

(N. 2103)

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori GROSSI, MERZARIO, ARGIROFFI, BELLINZONA, CARLASSARA, CIACCI e ROSSANDA.

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 NOVEMBRE 1982

Norme di indirizzo alle Regioni per l'attuazione dei servizi di salute mentale ai sensi degli articoli 34 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833

ONOREVOLI SENATORI. — Non può non apparire strano il fatto che il Governo abbia presentato in Senato il disegno di legge n. 2006 per la revisione degli articoli della riforma sanitaria concernenti l'assistenza psichiatrica nello stesso momento in cui alla Camera dei deputati da parte di parlamentari del Partito repubblicano italiano, della Democrazia cristiana, del Partito liberale italiano, del Partito socialista democratico italiano e del Partito comunista italiano venivano presentati disegni di legge sullo stesso argomento. Non si può sfuggire all'impressione che il Governo abbia inteso eludere il confronto con le iniziative parlamentari giacenti nell'altro ramo, tanto più che nel dibattito pubblico che si era sviluppato sulla stampa e nei convegni la bozza del progetto governativo era stata sottoposta a forti critiche anche da parte dei partiti della maggioranza. La Democrazia cristiana, per

esempio, nel recente convegno su « riforma psichiatrica: strutture e modelli operativi » indetto dall'ANCI e dalla Regione Friuli-Venezia Giulia a Pordenone nel giugno 1982, aveva dichiarato per bocca dell'onorevole Cirino Pomicino, primo firmatario del disegno di legge del suo partito, che la Democrazia cristiana non si riconosceva nelle proposte del Governo. Il Partito socialista italiano si è dissociato dal progetto governativo al punto di presentare una mozione in cui si nega l'esigenza di modifiche legislative e richiede viceversa l'esercizio da parte del Governo delle funzioni di indirizzo e di coordinamento, nonché i relativi finanziamenti, per il funzionamento pieno della legge di riforma psichiatrica.

Non è quindi senza fondamento il sospetto di una manovra di aggiramento tanto più che l'unico documento presentato al Senato sull'argomento, e cioè la mozione del Par-

tito socialista italiano, benchè da noi sollecitata in Commissione, non è stata ancora iscritta all'ordine del giorno.

Chiamato a questo dibattito in Senato, il Gruppo comunista presenta anche in questo ramo del Parlamento il suo disegno di legge perchè possa venire messo a confronto sin dall'inizio con il testo governativo.

La prima affermazione che intendiamo fare è che i ritardi e le carenze, anche gravi, che a distanza di tre anni si riscontrano nell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese non sono conseguenza della legge n. 833, ma della sua mancata applicazione. Di questa mancata applicazione sono responsabili:

a) il Governo per quanto concerne le funzioni di indirizzo e di coordinamento non esercitate sull'attività amministrativa delle Regioni nonchè per l'assoluta mancanza di finanziamenti alle strutture alternative previste dalla legge di riforma;

b) l'inerzia, i ritardi e rinvii da parte di molte Regioni nella elaborazione e nell'attuazione degli interventi per la salute mentale;

c) la realizzazione solo parziale dei servizi sul territorio e domiciliari;

d) il continuato ricorso alle vecchie strutture manicomiali e ad istituti privati anche per i trattamenti sanitari obbligatori e per le fasi acute.

Queste inadempienze delle istituzioni non sono solo il risultato di scarsa efficienza o di insufficienti finanziamenti; essi si accompagnano e variamente si intrecciano, specie in alcune regioni, con posizioni politiche e culturali conservatrici, con interessi economici di privati, con atti di vero e proprio sabotaggio di alcuni operatori psichiatrici i quali con cinismo hanno talvolta sfidato i legislatori con dimissioni selvagge o con burocratici rinvii in famiglia senza alcuna preoccupazione per la situazione concreta nella quale i malati venivano scaricati.

Costituisce controprova di questo la constatazione che nelle regioni o nelle situazioni provinciali dove volontà politica, impegno professionale, elaborazione culturale e scientifica hanno sostenuto la legge con l'ade-

sione di amministratori e di operatori, molte difficoltà sono state positivamente risolte ed il superamento definitivo del manicomio o delle istituzioni segreganti sono obiettivi ormai a portata di mano.

