

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIV LEGISLATURA —————

N. 2584

DISEGNO DI LEGGE

**d’iniziativa dei senatori DANIELI Paolo, TREDESE, COZZOLINO,
DEMASI, MULAS, ULIVI, TATÒ, DANZI, BIANCONI e CHINCARINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 13 NOVEMBRE 2003

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. - Sono trascorsi ormai venticinque anni dalla promulgazione della legge sull'assistenza psichiatrica, la famosa legge 13 maggio 1978, n. 180, recepita poi nella legge 23 dicembre 1978, n. 833. Le esperienze di questo quarto di secolo, sommate ai progressi della psichiatria sia nel campo terapeutico che assistenziale e riabilitativo, chiedono perentoriamente una revisione della normativa che disciplina l'erogazione di questo tipo di assistenza. In particolare risultano urgenti ed importanti:

1. una migliore regolamentazione dei ricoveri in forma coatta nell'ambito dei quali dovrebbero essere previsti sia ricoveri vincolati all'emergenza clinica di tipo breve, sia ricoveri di tipo protratto connessi soprattutto all'esigenza di poter disporre dei tempi necessari per un costruttivo impegno in ambito terapeutico-riabilitativo;

2. un approccio più vicino al modello medico, con il recupero dei concetti di prevenzione, cura e riabilitazione in base alle nuove risorse della moderna assistenza e con i suggerimenti provenienti dal progresso della medicina;

3. una presa di coscienza sul fatto che la miglior assistenza può essere erogata con maggior rispetto delle esigenze, delle risorse e delle competenze regionali, adeguandosi alle modifiche della Costituzione.

Occorre inoltre colmare alcune lacune e prendere in considerazione alcuni aspetti che, non previsti o non ben tutelati dalla citata legge n. 180 del 1978, hanno caratterizzato questi ultimi anni di attività di chi lavora, ai vari livelli, in ambito psichiatrico, con frequente insorgenza di difficoltà opera-

tive e di problemi gestionali. Occorre, in altre parole:

1): un'attenzione particolare per le categorie di utenti caratterizzati da fragilità sociale in senso sanitario;

2): la presa d'atto della necessità per lo psichiatra di farsi carico di nuovi o dismessi campi di attività che, comunque, continuano ad appesantire la quotidianità dell'assistenza (*in primis* la psichiatria delle disabilità e l'etnopsichiatria ma, anche, la psichiatria implicata con la doppia diagnosi e le dipendenze patologiche correlate);

3): il recepimento di prassi ormai consolidate da tempo in termini di esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio (TSO);

4): un bilanciato coinvolgimento del giudice tutelare e del sindaco nei casi di prolungamento della restrizione della libertà individuale;

5): la necessità di tenere presente quanto, su un piano etico, sia giusto riconoscere al paziente psichiatrico in termini di dignità ed autodeterminazione che devono essere salvaguardate anche in relazione alla patologia presentata. In questa ottica, dovendosi conciliare le esigenze dell'individuo con quelle dell'attività clinica, molto attuale risulta una proposizione di collaborazione medico-paziente, rispettosa dei diritti di quest'ultimo, ma duttile alle esigenze terapeutiche. Si tratta del contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure che ben si configura con la denominazione di «contratto di Ulisse»: esso vincola il paziente, originariamente d'accordo, a farsi seguire anche a prescindere da una volontà contraria, manifestata in una successiva fase della malattia. Il contratto terapeutico vincolante può

essere compreso alla luce delle seguenti considerazioni:

- il consenso informato esprime il superamento della concezione paternalistica che in passato tradizionalmente (in base al principio di «beneficialità») ha caratterizzato il rapporto medico-paziente: al medico era totalmente delegata la potestà di cura e di scelta terapeutica;

- il principio di autodeterminazione riconosce il primato della persona sugli interessi della scienza e della società, nonché il rispetto della dignità e dei diritti fondamentali di uguaglianza, autonomia e libertà dell'individuo quali espressioni di valori e principi universali ed inalienabili [si vedano il Codice di Norimberga, 1946; la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948; la Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina (adottata a Strasburgo il 19 novembre 1996; firmata dal Governo italiano ad Oviedo il 4 aprile 1997) che promuove la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali di ogni essere umano e, in particolare, della sua integrità psicofisica, nonché sancisce il principio dell'autonomia del soggetto interessato, quale espressione del diritto alla libertà e alla dignità della persona (articoli 1 e 5) e, in particolare, l'articolo 2 della Costituzione che riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo];

