alla politica psichiatrica sul territorio.

Art. 5.

1. I servizi del DSM possono essere a gestione pubblica o privata. Devono essere a diretta gestione pubblica il CSM, salvo per quanto riguarda le emergenze ed il *day-hospital*, ed almeno una struttura residenziale per tipo e per ASL. Le strutture incaricate dell'ispezione, ai sensi del comma 2, devono essere sempre pubbliche.

2. La regione controlla, tramite i suoi ispettori, la conformità delle strutture del DSM, sia pubbliche che private, alle disposizioni della presente legge e di eventuali leggi regionali ed ai principi di un corretto e umano trattamento dei malati di mente. Le ispezioni devono essere almeno biennali e non devono essere precedute da alcuna forma di avviso.

3. La regione stipula convenzioni con le strutture sanitarie esistenti sul proprio territorio, abilitandole al trattamento delle malattie mentali e tenendo presente il parere dei responsabili del DSM e dell'utenza, e, in maniera prioritaria, il risultato delle ispezioni di cui al comma 2. Tali convenzioni danno alle strutture stesse la possibilità di essere utilizzate dalle ASL come parte integrante della organizzazione del DSM, mediante contratti allo scopo stipulati, qualora l'ASL non ritenga di dover utilizzare esclusivamente strutture proprie. Nella utilizzazione di strutture private è data la precedenza alle strutture a carattere cooperativo o che utilizzano il lavoro, anche parziale, di malati di mente.

Art. 6.

1. Le regioni nell'ambito dell'assessorato competente in materia sanitaria, istituiscono un ufficio di psichiatria con funzioni ispettive, di stimolo e di indirizzo per tutte le ASL e per la raccolta di dati epidemiologici.

2. Gli uffici di cui al comma 1 sono altresì incaricati di effettuare le ispezioni biennali su tutte le strutture pubbliche e private esistenti sul territorio regionale, ai sensi dell'articolo 5, comma 2. A tale riguardo devono essere ascoltati adeguati campioni dell'utenza.

3. Gli uffici di cui al presente articolo hanno altresì il compito di valutare l'efficienza delle iniziative di socializzazione e di riabilitazione intraprese a favore dei malati di mente; di controllare il rispetto dei di-

ritti dei ricoverati nelle strutture pubbliche e private, nonché il livello di aggiornamento professionale dei lavoratori; di promuovere l'avvio di esperienze di riabilitazione lavorativa e l'istituzione di cooperative dei soggetti ricoverati.

4. Le regioni sono tenute a controllare l'aggiornamento professionale degli operatori psichiatrici e a promuovere i necessari corsi di formazione, in collaborazione con l'università e con le strutture riabilitative delle ASL.

Art. 7.

1. Presso il Ministero della salute, è istituito, nei limiti delle dotazioni di organico esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, l'Ufficio speciale di psichiatria. Tale Ufficio ha il compito di:

a) effettuare ispezioni presso le strutture regionali al fine di controllare l'attuazione e la conformità alle disposizioni della presente legge;

b) raccogliere ed elaborare dati statistici relativi alla diffusione e alle caratteristiche delle malattie di mente, allo stato delle strutture ed al grado di attuazione della presente legge;

c) raccogliere informazioni sulle esperienze in altri Paesi, in particolare dell'Unione europea;

d) proporre studi e ricerche in campo epidemiologico, clinico e organizzativo, di intesa con il Ministero dell'università e della ricerca.

2. Presso il Ministero della salute è istituita la Commissione centrale di psichiatria, di seguito denominata «Commissione», organo di consulenza scientifica ed organizzativa formato da:

a) il direttore dell'Ufficio speciale di psichiatria di cui al comma 1;

b) due professori di università specializzati in psichiatria;

c) due responsabili di unità operative di psichiatria;

d) due rappresentanti delle associazioni di familiari dei malati di mente a carattere almeno regionale.

3. La Commissione opera di intesa con l'Ufficio speciale di psichiatria di cui al comma 1 nella elaborazione di verifiche sull'attuazione della presente legge, sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e su eventuali proposte da sottoporre al Ministero della salute. I suoi membri durano in carica cinque anni.

Art. 8.

1. Le aree e gli edifici degli ex ospedali psichiatrici sono utilizzati per la realizzazione di strutture a favore dei malati di mente. Qualora la loro ubicazione e le loro caratteristiche non li rendano adatti alla trasformazione nelle nuove strutture previste dalla presente legge, può esserne disposta l'alienazione, purché il ricavato sia destinato per l'apprestamento di strutture destinate ai malati di mente o per il loro funzionamento.

2. L'attività ed il personale dei reparti ospedalieri e delle comunità situate negli ex ospedali psichiatrici devono essere integrati nelle strutture dei DSM all'atto della loro istituzione.

3. Le ASL possono ricevere in uso, con convenzione di una durata almeno ventennale, con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, adottato di concerto con il Ministro della solidarietà sociale, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio o al patrimonio dello Stato, al fine di destinarli alle attività dei DSM.

4. Le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso gratuito agli enti ed alle associazioni convenzionati e del privato sociale beni di loro proprietà con vincolo di destinazione alle attività di prevenzione, recupero e

reinserimento, anche lavorativo, del malato di mente.

Art. 9.

1. Le università nelle quali siano istituite scuole di specializzazione di psichiatria partecipano all'assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, hanno la responsabilità di reparti ospedalieri.

2. Le università di cui al comma 1 possono, altresì, provvedere alla gestione di un DSM. Per le sedi universitarie dislocate in più poli di insegnamento, è garantito che ad ogni polo sia affidata la responsabilità di un DSM.

3. Le università sono abilitate a svolgere, anche a livello nazionale e regionale, attività diagnostiche, terapeutiche, di ricerca e di assistenza di secondo livello per patologie di mente particolari.

4. Le università si attengono ai principi organizzativi e funzionali stabiliti dalla presente legge e dalle leggi regionali.

5. Sono assicurate in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi di cui al presente articolo e la possibilità di organizzare gli stessi, in modo conforme alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica, a condizione che siano sempre garantiti i diritti del malato.

6. Le cliniche universitarie convenzionate si impegnano ad organizzare la ricerca e la didattica in maniera compatibile con i parametri regionali. Alle attività di ricerca e di studio svolte nell'ambito delle convenzioni partecipano secondo le qualifiche e le competenze gli operatori del DSM indipendentemente dall'ente di appartenenza.

Art. 10.

1. Entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni ASL sono istituiti i relativi DSM con i servizi e le strutture a gestione pubblica previsti dalla presente legge. Il personale può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti. La ASL deve inoltre porre ogni cura nell'assicurare, alla data di cui al presente comma, il completamento dei servizi eventualmente anche tramite idonee strutture convenzionate.

2. I prefetti devono cooperare al reperimento delle strutture di cui al comma 1, su richiesta dei responsabili delle ASL o delle autorità comunali o regionali, anche mediante requisizione di edifici pubblici o privati, che rispondano, almeno provvisoriamente, ai requisiti previsti dalla presente legge.

3. Qualora una ASL non provveda all'istituzione dei DSM entro il termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale esonera dal servizio il responsabile della ASL e nomina un commissario *ad acta*, con lo specifico compito di organizzare il DSM e di reperire personale e strutture.

4. Qualora entro un mese dalla scadenza del termine di cui al comma 1, il presidente della giunta regionale non abbia ancora nominato il commissario *ad acta* ai sensi del comma 3, quest'ultimo è nominato con decreto del Ministro della salute.