Il nostro disegno di legge si propone quindi di fornire alle Regioni norme di indirizzo unitarie e finanziamenti adeguati per superare le difficoltà attuali e dare piena, corretta e puntuale applicazione alla legge numero 833.

Non possiamo trascurare il fatto che siamo nella imminenza della discussione in Aula del disegno di legge sul Piano sanitario nazionale e che in quella sede non potranno essere ignorate prescrizioni sui livelli di assistenza psichiatrica e conseguente destinazione di risorse, sia in spesa corrente che in fondo capitale, per la loro attuazione. Una chiara scrittura di quei deliberati nel disegno di legge di Piano e la loro approvazione potrebbero costituire il superamento delle iniziative legislative settoriali in corso essendo il Piano sanitario nazionale la sede propria per rendere vincolanti ed operative le volontà del Parlamento in materia.

Dobbiamo purtroppo lamentare che le proposte avanzate da noi in questa direzione al momento della discussione nella Commissione sanità del Senato della bozza di Piano sanitario nazionale sono state respinte dal Governo e dalle forze di maggioranza.

In ogni caso il disegno di legge che presentiamo vuole indicare, nello specifico campo dell'assistenza psichiatrica, le norme di indirizzo alle Regioni per l'attuazione degli articoli 34 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

L'articolo 1 assegna alle Regioni il termine di 180 giorni per disciplinare l'istituzione in ogni unità sanitaria locale di servizi di salute mentale a struttura dipartimentale e prescrive le norme che consentono al Governo di intervenire nei confronti delle Regioni in caso di inadempienze o di inammissibili ritardi.

L'articolo 2 contiene i principi per l'organizzazione dei servizi in forma dipartimentale ed interdisciplinare, in stretto collegamento cioè con altri servizi delle unità sanitarie locali e con i servizi sociali territoriali.

All'articolo 3 vengono indicati i presidi del servizio di salute mentale necessari per assicurare i livelli di assistenza garantiti ai cittadini.

Va subito precisato e sottolineato che noi privilegiamo, nel contesto complessivo della nostra proposta, la situazione di presidi territoriali di salute mentale e che essi costituiscono la vera alternativa al manicomio, alla ospedalizzazione, agli istituti geriatrici, agli ambulatori con orario spezzato e girandola di specialisti, alle cliniche private.

Questi presidi di prevenzione, cura e riabilitazione devono diventare il punto certo di riferimento per tutta la popolazione nel caso di bisogno di assistenza psichiatrica per sé o per i propri familiari.

Per questa ragione noi prevediamo che questi presidi debbano rimanere aperti ed operare durante tutti i giorni dell'anno (festivi compresi) e durante le ventiquattro ore e che il personale operi con rapporto di lavoro a tempo pieno.

Ferme restando le unità operative di diagnosi e cura presso gli ospedali generali limitate a 15 posti letto per i trattamenti sanitari obbligatori che non possono essere accolti nei presidi esterni e la facoltà, per i ricoveri volontari, di usufruire anche degli ospedali generali e delle cliniche universitarie convenzionate con l'unità sanitaria locale, la nostra proposta descrive quali debbano essere i presidi residenziali e semiresidenziali per la cura, la riabilitazione e per l'inserimento sociale dei portatori di disturbi anche di lungo periodo.

In particolare essi sono di norma costituiti da:

- a) centri diurni e centri notturni;
- b) comunità alloggio, alloggi assistiti, assistenza domiciliare;
- c) centri di socializzazione ed addestramento professionale.

Qualora tali presidi residenziali e semiresidenziali siano istituiti e gestiti per finalità socio-assistenziali da Comuni, i servizi di salute mentale delle unità sanitarie locali vi partecipano per quanto di loro competenza.

L'articolo 4 è dedicato ai problemi del personale con particolare riferimento all'esigenza del servizio di disporre di operatori a tempo pieno.

L'articolo 5, infine, concerne il finanziamento finalizzato all'assistenza psichiatrica da assegnare alle Regioni con apposita delibera del CIPE e sentito il Consiglio sanitario nazionale. Esso è previsto in lire 100 miliardi per la quota della spesa corrente del Fondo sanitario nazionale e in 100 miliardi per la quota aggiuntiva annuale per le spese in conto capitale.

