

# SENATO DELLA REPUBBLICA

— XII LEGISLATURA —

N. 1844

## DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori XIUMÈ, MACERATINI, COZZOLINO, DEMASI, BAIOLETTI, BATTAGLIA, BECCELLI, BERSELLI, BEVILACQUA, BUCCIERO, CASILLO, CURTO, CUSIMANO, DANIELI, DE CORATO, FISICHELLA, FLORINO, GRIPPALDI, GUARRA, LISI, MAGLIOCCHETTI, MAGLIOZZI, MAIORCA, MARINELLI, MARTELLI, MEDURI, MININNI-JANNUZZI, MISSERVILLE, MOLINARI, MOLTISANTI, MONTELEONE, MULAS, NATALI, PACE, PEDRIZZI, PONTONE, PORCARI, POZZO, PRESTI, RAGNO, RAMPONI, RECCIA, SCALONE, SIGNORELLI, SPECCHIA, SQUITIERI, TURINI e VEVANTE SCIOLETTI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 15 GIUGNO 1995

Legge quadro per la prevenzione e la terapia  
del disagio psichico

ONOREVOLI SENATORI. - Il disegno di legge che ci apprestiamo ad esaminare tende a modificare la normativa sull'assistenza psichiatrica definita nella notissima legge n. 180 del 1978, successivamente confermata dalla legge n. 833 del 1978.

Dopo quasi venti anni di esperienza e di verifica dei risultati prodotti dalla legge n. 180 siamo in grado di esprimere un giudizio su di essa: ebbene il nostro giudizio non può che essere negativo. Le ragioni sono tante e disparate, ma tutte riconducibili a due concetti: la legge n. 180 è fortemente contraddittoria su alcuni punti - e vedremo quali - e, conseguentemente, non tutela nè i malati psichiatrici più gravi nè le loro famiglie.

Anzitutto perchè il malato psichiatrico che non trova un punto di riferimento dove essere curato da medici ha due possibilità: o rientrare nell'ambiente familiare o allontanarsi da esso. La prima soluzione sicuramente non è ottimale poichè il malato mentale si reimmerge nell'ambiente che verosimilmente è stato causa del disturbo psichico; la seconda altrettanto non può definirsi soddisfacente, almeno nella maggioranza dei casi, e basta camminare per le strade per vedere essere umani ridotti a veri e propri relitti. Ma c'è anche un altro problema che bisogna considerare: le famiglie dei malati mentali, soprattutto per i casi più gravi, non sono moralmente e materialmente in grado di fornire quell'aiuto di cui il paziente ha bisogno.

Il più noto errore della legge n. 180 è quello di avere negato implicitamente l'esistenza di una malattia mentale cronica e, di conseguenza, la necessità di predisporre strutture adatte anche per trattamenti di lunga durata.

Indubbiamente veniva fatto un importante passo avanti prevedendo il servizio psichiatrico nell'ospedale generale e l'ambu-

latorio psichiatrico sul territorio, ma la realtà è che le malattie mentali si manifestano in una vastissima gamma di tipologie alle quali non è possibile offrire una o poche soluzioni, ma è indispensabile prospettare un vasto spettro di risposte in modo da ricondurre il caso specifico al trattamento più opportuno.

È questo il motivo per cui quasi tutte le proposte di modifica della legge n. 180 prevedono varie strutture, dal *day hospital* ai presidi residenziali per le esigenze di media e lunga durata.

Il presente disegno di legge, in particolare, prevede la realizzazione di quattro nuovi presidi, che non pretendono certamente di dare una soluzione ottimale a tutti i possibili problemi (per fare questo, come già abbiamo detto, occorrerebbe una struttura diversa per ogni malato mentale), ma che offrono ai pazienti, ai familiari, ai medici curanti un ventaglio di risposte sufficientemente ampio per affrontare adeguatamente i problemi più frequenti e più gravi.

Su un altro aspetto della legge n. 180 del 1978, palesemente contraddittorio, desidero richiamare la vostra attenzione, onorevoli colleghi. In essa si ammette che il malato di mente possa non essere in grado di giudicare sulla necessità delle terapie psichiatriche e si prevede per questo il trattamento sanitario obbligatorio. Però, per tutti gli altri tipi di malattia non mentale, viene riconosciuto al paziente il diritto di rimanere malato; in altri termini, se egli lo desidera, può non essere curato. La contraddizione e la pericolosità di siffatta disposizione sta nel fatto che il malato di mente è, nella maggior parte dei casi, incapace di capire di essere affetto da una malattia fisica e pertanto non richiede le cure di cui necessita con tutte le conseguenze negative che è facile intuire.