- il ribaltamento della precedente concezione giuridica che posponeva la persona umana ai superiori interessi dello Stato;

- il riconoscimento del primato e della supremazia dell'uomo assunto a valore etico in sé;

- il riconoscimento dell'uomo come fine di qualsivoglia azione di disciplina e di governo;

- il principio dell'invulnerabilità della libertà personale è espresso solennemente dal-

l'articolo 13 della Costituzione (intesa quale tutela del singolo dall'arbitrio dei pubblici poteri, sino a ricomprendere la libertà morale e la dignità della persona);

- la previsione della riserva di legge, operata dall'articolo 32 della Costituzione, per l'applicazione del TSO, rappresenta parziale deroga e, nel contempo, esplicita conferma del riconoscimento del diritto di autodeterminazione personale che si esprime quale possibilità di disposizione (nel rispetto dei limiti legislativamente previsti) in via esclusiva della propria integrità non soltanto fisica, ma, in senso più ampio, anche psichica e morale, in vista del libero sviluppo della persona;

- la centralità riconosciuta al principio di autodeterminazione (affermato ormai costantemente in giurisprudenza ed autorevolmente riconosciuto dal Comitato nazionale di bioetica), la cui cogenza giuridica è oggi rimarcata dall'acquisizione in Italia della Convenzione di Strasburgo, comporta una forte focalizzazione sulla indilazionabilità di un riconoscimento non solo bioetico, ma anche giuridico, delle «direttive anticipate» e di tutte quelle dichiarazioni ufficiali che esprimono apertamente ed in maniera non equivoca la volontà del soggetto. In mancanza di questo totale riconoscimento, si determinerebbe una limitazione del principio di autodeterminazione: il vincolarsi da soli, con precise disposizioni da far valere nei periodi critici, si è posto non solo per le patologie croniche irreversibili di carattere somatico, ma anche per alcune forme di disturbi psichici cronici con carattere remittente recidivante. Con tale strumento, definito dalla letteratura scientifica americana «contratto di Ulisse», sarebbe possibile gestire consapevolmente comportamenti patologici stabilendo disposizioni in merito alla propria ospedalizzazione o al trattamento con terapie specifiche da far valere anche per l'ipotesi che, nei periodi di crisi, si manifesti una volontà contraria;

6): la conseguente ipotesi di un algoritmo operativo così strutturato:

a) il paziente può essere accolto come volontario o come TSO;

b) nel caso della volontarietà, il paziente può essere dimesso senza problemi;

c) nel caso di ricovero con TSO, il paziente può:

1) essere dimesso per cessazione del TSO;

2) rimanere ricoverato come volontario, nonostante la cessazione del TSO;

3) essere rinnovato nel TSO;

4) essere trasformato in TSOP (trattamento sanitario obbligatorio prolungato) che, a sua volta, può essere rinnovato in trattamento volontario con o senza il vincolo del contratto di Ulisse;

7): l'ampliamento della presenza psichiatrica nell'ambito dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) finalizzato sia ad affrontare nel modo più rapido e adeguato le emergenze psichiatriche sia alla possibilità di prendere in carico tempestivamente il pa-

ziente, evitando ricoveri magari impropri che causano sovraccariche operativi per i servizi di psichiatria;

8): l'offerta all'utenza di centri di ascolto ed orientamento specialistici che, in ambiti non psichiatrizzati, possano configurarsi come filtro delle varie esigenze sia dei possibili fruitori, direttamente interessati, sia dei loro familiari e degli eventuali *care-giver*, nel tentativo di evitare sviluppi di situazioni che possono raggiungere, altrimenti, anche momenti di drammaticità. L'attività di questi centri dovrebbe configurarsi non solo come consultazione per eventuali prese in carico ma anche come punto di riferimento per l'assistenza, l'informazione e la formazione di quanti si trovino a dover affrontare le problematiche del paziente psichiatrico;

9): un doveroso riconoscimento, in termini di spazi consultivi e collaborativi, ai rappresentanti delle varie associazioni dei familiari dei quali troppo a lungo sono state trascurate non solo la voce ma anche le esigenze e le necessità.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali)

1. Il Servizio sanitario nazionale (SSN), tramite le regioni a statuto ordinario e le province autonome di Trento e di Bolzano, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività attraverso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) istituiti presso le Aziende sanitarie regionali.