L'articolo 6 impegna le Regioni a disciplinare il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici in collegamento con l'attivazione di servizi di cui all'articolo 3 e a renderne annualmente conto con apposita relazione.

Onorevoli senatori, il nostro disegno di legge è basato sulla convinzione che le difficoltà ed anche gli insuccessi di questa prima fase della riforma sanitaria non risiedano nei dettati della legge n. 833 che continuiamo a considerare una legge moderna e socialmente avanzata, ma risiedano piuttosto nella mancata applicazione della legge stessa oltre che nelle obiettive difficoltà che ogni processo di rinnovamento incontra, soprattutto quando investe interessi materiali ed accademici potenti. E che nel campo della medicina vere e proprie posizioni di rendita sui bisogni dei cittadini ed organizzazioni quasi mafiose di speculazione sulla salute abbiano inquinato l'applicazione delle decisioni dei legislatori è sotto gli occhi di tutti.

Riteniamo quindi che non di modifiche della legge c'è bisogno, ma di governo fermo e deciso della legge stessa, di direttive, di indirizzi, di controlli e che questo è il vero banco di prova della volontà politica di quanti approvarono la riforma. Massimamente di questa volontà politica e delle misure amministrative necessarie a concretizzarla c'è bisogno nel caso della riforma psichiatrica che, in ogni parte, è riconosciuta come un modello scientificamente e socialmente tra i più validi ed apprezzati del mondo ed alla cui realizzazione dovremmo sentirci tutti impegnati.

Con le norme di indirizzo alle Regioni per l'attuazione degli articoli 34 e 64 della riforma sanitaria e, prima ancora, con la definizione degli *standards* di assistenza psichiatrica e dei relativi finanziamenti nella legge di Piano sanitario nazionale avremo risposto alla sfida che le difficoltà oggettive e meno nobili resistenze di interessi costitui-

ti ci hanno lanciato e avremo assicurato a coloro che sono ancora oggi tra i più dolenti ed emarginati dei cittadini le condizioni per un trattamento sanitario corretto ed umano, senza rinchiuderli o farli rinchiudere nei ghetti e senza scaricare il loro dramma sulle famiglie come, in alcuni casi, è stato fatto.

DISEGNO DI LEGGE**Art. 1.**

Gli adempimenti di cui agli articoli 34 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono dichiarati urgenti ed indilazionabili ed i termini perentori per l'istituzione dei servizi di salute mentale sono fissati in mesi sei dalla data di pubblicazione della presente legge.

In caso di persistente inattività degli organi regionali il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

Art. 2.

I principi ai quali dovranno rispondere i servizi di salute mentale istituiti ai sensi dell'articolo 34 della legge 23 novembre 1978, n. 833, sono:

a) la gestione in forma unitaria del complesso delle funzioni sanitarie relative alla salute mentale;

b) lo stretto collegamento con gli altri servizi della unità sanitaria locale;

c) il rispetto della personalità dell'assistito e la imprescindibilità, salvo i casi già previsti dalla legge, del suo consenso;

d) il divieto di ricostituzione di nuovi manicomi sotto qualsiasi veste o dimensione e di istituzione di divisioni o sezioni psichiatriche ospedaliere;

e) la diffusione territoriale;

f) il recupero sociale e sanitario come fine dell'intervento;

g) la partecipazione della popolazione ed in particolare degli assistiti e delle loro famiglie alla predisposizione dei servizi ed alla valutazione delle modalità operative adottate.

Art. 3.

In attesa dell'emanazione del Piano sanitario nazionale ed al fine di garantire anche in assenza di esso i livelli minimi di assistenza psichiatrica, i servizi di tutela della salute mentale istituiti sul territorio sono almeno dotati di:

a) centri diurni e centri notturni che garantiscano anche ed in modo integrato l'assistenza continua per le 24 ore anche nei giorni festivi;

b) comunità alloggio, alloggi assistiti ed assistenza domiciliare;

c) centri di vita associativa e di addestramento professionale in concorso o per convenzione con quelli comunali fornendo, in questi casi, le prestazioni specifiche del proprio personale.

