

(N. 2006)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal **Ministro della Sanità**

(ALTISSIMO)

di concerto col **Ministro dell'Interno**

(ROGNONI)

col **Ministro di Grazia e Giustizia**

(DARIDA)

col **Ministro del Tesoro**

(ANDREATTA)

col **Ministro della Pubblica Istruzione**

(BODRATO)

e col **Ministro dei Lavori Pubblici**

(NICOLAZZI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 AGOSTO 1982

Modifica degli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, riguardante istituzione del servizio sanitario nazionale

ONOREVOLI SENATORI. — Con la legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari ed obbligatori, e con la successiva legge 23 dicembre 1978, n. 833, sull'istituzione del Servizio sanitario nazionale (articoli 33, 34, 35 e 64), è stato completamente innovato il sistema degli accertamenti e dei trattamenti sanitari delle malattie mentali, passando da

una concezione statica e custodialistica del malato di mente — quale era quella che aveva informato la normativa precedentemente vigente e risalente all'inizio del secolo — ad una concezione dinamica, curativa, riabilitativa della malattia mentale.

In linea con tale concezione gli accertamenti ed i trattamenti sanitari per le malattie mentali sono stati suddivisi in volontari,

costituenti la norma, e obbligatori, disposti dall'autorità sanitaria nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione.

È stato inoltre previsto che gli accertamenti ed i trattamenti volontari per malattia mentale vengono attuati di norma dai servizi territoriali extraospedalieri.

Per effetto di tale disciplina le Regioni, nell'ambito dei singoli piani sanitari regionali, avrebbero dovuto provvedere, entro il 31 dicembre 1981, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici, alla diversa utilizzazione delle strutture rese disponibili, alla risoluzione delle convenzioni con gli istituti di cura privati svolgenti esclusivamente attività psichiatrica, ad una risoluzione del problema del residuo psichiatrico, e cioè all'inserimento dei ricoverati negli ospedali psichiatrici prima del 16 maggio 1978.

A distanza di 3 anni dall'entrata in vigore di tale legislazione, non si può non constatare come le difficoltà riscontrate nell'attuazione pratica delle nuove norme abbiano generalmente creato una situazione di incertezza ed insufficiente organizzazione ed attuazione dei servizi extraospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura.

Conseguentemente si sono determinati vuoti assistenziali che, in taluni casi, hanno determinato evidenti scompensi organizzativi, con conseguenti riflessi negativi sul trattamento dei malati di mente.

Il quadro della situazione, peraltro, non è uniforme, in quanto sostanziali differenze sussistono tra i servizi di salute mentale organizzati dalle diverse Regioni; e ciò sia per la diversa interpretazione data dalle singole leggi regionali ai principi generali contenuti nella legge nazionale, sia per la diversa capacità attuativa, anche sul piano finanziario, manifestata dalle diverse Regioni. Differenziazioni, queste, che derivano anche da talune difficoltà obiettive identificabili nelle diverse interpretazioni della nozione di dipartimento, dei criteri di coordinamento dell'assistenza psichiatrica con l'assistenza sanitaria in genere e con quella non sanitaria e nella carenza di indicazioni e di modelli di riferimento di carattere generale per le strutture intermedie o alter-

native, di un preciso obbligo di adottare tali strutture, di una voce di spesa del fondo sanitario nazionale specificamente destinata all'assistenza psichiatrica.

Al di là delle giuste articolazioni differenziate nell'organizzazione dei servizi, in rapporto alle diversificate condizioni delle singole realtà regionali, si rilevano difformità significative anche per quanto concerne elementi di fondo quali la denominazione dei servizi e delle strutture psichiatriche, il collegamento del servizio di salute mentale con il territorio ed il concetto stesso di struttura dipartimentale. Differenze sostanziali sussistono per quanto concerne la questione dell'individuazione di un unico responsabile del servizio di salute mentale, che alcune Regioni identificano nel sanitario che riveste la qualifica apicale nell'ambito del servizio stesso, altre nel sanitario posto al vertice della struttura ospedaliera (S.P.D.C.). Altre ancora prevedono una sorta di corresponsabilità limitata tra il capo del servizio ed il sanitario responsabile della struttura ospedaliera.