2. Ogni DSM assicura direttamente o indirettamente le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, attraverso l'integrazione di attività finalizzate alla continuità degli interventi psichiatrici per l'intero ciclo di vita dell'individuo, qualunque sia la sua condizione socio-culturale ed etnica.

3. È istituita un'Agenzia regionale presso l'Assessorato regionale alla sanità che, in collaborazione con l'Assessorato al lavoro ed alla previdenza sociale, si dedichi alla prevenzione ed alla programmazione socio-sanitaria, per la realizzazione, il coordinamento ed il monitoraggio delle attività dei DSM, che abbiano come aree di competenza la neuropsichiatria infantile, la psichiatria, la psicogeriatrics, la psicologia e le dipendenze patologiche. Alle attività dell'Agenzia regionale sono chiamati a partecipare, oltre ai tecnici individuati dagli Assessori alla sanità ed al lavoro ed alla previdenza sociale, anche rappresentanti sia dei familiari delle persone affette da disturbi psichici sia dei vari operatori della salute mentale.

Art. 2.

(Attività di prevenzione)

1. Il SSN garantisce tutte le attività finalizzate alla prevenzione della salute mentale erogate dalle unità operative componenti il DSM in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.

2. A livello regionale, sono predisposti dall'Assessore alla sanità i protocolli delle attività di prevenzione e di assistenza, da attivare in collaborazione con i tecnici ed i rappresentanti delle associazioni di familiari, di volontariato e di altre associazioni operanti nel settore, individuate dal medesimo Assessore.

Art. 3.

(Attività di cura)

1. Le attività di cura psichiatrica prevedono la centralità operativa del DSM che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del DSM, oltre ai servizi previsti dal progetto obiettivo «Tutela salute mentale 1998-2000», approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 Novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, sono previsti quelli per la «doppia diagnosi» relativamente alle dipendenze patologiche ed alle disabilità.

2. Il DSM coordina le proprie attività indirizzate al trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate da fragilità sociale di interesse sanitario e di quelle appartenenti ad altri contesti etnici con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

3. Il DSM può allargare il campo delle proprie competenze anche alla medicina psicosomatica ed ai trattamenti alternativi e complementari.

4. Ogni regione assicura nell'area di accettazione ed emergenza all'interno degli ospedali sede di servizio di psichiatria, uno spazio per gli interventi urgenti, per le emergenze e per le osservazioni psichiatriche; vengono inoltre istituite *équipe* mobili per le realtà metropolitane identificate dalla regione, nonché per interventi urgenti a livello territoriale e domiciliare. È altresì assicurato, per ogni Azienda sanitaria locale, un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti ed istituzioni e strutturato in modo tale da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.

5. Il DSM è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Il DSM presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o alla consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o i suoi familiari, fatta eccezione per le condizioni di accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e di trattamento sanitario obbligatorio (TSO).

6. L'ASO è proposto da un medico del SSN. I DSM devono prevedere strutture idonee, preferibilmente presso la sede del Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), ad una osservazione clinica che non superi le quarantotto ore di degenza, al termine delle quali sono segnalate al paziente e al medico curante le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare al paziente.

7. Il TSO per malattia mentale si prolunga sino a quando permangono le condizioni che lo hanno determinato e che devono essere verificate per iscritto almeno ogni sette giorni. Il TSO può essere interrotto o ripetuto; esso prevede, inoltre, che le cure vengano prestate:

a) in condizione di degenza ospedaliera, nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura;

b) presso altri centri accreditati rispetto a quelli di cui alla lettera a);

c) presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di sicurezza per lo stesso.

8. Il TSO si effettua:

a) quando esistano condizioni cliniche che richiedano un urgente trattamento terapeutico;

b) quando non vi siano diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente ed al suo livello di autonomia;

c) quando il paziente non sia cosciente della malattia e rifiuti gli interventi terapeutici.