## XII LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Il fallimento della riforma psichiatrica che si è voluta fare con le leggi n. 180 e n. 833 del 1978 è dovuto all'effetto combinato di molti fattori, dalle mancate o errate applicazioni locali delle stesse agli interventi finanziari insufficienti e non coordinati alle carenze intrinseche delle leggi stesse.

Passando al dettaglio dell'articolato, nell'articolo 1 vengono dettati i principi generali e viene esplicitamente sancito il diritto alla cura della malattia, anche se il paziente non ha la consapevolezza di essere malato, e il diritto dei familiari del malato a non essere danneggiati dalla malattia mentale del parente.

Nell'articolo 2 si prevede la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso la effettiva creazione del dipartimento di psichiatria e la sua articolazione in vari presidi, ognuno rispondente, per quanto possibile, alle diverse esigenze del caso specifico.

Nell'articolo 3, che modifica l'articolo 34 della legge n. 833 del 1978, sono dettate le nuove norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori. Viene inoltre creata la figura del tutore che costituisce il cardine del nuovo sistema di garanzie dei

diritti del paziente in trattamento sanitario obbligatorio.

Nell'articolo 4 sono stabiliti i tempi ed i modi di chiusura degli ex ospedali psichiatrici tuttora esistenti e la possibilità di riconversione o alienazione degli stessi a favore dell'assistenza psichiatrica. Viene inoltre istituito il Fondo nazionale per la cura delle malattie psichiatriche i cui proventi vengono ripartiti tra le regioni e che devono essere impiegati per la costruzione o il miglioramento dei presidi psichiatrici.

Nell'articolo 5 si prevede la possibilità che lo Stato, le regioni e gli enti locali possano concedere strutture per la realizzazione dei presidi dei dipartimenti di psichiatria.

Nell'articolo 6 si stabiliscono le modalità di potere sostitutivo in caso di inadempienza alle disposizioni di cui al presente disegno di legge da parte di unità sanitarie locali o regioni.

Nell'articolo 7 e nell'articolo 8 vengono istituite, rispettivamente, la commissione nazionale e la commissione regionale per la psichiatria e ne vengono indicati i compiti.

Infine, nell'articolo 9 vengono previste le modalità di finanziamento del presente disegno di legge.

**DISEGNO DI LEGGE****Art. 1.**

1. I principi desumibili dalla presente legge costituiscono principi fondamentali in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati di mente di età superiore ai quattordici anni, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

2. Ogni cittadino ha il diritto alla tutela della salute e il diritto alla cura della malattia di cui è affetto, anche se personalmente non è in grado di capire, temporaneamente e definitivamente, di essere malato.

3. Poichè la libertà è un bene supremo per ciascun individuo, non deve essere limitata o annullata la libertà di chi vive accanto al malato psichiatrico o di chi comunque viene in relazione con lui per far salva la libertà del malato di mente.

4. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

5. Le regioni e le province autonome adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge entro un anno dalla data della sua entrata in vigore.

**Art. 2.**

1. Sono istituiti i dipartimenti di psichiatria con il compito di garantire, ciascuno in un'area con una popolazione complessiva indicativamente compresa fra i centocinquanta e i trecentomila abitanti:

a) il coordinamento e la programmazione degli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie di pertinenza psichiatrica, nella popolazione adulta, attuati dai presidi

psichiatrici ospedalieri ed extraospedalieri presenti nel territorio di propria competenza;

b) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica;

c) la collaborazione con i servizi adetti alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichiatrici della infanzia e della adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi da alcol, farmaco e tossicodipendenza;

d) la consulenza sulle patologie psicosomatiche e sui problemi inerenti al disagio ed alla sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche;

e) la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei flussi informativi emergenti dalle ricerche e dalle attività diagnostiche e terapeutiche per codificare parametri sulla qualità delle prestazioni, sui protocolli terapeutici, sui loro costi e benefici e sulla validità delle metodologie di lavoro. Queste attività fanno riferimento alla commissione nazionale permanente ed alla commissione regionale per la psichiatria previste dall'articolo 7 e dall'articolo 8;

f) l'aggiornamento professionale del personale del dipartimento, in collaborazione con gli organi regionali e nazionali competenti per la formazione;

g) la verifica ed il controllo del funzionamento delle strutture private psichiatriche convenzionate;

h) il controllo della corretta esecuzione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori.