Altra importante questione, sulla quale da parte delle diverse Regioni non è stata adottata una soluzione uniforme, è quella relativa ai rapporti con le cliniche universitarie, in quanto generalmente le Regioni tendono a considerare la clinica psichiatrica unicamente come una struttura territoriale assistenziale di cui avvalersi nella programmazione del settore, inglobandola quindi a tutti gli effetti nella rete dipartimentale delle U.S.L., con conseguenze negative per quanto concerne i rapporti tra i clinici preposti alle varie strutture, alla identificazione della normativa da applicare per quanto riguarda il numero massimo dei posti letto utilizzabili, alla vigilanza sull'adeguatezza delle funzioni assistenziali, alla riutilizzazione del personale dei vecchi servizi psichiatrici; ciò a scapito delle precipue funzioni istituzionali delle cliniche universitarie psichiatriche, che, in quanto organi dell'apparato statale, devono svolgere attività di insegnamento e di ricerca scientifica, oltre che di assistenza ai malati.

Ugualmente non risolti in maniera univoca nelle varie legislazioni regionali sono ta-

luni particolari punti della disciplina generale sui trattamenti obbligatori, quali quello relativo all'individuazione del medico della struttura pubblica competente alla convalida della proposta di ricovero del medico di base; quello relativo al pronto soccorso psichiatrico con accompagnamento d'urgenza ai servizi psichiatrici di diagnosi e cura, in assenza di una proposta di un medico di base.

Tutto ciò determina, quindi, la necessità di un intervento a livello legislativo centrale, perchè, sulla base degli scompensi ed inconvenienti finora obiettivamente rilevati, vengano modificate ed integrate le attuali disposizioni.

L'esperienza finora acquisita porta infatti a sostenere e confermare la validità dei principi generali informativi dell'attuale legislazione in materia e sui quali peraltro, a suo tempo, il Parlamento si è pronunciato con larghissimo consenso in senso favorevole; ma nello stesso tempo evidenzia la necessità di talune correzioni per quanto concerne l'ambito delle garanzie giurisdizionali e delle modalità di esecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, che dovrebbero essere impostate con più snelle indicazioni procedurali; nonchè la necessità di una generale revisione del trattamento delle malattie mentali ad evoluzione cronica, che costituisce certamente un punto debole dell'attuale legislazione.

Vengono pertanto proposte talune modifiche ed integrazioni agli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In particolare le modifiche all'articolo 34 della legge n. 233 del 1978, che si propongono con l'articolo 1 della presente legge, mirano, in primo luogo, ad una strutturazione uniforme del dipartimento di salute mentale, di cui vengono indicate le articolazioni essenziali e che si precisa debba essere diretto da un medico psichiatra di qualifica apicale.

Si è ritenuto opportuno puntualizzare che deve essere assicurata, in ogni caso, la sorveglianza sanitaria del malato, nel suo interesse e nei suoi rapporti con l'ambiente familiare e sociale.

Un'innovazione rilevante è costituita dalla previsione che il trattamento sanitario obbligatorio va prestato, ove ricorrano determinati presupposti (esistenza di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, ove gli stessi non vengano accettati dall'interessato e non sia possibile adottare idonee misure sanitarie extraospedaliere), in condizioni di degenza ospedaliera, con le procedure già in atto. A tal fine viene precisato che, nel caso del minore, il mancato assenso al trattamento deve essere manifestato dal suo rappresentante legale.

È altresì previsto che il ricovero possa essere effettuato oltre che presso gli ospedali generali anche presso le cliniche universitarie, sempre in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura, compresi nell'ambito del dipartimento di salute mentale.

Innovazione rilevante è l'introduzione del principio che il numero dei posti letto di cui devono essere dotati i presidi ospedalieri non può essere inferiore a un posto letto per ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio della Regione.

All'articolo 2 viene in particolare previsto che l'eventuale prosecuzione della degenza in regime di trattamento sanitario obbligatorio oltre il trentesimo giorno deve avere luogo in strutture sanitarie psichiatriche ospedaliere per spedalità residenziale protratta. Tali strutture, che devono possedere i requisiti previsti all'articolo 17 della legge n. 833 del 1978, sono previsti come presidi multizonali e rientrano nell'organizzazione dipartimentale del territorio in cui hanno sede.

È demandata al piano sanitario regionale la determinazione del numero e dell'ubicazione di tali strutture, che non devono superare il limite di 180 assistiti per patologia varia, di cui solo 60 lungodegenti psichiatrici, sia in trattamento volontario che obbligatorio.

Per i lungodegenti psichiatrici ricoverati nelle predette strutture è prevista, ad integrazione dei provvedimenti urgenti di cui al quinto comma dell'articolo 34 della legge n. 833 del 1978, la nomina di un tutore provvisorio il quale adempie all'uf-

ficio, secondo le disposizioni sulla tutela dei minori stabilite nel codice civile.