9. Il TSO deve essere preceduto dalla convalida della proposta, di cui al terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte di uno psichiatra del DSM. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il TSO, il paziente, quando se ne ravvedano le condizioni di urgenza, può essere accompagnato al DEA, dove è previsto lo spazio per gli interventi urgenti e le osservazioni psichiatriche. La proposta del TSO deve contenere le motivazioni che inducono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

10. Il procedimento relativo all'ASO ed al TSO, nonché la tutela giurisdizionale di tali procedimenti, sono regolati dall'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

11. È istituito il trattamento sanitario prolungato (TSOP) senza consenso, finalizzato al ricovero di pazienti che necessitano di cure obbligatorie per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti ad un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato. Il TSOP ha una durata di sei mesi e può essere interrotto o ripetuto. Il TSOP è un progetto

terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del DSM in forma scritta, con la quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia, e disposto dal sindaco dopo l'approvazione da parte del giudice tutelare. Il TSOP è finalizzato alla possibilità di vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici quali l'accettazione delle cure e la permanenza nelle comunità accreditate, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi. Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte ad ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione. Lo psichiatra responsabile del progetto che motiva il TSOP verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta al giudice tutelare un aggiornamento sull'andamento dello stesso, almeno ogni tre mesi. Il TSOP può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del progetto del TSOP medesimo. In caso di gravi o protratte violazioni del progetto, è effettuata apposita comunicazione al giudice tutelare il quale, su proposta dello psichiatra, provvede alle modifiche necessarie o alla sospensione del TSOP.

12. Qualora sia presente la volontarietà, si può ricorrere ad un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari eventualmente coinvolgibili e lo psichiatra del DSM cui spetta lo sviluppo del programma terapeutico-riabilitativo del paziente. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il TSOP, dopo che ne sia stata data comunicazione al sindaco e al giudice tutelare. Il DSM è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico vincolante e dell'adesione allo stesso da parte sia delle persone preposte alla cura che del paziente.

Art. 4.

(Attività di riabilitazione)

1. Il DSM assicura le attività riabilitative psico-sociali con gestione, sia diretta che indiretta, nelle seguenti strutture:

a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;

b) strutture residenziali, quali presidi di riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo e residenze sanitarie assistite (RSA);

c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale.

2. Il DSM attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare od abituale oppure l'inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete territorialmente la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, in organico collegamento ed in continuità terapeutica con i servizi che costituiscono il DSM e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

Art. 5.

(Rapporti tra DSM e le università)

1. Nell'ambito degli accordi tra le regioni e le università, è programmata l'integrazione dell'attività di assistenza, formazione e ricerca con i DSM. Sia ai DSM sia alle università è richiesta, nell'ambito delle proprie attività, la creazione di spazi e collaborazioni specifiche per le nuove professionalità riferibili alla psichiatria.

Art. 6.

*(Rapporti tra DSM
e Ministero della giustizia)*

1. In applicazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e successive modificazioni, le aziende sanitarie locali (ASL) su cui insistono le case circondariali attivano adeguate risorse dell'*équipe* del DSM competente per l'assistenza ambulatoriale, semi-residenziale e residenziale dei detenuti che necessitano di assistenza psichiatrica o psicologica. Sono stipulati specifici protocolli d'intesa tra le ASL e autorità giudiziaria per reperire spazi adeguati all'interno della casa circondariale da destinare al trattamento ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale dei malati di mente autori di reato che, per la persistenza della pericolosità sociale, non possono essere trattati all'esterno del luogo di detenzione, ovvero che permangono in stato di detenzione perchè imputabili.

2. Le regioni individuano, in collaborazione con i tribunali ordinari e di sorveglianza, specifici percorsi di trattamento alternativi all'invio in ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), da realizzare con la collaborazione della rete dei servizi esterni al carcere e finalizzati alla tutela dei diritti alla cura dei malati di mente autori di reato, sia nella fase di cognizione che di esecuzione della pena. In qualunque fase del percorso al di fuori dell'OPG, i compiti e gli oneri delle cure sono a carico del Ministero della salute, mentre i compiti e gli oneri della custodia del soggetto malato di mente, autore di reato e socialmente pericoloso, sono di competenza del Ministero della giustizia. Gli OPG esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge mantengono l'attuale organizzazione per tutta la fase iniziale di costruzione della rete dell'assistenza da parte del servizio sanitario regionale nelle case circondariali.