2. Il dipartimento di psichiatria, per rispondere con interventi efficaci ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie mentali nei vari stadi della loro evoluzione, si articola in una rete di presidi psichiatrici che comprende:

a) il centro di salute mentale (CSM). È il presidio ove sono effettuati, per una popolazione indicativamente compresa tra i cinquantamila e i centomila abitanti, le attività di educazione sanitaria e di prevenzione e gli interventi ambulatoriali e domiciliari di diagnosi, cura e riabilitazione ri-

guardanti le patologie di pertinenza psichiatrica. Il CSM collabora con i medici di medicina generale e gli specialisti delle altre discipline mediante attività di consulenza e di filtro per i ricoveri. Garantisce, inoltre, un servizio, al nucleo familiare del paziente psicotico, di informazione, di assistenza e di sostegno psicoterapico;

b) il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC). È il presidio ove sono effettuati i trattamenti psichiatrici ospedalieri, sia volontari sia obbligatori, per quei pazienti in fase acuta che non possono essere adeguatamente diagnosticati e curati in ambiente extraospedaliero. Il SPDC è ubicato presso un ospedale generale, preferibilmente sede di un dipartimento di emergenza o di un pronto soccorso generale, oppure presso ospedali classificati, ed è dotato di almeno un posto letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

c) il pronto soccorso psichiatrico (PSP). È obbligatoriamente collocato in ogni ospedale ove esiste un SPDC, al quale è funzionalmente ed organizzativamente aggregato. Ha il compito di rispondere alle urgenze psichiatriche, previamente filtrate dal pronto soccorso generale. Nell'ambito organizzativo dei servizi di emergenza medica sul territorio è opportuno prevedere, specialmente nelle grandi aree metropolitane, unità di intervento urgente a domicilio per i casi di acuzie psichiatriche;

d) il centro riabilitativo psichiatrico (CRP). È il presidio sanitario ove sono effettuati gli interventi, ad alta specializzazione, di riabilitazione psichiatrica e di risocializzazione, anche in situazioni di residenzialità protetta diurna, notturna o continuativa. Il CRP è articolato nelle seguenti strutture, in collegamento funzionale ed organizzativo tra loro:

1) i centri diurni, ovvero i *day hospital*, aperti ogni giorno ferialmente per almeno dieci ore, per quei pazienti che necessitano di terapie intensive farmacologiche o di partecipare a psicoterapie di gruppo, ad attività risocializzanti, occupazionali e formative a fini riabilitativi;

2) le comunità terapeutiche, con assistenza continuativa, per quei pazienti che,

utilizzando le attività terapeutiche e riabilitative dei centri diurni, necessitano anche di collocazione residenziale protetta notturna o continuativa. Le comunità terapeutiche sono dotate di almeno 1,5 posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

e) le comunità protette (CP). Sono presidi sociosanitari ove sono ospitati quei pazienti che, a causa di uno stato di cronicità della patologia psichiatrica, con prevalenza dei sintomi deficitari, sono incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali e necessitano di interventi terapeutici e psicoriabilitativi di lunga durata, in ambiente residenziale protetto, mancando una adeguata collocazione in famiglia. Le CP sono dotate di almeno due posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza;

f) le comunità alloggio (CA). Sono strutture residenziali ove sono ospitati, anche per brevi periodi, quei pazienti psichiatrici, in trattamento terapeutico presso il CSM che, pur avendo una sufficiente capacità di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali, presentano, per effetto della loro malattia, rilevanti difficoltà relazionali che impediscono, temporaneamente, una normale collocazione abitativa in famiglia o altrove. Le CA sono dotate di almeno 1,5 posti letto ogni diecimila abitanti dell'area territoriale di competenza.

3. L'organico del dipartimento di psichiatria, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, dell'assistente sociale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale e da personale amministrativo ed ausiliario. La direzione del dipartimento, al fine di salvaguardare l'indispensabile unitarietà, continuità e coerenza degli interventi terapeutici adottati dai vari presidi psichiatrici nei confronti del paziente, specialmente durante gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori, è affidata al primario del SPDC.