All'articolo 3 è prevista la possibilità di riconversione delle attuali strutture psichiatriche e neuropsichiatriche in presidi per la cura e la riabilitazione aventi le caratteristiche e le finalità assistenziali stabilite per la speditività residenziale protratta.

All'articolo 4, infine, si stabilisce che gli interventi connessi alla tutela della salute mentale devono trovare copertura nell'ambito delle disponibilità del fondo sanitario regionale.

Tuttavia, essendo prioritaria l'esigenza che si provveda, da parte delle regioni, al

riordinamento straordinario del dipartimento di salute mentale, tenendo conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale o — in mancanza di approvazione del piano stesso — di quelle dal CIPE, è prevista l'utilizzazione delle quote aggiuntive a destinazione vincolata qualora non sia possibile provvedere con le risorse di parte corrente.

Per quanto concerne le spese in conto capitale, le disposizioni contenute nell'articolo sono conformi al testo del piano sanitario nazionale 1982-1984 già esaminato dalla Commissione permanente igiene e sanità del Senato.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1

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

« La legge regionale, uniformandosi ai criteri indicati dagli atti di indirizzo e coordinamento adottati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della presente legge, disciplina, nell'ambito delle unità sanitarie locali e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, l'istituzione di un dipartimento di salute mentale coordinato da un medico psichiatra di qualifica apicale, con funzioni preventive, curative e riabilitative ed articolato in servizi di assistenza sanitaria domiciliare ed ambulatoriale territoriale, servizi di assistenza sanitaria attuata presso residenze apposite, servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali generali e servizi sanitari psichiatrici presso strutture per ospedalità residenziale protratta.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati nei servizi di cui al primo comma, assicurando in ogni caso la sorveglianza sanitaria del malato nel suo interesse e nei suoi rapporti con l'ambiente familiare e sociale, nonché la necessaria continuità terapeutica.

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato in condizioni di degenza ospedaliera quando esistano alterazioni psichiche che richiedano la necessità di urgenti interventi terapeutici se gli stessi non vengano accettati dall'infermo o, qualora trattasi di minore, dal suo legale rappresentante e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestivi ed idonei trattamenti extraospedalieri. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della pro-

posta di cui al terzo comma dell'articolo 33 da parte di un medico psichiatra dell'unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale, che non può essere inferiore ad uno per ogni diecimila abitanti residenti nel territorio della regione.

Nei casi di urgente necessità, che richiedano l'immediata protezione dell'infermo, ed ove non sia possibile l'intervento tempestivo del dipartimento di salute mentale, la autorità di pubblica sicurezza provvede all'accompagnamento dell'infermo stesso al più vicino centro ospedaliero dotato di servizi psichiatrici di diagnosi e cura. 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 terzo comma.

Nei territori regionali in cui hanno sede cliniche universitarie le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39, possono affidare alle singole università, su loro richiesta, la gestione di uno o più servizi territoriali per la tutela della salute mentale. Deve essere assicurato in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alla prestazione di assistenza psichiatrica a favore di bacini di utenza multizonale e, ove ricorra il caso, interregionale nonchè alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Con la legge regionale di cui al primo comma è altresì disciplinata la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale, anche al fine di riferire al Ministero della sanità entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno ».

Art. 2.

L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, terzo comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida ovvero dall'attestazione di cui al quinto comma dell'articolo 34, deve essere notificato entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. In attesa del provvedimento del sindaco i sanitari del servizio psichiatrico di diagnosi e cura adottano gli interventi d'urgenza strettamente necessari nell'interesse dell'infermo.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o a non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera e, su conforme parere del responsabile del servizio di salute mentale, dispone per l'adozione di misure sanitarie extraospedaliere con ordinanza soggetta a convalida.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonchè al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno ed in quelli di ulteriore prolun-

gamento, il sanitario responsabile del servizio di salute mentale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario indicato al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono il trattamento sanitario obbligatorio; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, dà notizia al giudice tutelare.

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

Qualora il trattamento obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera debba protrarsi oltre il trentesimo giorno, il sindaco ne informa in tempo utile il giudice tutelare, il quale, sentito il sanitario responsabile del servizio di salute mentale competente per territorio, dispone la prosecuzione della degenza in strutture sanitarie per ospedalità residenziale protratta site nel territorio regionale, che non debbono superare il limite di 180 assistiti e che debbono essere utilizzabili anche per infermi affetti da malattie diverse da quelle mentali. Il numero e l'ubicazione di tali strutture è fissato dal piano sanitario regionale.