Al fine di prevenire il ricovero ed agevolare l'autonomo inserimento sociale, i servizi di salute mentale delle unità sanitarie locali possono erogare, in casi straordinari e con singola documentazione, prestazioni di tipo economico e socio-assistenziale.

Art. 4.

Il servizio di salute mentale è dotato di una unica pianta organica che comprende tutte le unità già addette ai presidi ed ai servizi di salute mentale, le unità già inserite negli enti disciolti o di enti che abbiano cessato le loro funzioni relative alla salute mentale, le unità già addette ad istituti psichiatrici privati in relazione al loro progressivo esaurimento e che si rendano disponibili per una sollecita mobilità verso altri servizi di salute mentale.

La responsabilità del servizio è attribuita ad un operatore del ruolo sanitario in posizione apicale ai sensi e per gli effetti dell'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

Agli effetti di quanto previsto nel comma sesto dell'articolo 47 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, ai servizi di salute mentale sono riconosciute, per l'attuazione dei lo-

ro programmi, comprovate ed effettive esigenze assistenziali. A tale fine tutto il personale opera con rapporto di lavoro a tempo pieno.

È fatto divieto agli operatori di servizi di salute mentale di mantenere rapporti di lavoro subordinato o autonomo con strutture diverse da quelle del Servizio sanitario nazionale in cui operano. La violazione di tale principio configura mancanza grave ai fini dei provvedimenti disciplinari da consumarsi nei loro confronti.

Art. 5.

Al fine di attuare quanto disposto all'articolo 1, primo comma, della presente legge, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano stabiliscono nei loro piani sanitari regionali o con appositi provvedimenti la quota di fondo sanitario da destinare ai servizi di salute mentale.

Le spese derivanti alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano per l'ampliamento delle piante organiche dei servizi di salute mentale, effettuato ai sensi di quanto previsto dal quinto comma dell'articolo 1 del decreto-legge 26 novembre 1981, n. 678, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 26 gennaio 1982, n. 12, sono finanziate con una integrazione, per l'anno 1982, pari a lire 100 miliardi, della quota di spesa corrente del Fondo sanitario nazionale, da assegnare alle Regioni con apposita delibera del CIPE, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Per l'attuazione degli interventi che richiedono finanziamenti in conto capitale, il CIPE, sulla base delle determinazioni contenute nei piani sanitari regionali o in apposite leggi regionali di piani di intervento e sentito il Consiglio sanitario nazionale, ripartisce, per gli anni 1982 e 1983, tra le Regioni, una quota aggiuntiva annuale di lire 100 miliardi ad integrazione della quota per le spese in conto capitale prevista per il finanziamento del Fondo sanitario nazionale.

Nella ripartizione dei fondi di cui al secondo e terzo comma del presente articolo, si deve tener conto, in via prioritaria, delle

LEGISLATURA VIII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

situazioni ove si manifesta una grave carenza nei servizi di salute mentale, con particolare riguardo alle regioni meridionali ed insulari.

La copertura degli oneri relativi alla formazione, all'aggiornamento ed alla riqualificazione professionale del personale, da destinarsi ai servizi di salute mentale, è assicurata, con carattere di priorità, dagli opposti stanziamenti a destinazione vincolata relativi alla formazione professionale annualmente erogati alle Regioni.

Per l'anno finanziario 1982 la quota di cui al terzo comma del presente articolo è iscritta a riduzione dello stanziamento del capitolo 6856 dello stato di previsione del Ministero del tesoro.

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 6.

In attuazione a quanto disposto dai commi primo, secondo, terzo e quarto dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le Regioni disciplinano il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici in collegamento con la istituzione e l'attivazione dei servizi di cui all'articolo 3 della presente legge.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad inviare annualmente al Ministero della sanità una dettagliata relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni nazionali in materia di assistenza psichiatrica.

Nella relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, predisposta dal Consiglio sanitario nazionale ai sensi del terzo comma dell'articolo 8 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, un'apposita sezione deve riguardare lo stato di attuazione della presente legge, con particolare riferimento alla situazione organizzativa ed al progressivo sviluppo dei servizi di salute mentale ed alle modalità con le quali procede il graduale esaurimento degli ospedali psichiatrici.