4. Le università con scuole di specializzazione in psichiatria partecipano alla assi-

stenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, possono assumere la responsabilità di un dipartimento di psichiatria, attenendosi ai principi organizzativi e funzionali stabiliti nella presente legge ed impegnandosi ad organizzare la ricerca e la didattica in funzione delle necessità emergenti dal modello di servizio centrato sul dipartimento di psichiatria. All'attività di ricerca e di studio svolta nell'ambito delle convenzioni partecipano anche gli operatori del dipartimento di psichiatria.

5. Per lo svolgimento delle attività del dipartimento di psichiatria le regioni e le province autonome possono anche avvalersi, in conformità alla legislazione vigente, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, dei presidi delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Inoltre, per la realizzazione e la gestione, anche parziale, delle comunità protette e delle comunità alloggio le regioni e le province autonome possono stipulare apposite convenzioni con associazioni o con enti iscritti ad uno speciale albo regionale, previa verifica del possesso dei seguenti requisiti:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato, o natura di associazione riconosciuta ai sensi degli articoli 12 e seguenti del codice civile;

b) disponibilità di locali e attrezzature adeguate al tipo di attività prescelta;

c) personale sufficiente e preparato in materia di psichiatria.

6. Per le attività sociali non sanitarie i dipartimenti di psichiatria possono anche avvalersi della collaborazione di organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle successive disposizioni in materia.

### Art. 3.

*(Modifica dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833)*

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

«Art. 34. - *(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia*



*mentale)* - 1. Gli interventi per accertamenti diagnostici, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali di norma sono volontari. Qualsiasi intervento obbligatorio, comportando una limitazione della libertà, deve essere ordinato o convalidato dalla commissione per la tutela della salute mentale (CTSM). La CTSM è presieduta da un giudice tutelare, ed è composta da un medico specialista in psichiatria, un medico specialista in medicina legale od in psichiatria forense, uno psicologo, un assistente sociale e da un rappresentante dei sindaci dei comuni appartenenti all'area di competenza della CTSM. La CTSM, è competente su tutti gli atti riguardanti l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO), anche con procedimento di urgenza, il trattamento sanitario obbligatorio, la dimissione in affidamento (DA) di paziente in trattamento sanitario obbligatorio (TSO). In caso di accertamento sanitario obbligatorio, è richiesta nella CTSM anche la presenza del medico di famiglia del presunto malato di mente. La CTSM ha sede presso la pretura territorialmente competente e si avvale della relativa cancelleria.

2. L'accertamento sanitario obbligatorio è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) qualora una persona, presumibilmente ammalata di mente e bisognosa di cure, non accetti volontariamente i necessari accertamenti diagnostici od i successivi interventi terapeutici, esponendosi al rischio di un aggravamento del proprio stato e a possibili danni, è fatto obbligo ai parenti conviventi di riferire la situazione alla CTSM territorialmente competente. In assenza dell'intervento dei parenti tale compito spetta alle autorità sanitarie o alle autorità di pubblica sicurezza venute a conoscenza del fatto. Se la situazione presenta i caratteri dell'urgenza ed ogni ritardo rischia di comportare un danno per il malato o per altri, le suddette autorità attivano il procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

b) il giudice che presiede la CTSM stabilisce, entro settantadue ore dal momento in cui è stato informato della situazione, il

giorno, l'ora e il luogo dell'esame del presunto malato da parte della CTSM. Entro lo stesso termine il cancelliere della CTSM notifica, con comunicazione giudiziaria, il provvedimento al presunto malato, informandolo del diritto di farsi assistere nell'esame da un proprio avvocato, da un medico psichiatra e da una persona di fiducia. La comunicazione è inviata in copia anche a chi ha inviato la segnalazione alla CTSM;

c) la CTSM, esaminato, entro quindici giorni dalla emissione della ordinanza, il presunto malato, e sentite in udienza, immediatamente successiva, tutte le parti interessate, dispone con provvedimento motivato che il paziente sia sottoposto ad accertamento sanitario obbligatorio (ASO) presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) quando:

1) le condizioni di salute mentale del paziente possono ricevere un sensibile miglioramento dalle prestazioni di cure ovvero risentire di un sensibile peggioramento per la loro mancanza;