Le strutture di cui al comma precedente, cui possono essere ammessi anche infermi in trattamento volontario, sono inserite per il settore psichiatrico nel complesso dei servizi dipartimentali di salute mentale e devono rispondere ai requisiti previsti dall'articolo 17 della presente legge.

In ogni caso ai lungodegenti psichiatrici, il cui numero non può essere superiore a 60, devono essere garantite adeguata assistenza sanitaria e situazioni di ospitalità tali da stimolare o consolidare livelli di

autosufficienza e possibilità di reinserimento sociale. Il sanitario responsabile del servizio psichiatrico è tenuto mensilmente alle comunicazioni di cui al quinto comma.

Il giudice tutelare, quando dispone la prosecuzione della degenza in strutture sanitarie ospedaliere, nomina all'infermo un tutore provvisorio, il quale adempie all'ufficio secondo le disposizioni sulla tutela dei minori stabilite nel codice civile.

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

Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato.

Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonchè al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto le informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione ».

Art. 3.

L'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è modificato come segue:

Il primo comma è sostituito dal seguente:

« La regione disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti anche attraverso riconversione delle stesse nelle strutture previste dall'articolo 35, settimo comma ».

Il secondo comma è sostituito dal seguente:

« È fatto divieto di stipulare convenzioni tra enti pubblici e istituti di cura privati ai fini di trattamenti sanitari obbligatori ».

Il sesto comma è sostituito dal seguente:

« Sino all'adozione dei piani sanitari regionali i servizi di cui al quarto comma dell'articolo 34 sono organizzati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non inferiore a 15 e non superiore a 30 ».

Art. 4.

Dopo l'articolo 64 della legge 12 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« Art. 64-bis. — Gli interventi di carattere sanitario relativi alla tutela della salute men-

tale costituiscono priorità da finanziare con le risorse di cui all'articolo 53 della presente legge indicate nel fondo sanitario nazionale, per quanto concerne le spese di parte corrente, e con gli appositi stanziamenti in conto capitale previsti dal piano sanitario nazionale 1982-1984, per quanto concerne le opere edilizie e le attrezzature.

Per il 1982 le regioni provvedono al riordinamento del dipartimento di salute mentale, anche a stralcio dei piani sanitari regionali, con facoltà di soppressione, trasformazione e concentrazione dei servizi che risultino eccedenti o non essenziali rispetto alle indicazioni del piano sanitario nazionale o del CIPE ai sensi dell'articolo 51 della presente legge.

Per le esigenze del riordinamento straordinario indicate al comma precedente e riguardanti gli anni successivi al 1982, cui non possa farsi fronte con gli stanziamenti di parte corrente, le regioni provvedono alle relative spese, per la durata dei primi due piani triennali, con le quote a destinazione vincolata a loro disposizione.

I piani sanitari regionali, od organiche deliberazioni consiliari adottate a stralcio e nelle more dell'elaborazione dei piani stessi, definiscono le misure di intervento previste in ciascuna regione, e precisano il fabbisogno finanziario occorrente per provvedere per le opere edilizie, gli arredi e le attrezzature necessarie per i servizi e le strutture del dipartimento di salute mentale.

Sulla base di tali indicazioni organiche delle regioni, il CIPE, su proposta del Ministro della sanità e sentito il Consiglio sanitario nazionale, definisce il fabbisogno nazionale, per la parte da riservare alla psichiatria all'interno del fondo sanitario nazionale nel quadro delle compatibilità economiche e delle indicazioni del piano sanitario nazionale, e, limitatamente al periodo di durata dei primi due piani triennali, vincola all'interno degli stanziamenti in conto capitale la quota da destinare alle opere sopra indicate. In detto periodo le regioni sono autorizzate ad affidare l'esecuzione di complessi organici di opere o di lavori ad imprese idonee anche a mezzo di trattativa

privata, previa gara esplorativa. Dette opere sono dichiarate ad ogni effetto di pubblica utilità nonchè urgenti ed indifferibili.

Sull'attuazione degli interventi di cui al presente articolo e sull'uso delle somme a destinazione vincolata all'uopo stanziato, le regioni sono tenute a fornire, entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno, appositi rapporti al Ministero della sanità e al Ministero del bilancio e della programmazione economica, che ne riferiscono annualmente al Parlamento ».