2) per effetto della malattia il paziente non è in grado di giudicare il proprio stato e rifiuta di sottoporsi ai necessari accertamenti diagnostici ed interventi terapeutici;

3) per effetto della malattia il paziente sia incapace di badare a sè e di tutelare i propri interessi, oppure sia pericoloso per la salute fisica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri o di altri;

d) la durata dell'ASO non può superare i quindici giorni dal momento del ricovero in SPDC, salvo il caso di richiesta di continuazione delle terapie in trattamento sanitario obbligatorio (TSO), come previsto dal comma 4;

e) la CTSM, quando vi sia motivo di ritenere che i normali tempi di esecuzione del procedimento per l'ASO determinino un ritardo indesiderabile che può dar luogo a danni per la salute del paziente od a situazioni di pericolo, può invitare le autorità di pubblica sicurezza e le autorità sanitarie affinché attivino il procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

f) la CTSM può emettere un provvedimento di ASO su richiesta adeguatamente motivata e documentata del primario del SPDC, a conclusione del procedimento di urgenza previsto dal comma 3;

g) la CTSM, contestualmente al provvedimento di ASO, nomina un tutore con il compito di difendere gli interessi ed i beni del paziente, compreso il bene salute, per tutta la durata dei provvedimenti sanitari obbligatori. Il tutore assume nei confronti del paziente maggiorenne tutti i diritti e i doveri di colui che esercita la patria potestà nei confronti di un minore. Quando il paziente ha una età compresa fra i quattordici ed i diciotto anni, le funzioni di tutore sono svolte da chi esercita la patria potestà. Il primario del SPDC deve informare il tutore ed acquisire il suo consenso su ogni intervento riguardante il paziente, tranne quelli urgenti ed indispensabili per la sicurezza del paziente stesso o del servizio ospedaliero. Il tutore deve informare e consigliare il paziente in merito al ricovero ed al trattamento adottato, e deve, inoltre, assisterlo per eventuali reclami e ricorsi. Il tutore deve visitare il paziente entro ventiquattro ore dalla nomina, e successivamente con frequenza almeno settimanale, ed ha, comunque il diritto di contattarlo liberamente sia di persona, sia per iscritto o per telefono. La CTSM può sostituire il tutore, su richiesta motivata del tutore stesso o del paziente o dei parenti prossimi del paziente o del primario del SPDC.

3. L'accertamento sanitario obbligatorio con procedura d'urgenza è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) le Forze di pubblica sicurezza, nello svolgimento dei propri compiti istituzionali di prevenzione e repressione dei reati, quando vi siano ragionevoli motivi di supporre che una persona soffra di una malattia mentale ed abbia bisogno immediato di cure e controlli, a tutela della sua salute ed incolumità od a tutela di legittimi diritti di terzi, devono far sottoporre a visita medica il presunto ammalato per gli accertamenti e gli interventi terapeutici necessari;

b) il medico, nello svolgimento dei propri compiti di assistenza, quando vi siano ragionevoli motivi di supporre che una persona affetta da malattia mentale che necessita di immediate cure e le rifiuti per incapacità di giudicare il proprio stato, possa commettere atti che comportino un danno a se stesso od a terzi, può richiedere l'intervento delle Forze di pubblica sicurezza affinché prevenghino possibili reati e provvedano all'accompagnamento del malato al pronto soccorso psichiatrico per gli accertamenti e gli interventi terapeutici necessari;

c) lo psichiatra in servizio presso il pronto soccorso, presa visione della richiesta di ricovero obbligatorio per accertamenti presentata, per iscritto, dal medico che ha precedentemente visitato il paziente, certificazione che deve riferire, oltre alle notizie anamnesiche ed alla ipotesi diagnostica, gli specifici motivi che hanno reso impossibile il trattamento extra-ospedaliero od il ricovero volontario del malato, effettuati gli interventi diagnostici e terapeutici immediatamente necessari, provvede, con relazione scritta motivata, a convalidare la richiesta di ricovero obbligatorio con procedura d'urgenza presso il SPDC od a dimettere il soggetto, qualora non ravvisi la necessità di un trattamento ospedaliero, oppure, acquisito un consenso valido e presumibilmente stabile da parte del paziente, trasformi il ricovero obbligatorio in un ricovero volontario;

d) il primario responsabile del SPDC, al termine di un periodo di osservazione clinica della durata massima di settantadue ore dal momento del ricovero del malato, invia una relazione scritta alla CTSM, per richiedere la continuazione del ricovero in regime di ASO, oppure per comunicare l'avvenuta dimissione del paziente o la trasformazione del ricovero obbligatorio in volontario. In attesa del provvedimento della commissione sono effettuati tutti gli interventi terapeutici ritenuti indispensabili e non rinviabili nell'interesse del paziente;

e) la CTSM, entro le successive settantadue ore, presa visione della documentazione inviata dal primario del SPDC, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti

opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida gli interventi svolti con procedura di urgenza e, in presenza di una richiesta adeguatamente motivata, dispone con ordinanza la continuazione del ricovero in regime di accertamento sanitario obbligatorio;

f) il primario della SPDC, quando un paziente in ricovero volontario non sia in grado, per effetto della sua malattia, di giudicare il proprio stato e rifiuti i necessari accertamenti diagnostici ed interventi terapeutici o chieda di essere dimesso contro il parere dei sanitari, può attivare, con la convalida del medico di famiglia, un ASO con procedimento d'urgenza se vi sia motivo di ritenere che il mancato intervento diagnostico e terapeutico o la dimissione possano causare un serio danno al paziente od a terzi. Successivamente il primario del SPDC invia una relazione scritta alla CTSM per richiedere la continuazione del ricovero in regime di ASO, ai sensi delle disposizioni di cui alle lettere d) ed e).

4. Il trattamento sanitario obbligatorio TSO, è attuato nei casi e con le seguenti modalità:

a) il primario del SPDC, al termine di un ASO, può richiedere alla CTSM territorialmente competente di emettere un provvedimento di continuazione delle terapie in regime di TSO quando:

1) il paziente è affetto da una malattia mentale che può ricevere un sensibile miglioramento da una continuazione delle terapie in atto o risentire di un sensibile peggioramento dalla loro interruzione;

2) il paziente, per effetto della sua malattia, non è in grado di giudicare il proprio stato e rifiuta di proseguire le terapie necessarie od è improbabile che continui ad assumerle una volta dimesso, oppure, nonostante le terapie in atto, non ha ancora raggiunto uno stato di sufficiente compenso psichico;

3) il paziente, per l'interruzione della terapia o per la sua insufficiente azione rischia di essere, se dimesso, incapace di badare a sè, oppure pericoloso per la salute fi-

sica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri o di terzi;

b) la CTSM, entro sette giorni dal ricevimento della richiesta di TSO, presa visione della documentazione clinica inviata dal primario del SPDC, sentito il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, quando giudichi la richiesta effettivamente rispondente agli interessi ed ai bisogni del malato, emette il provvedimento di TSO;

c) il primario del SPDC, in attesa delle decisioni della CTSM sul TSO, continua a praticare tutti gli interventi terapeutici necessari nell'interesse del paziente in regime di prolungamento automatico dell'ASO;

d) il TSO ha la durata massima di un mese, ma, persistendo la situazione di necessità, il primario del SPDC può richiedere alla CTSM, con relazione clinica motivata, una proroga di tre mesi e, successivamente, ulteriori proroghe di sei mesi;

e) la CTSM, ricevuta la richiesta di proroga, attua la procedura prevista alla lettera b).

5. La dimissione in affidamento (DA) di un paziente in TSO è attuata nei casi e con le seguenti modalità:

a) il primario del SPDC può disporre, in accordo con il tutore, la DA di un paziente, mantenendo il regime di TSO, quando:

1) il paziente ha raggiunto, durante il ricovero, un sufficiente stato di compenso psichico e la sua malattia non trarrebbe ulteriore giovamento da un prolungarsi della ospedalizzazione;

2) è improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia capace di badare a se o di sottoporsi con regolarità alle cure delle quali ha bisogno o di guardarsi da azioni gravemente irresponsabili o di difendersi da maltrattamenti, abusi, raggiri e tentativi di sfruttamento;

3) il paziente non si oppone ad essere dimesso ed affidato a terzi, permanendo il regime di TSO, e mostra disponibilità ad accettare le regole dell'affidamento;

4) vi sia la persona idonea a svolgere i compiti dell'affidatario ed una collocazione adeguata ai bisogni ed alle necessità di cura del paziente in TSO;

b) la CTSM, ricevuta immediata comunicazione della avvenuta DA da parte del primario del SPDC, presa visione della documentazione inviata, comprendente il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida, entro sette giorni, la DA e la contestuale nomina, effettuata dal primario del SPDC, dell'affidatario;

c) la nomina di affidatario può essere data a:

- 1) un familiare;
- 2) il medico responsabile di un centro di salute mentale (CSM);
- 3) il medico responsabile di un centro di riabilitazione psicosociale;
- 4) il medico responsabile di una comunità protetta;
- 5) qualsiasi altra persona o nucleo familiare ritenuto idoneo, ad eccezione del tutore, che nel suo ruolo di sostegno del paziente e di difensore dei suoi diritti deve rimanere figura indipendente ed alternativa, in rapporto dialettico con l'affidatario e con il personale curante;

d) l'affidatario ha il compito di assistere, proteggere, consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito ed abbigliato, in condizioni igieniche personali ed ambientali corrette, di controllare il suo stato di salute fisica e psichica e la regolare assunzione delle terapie prescritte, riferendone al personale curante, di assicurare la sua presenza alle visite di controllo ed alle attività psicoriabilitative e risocializzanti, di collaborare con il tutore nella gestione delle risorse economiche del paziente;

e) il paziente, al momento della dimissione deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario ed impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento;

f) il primario del SPDC, verifica il buon andamento della DA e, qualora insorga un

sensibile peggioramento delle condizioni psichiche del paziente, con conseguenti gravi anomalie di comportamento o con l'impossibilità di proseguire nelle cure necessarie, dispone la revoca della DA, ed il rientro del paziente in SPDC. Se la situazione assume le caratteristiche dell'urgenza ed ogni ritardo rischia di provocare un danno al paziente od a terzi, le autorità sanitarie, con la collaborazione, quando necessaria, delle autorità di pubblica sicurezza, accompagnano subito il paziente al SPDC. Il *primario del SPDC*, entro settantadue ore dal rientro del paziente, provvede ad informare la CTSM che, entro le successive settantadue ore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida gli eventuali interventi compiuti con procedura di urgenza e la disposizione di revoca della DA;

g) il *primario del SPDC*, con disposizione motivata, può sostituire l'affidatario o modificare la collocazione del paziente, in accordo con il tutore e dandone immediata comunicazione alla CTSM che, entro sette giorni, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni ed esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida la disposizione;

h) per tutta la durata della DA rimane invariato l'obbligo per il *primario del SPDC*, di inviare alla CTSM le richieste motivate di proroga del TSO del paziente entro i termini previsti dal comma 4.

6. La cessazione di accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori è attuata nei casi e con le modalità seguenti:

a) il *primario del SPDC* può disporre immediatamente la cessazione di un qualsiasi accertamento o trattamento sanitario obbligatorio, quando le condizioni cliniche del paziente consentono di considerarlo guarito o sufficientemente migliorato o quando il paziente dà un consenso valido e mostra affidabilità riguardo alla continuazione delle terapie necessarie in trattamento volontario;



b) la CTSM, ricevuta la comunicazione della cessazione, ne prende atto per quanto di competenza;

c) con la cessazione decadono automaticamente ed immediatamente le nomine del tutore e dell'affidatario ed ogni loro compito.

7. L'opposizione ed i ricorsi relativi alle disposizioni di cui al presente articolo sono attuati con le seguenti modalità:

a) avverso gli atti intrapresi dal primario del SPDC, da altro personale curante, dal tutore, dall'affidatario, il paziente o qualsiasi altra persona interessata può fare opposizione mediante esposto scritto in carta semplice alla CTSM, che deve pronunciarsi in merito entro quindici giorni dalla ricezione dell'esposto;

b) avverso alle decisioni della CTSM, il paziente, il primario del SPDC, il tutore, l'affidatario o qualsiasi altra persona interessata possono presentare ricorso alla corte d'appello competente per territorio;

c) la presentazione di opposizioni e ricorsi non ha effetto sospensivo sugli atti e le decisioni contestati».

2. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è abrogato.

#### Art. 4.

1. Gli ospedali psichiatrici tuttora esistenti, anche se con diversa denominazione, devono, entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, essere chiusi o le loro strutture devono essere riconvertite nei presidi di cui all'articolo 2. Quando le strutture non si prestano ad essere riconvertite in modo adeguato o la loro riconversione è economicamente svantaggiosa, tali strutture devono essere alienate o permutate. Con il ricavato viene istituito il Fondo nazionale per la cura delle malattie psichiatriche i cui proventi, suddivisi tra le regioni secondo necessità, sono vincolati alla costruzione od al miglioramento dei presidi di cui all'articolo 2. Fino alla loro chiusura gli ospedali psichiatrici devono garantire gli

*standard* assistenziali previsti per legge e sono parte integrante del dipartimento di psichiatria competente per territorio.

#### Art. 5.

1. Per la realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2 è prevista la concessione di strutture con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro per la famiglia e la solidarietà sociale, possono essere dati in uso ai dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2 edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio od al patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome e gli enti locali possono concedere in uso gratuito ai dipartimenti di psichiatria edifici, strutture ed aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai dipartimenti di psichiatria, anche parzialmente, le strutture degli ospedali, destinati alla chiusura, con meno di centoventi posti letto.

#### Art. 6.

1. In caso di inosservanza da parte delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere degli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni nominano dei commissari *ad acta* per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi novanta giorni dalla relativa richiesta.

2. In caso di inosservanza, entro il termine di cui al comma 1, da parte delle regioni e delle province autonome, degli obblighi derivanti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

#### Art. 7.

1. È istituita, presso il Ministero della sanità, la Commissione nazionale permanente

per la psichiatria, organo di consulenza scientifica, che svolge le seguenti attività:

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dell'assistenza psichiatrica, sui programmi regionali e sui risultati ottenuti;

b) indicazione al Ministro della sanità di atti di indirizzo, di consulenza e di proposta alle regioni ed alle province autonome sugli *standard* assistenziali dei servizi psichiatrici e di criteri di progettazione e di realizzazione dei presidi di cui all'articolo 2;

c) indicazione dei criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte e per la omogeneizzazione delle prassi dei servizi psichiatrici;

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale e delle attività di prevenzione dei servizi psichiatrici;

e) proposizione al Ministro della sanità, entro sei mesi dalla istituzione della Commissione, di una carta dei diritti del paziente psichiatrico e di un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici.

2. La Commissione nazionale permanente per la psichiatria è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) il vicepresidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

d) tre esperti designati dalle regioni;

e) tre esperti del Ministero della sanità;

f) un esperto del Dipartimento per gli affari sociali;

g) un esperto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto del Ministero dell'interno;

i) un esperto del Ministero di grazia e giustizia;

l) un esperto della Società italiana di psichiatria;

*m) un esperto della Federazione nazionale dell'ordine dei medici;*

*n) due esperti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.*

3. Il Ministro della sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, con proprio decreto, alla nomina dei componenti della Commissione nazionale permanente per la psichiatria, la quale opera presso la Direzione generale degli ospedali, nel cui ambito è istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche, l'ufficio speciale per la tutela della salute mentale.

4. L'ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto alla attività della Commissione nazionale permanente per la psichiatria, ed, in particolare:

*a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2;*

*b) raccoglie ed elabora dati statistici e di gestione e dati epidemiologici sull'andamento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche;*

*c) propone standard per il funzionamento ottimale dei servizi psichiatrici;*

*d) promuove studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico ed organizzativo, di concerto con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;*

*e) propone criteri per l'aggiornamento del personale;*

*f) cura i rapporti con gli organismi internazionali e promuove scambi di informazioni ed esperienze con altri Paesi.*

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'attuazione della presente legge.

#### Art. 8.

1. È istituita, a livello regionale, una commissione per la psichiatria con compiti di

vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, e con funzioni consultive e propositive.

2. La commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale ai servizi sociali, da tre esperti designati dalla regione, dei quali almeno uno docente universitario, da un primario responsabile di dipartimento di psichiatria ogni cinque o frazioni di cinque esistenti nella regione e da due esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.

#### Art. 9.

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge e per la gestione complessiva dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale; è altresì vincolata una quota pari all'8 per cento dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, per interventi di costruzione e di ristrutturazione delle strutture previste dalla presente legge. I finanziamenti vincolati sono attribuiti ad ogni regione ed alle province autonome sotto forma di somme assegnate ai relativi dipartimenti psichiatrici.

