

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore CORLEONE

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 14 NOVEMBRE 1988

Modifiche ed integrazioni alla legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori, ed alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale, in tema di tutela della salute mentale dei cittadini

ONOREVOLI SENATORI. — A dodici anni dall'approvazione della legge n. 180 del 1978 negli ex manicomi sono ancora ricoverati oltre 35.000 pazienti! I servizi territoriali di assistenza psichiatrica quando ci sono, fatte salve alcune doverose eccezioni, funzionano malamente. I reparti di neuropsichiatria degli ospedali o dei policlinici sono stati trasformati in piccoli *bunker* e spesso ricalcano la stessa logica di quei manicomi che si volevano chiudere. Le cliniche psichiatriche private sono diventate, quasi sempre con la compiacenza delle unità sanitarie locali, una sorta di parcheggio per malati che non si sa dove mettere e da chi fare assistere.

L'analisi più puntuale dello stato di applicazione della riforma psichiatrica e l'analisi delle carenze è stata fatta proprio dal Ministero della sanità. Nel piano sanitario triennale predisposto dall'allora ministro della sanità Carlo Donat-Cattin, con sorprendente lucidità, si mette a nudo la situazione per quello che oggettivamente appare e, ancor più sorprendente, vengono individuate soluzioni credibili.

Questa la situazione oggettiva dell'assistenza psichiatrica nel nostro Paese:

1) risultano esistenti nel nostro Paese 1399 servizi e presidi di varia tipologia e denominazione; di essi: il 48 per cento è costituito da presidi psichiatrici territoriali

identificabili con il centro di salute mentale (CSM); il 21,3 per cento da strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali; il 16,9 per cento da servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) istituiti dalla legge n. 180 del 1978 negli ospedali generali e il 13,5 per cento da strutture tradizionali di ricovero (ospedali psichiatrici, case di cura e cliniche universitarie di psichiatria). La rete dei servizi, pur presentandosi ancora insufficiente per sostenere una domanda di prestazioni che cresce in intensità e complessità, registra a dieci anni dalla citata legge n. 180 un primo allargamento del panorama dei servizi, mentre non risulta più privilegiato l'intervento di tipo tradizionale;

2) la distribuzione dei presidi sul territorio nazionale è del tutto disomogenea, con il 53 per cento dei presidi collocato a Nord, il 20 per cento nelle regioni del Centro e solo il 27 per cento in quelle del Sud;

3) i centri di salute mentale (uno ogni 84.688 abitanti, contro il parametro ottimale di uno ogni 50.000 abitanti) risultano assenti in 132 unità sanitarie locali, pari al 20 per cento delle unità sanitarie locali italiane. Di queste 132 unità sanitarie locali, ben 100 sono collocate nel Sud. All'interno dei centri di salute mentale si è potuto riscontrare che 45 unità su 100 sono nettamente al di sotto del dato medio complessivo per caratteristiche di funzionamento ed efficienza (misurata attraverso dati strutturali, di personale, di prestazioni e stile di lavoro), mentre solo 32 unità su 100 presentano uno *standard* di efficienza tendenzialmente soddisfacente (medio-elevato);

4) i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (uno ogni 242.000 abitanti, contro il parametro ottimale di uno ogni 200.000 abitanti) presentano a livello nazionale un tasso di posti letto per 100.000 abitanti pari a 5,4. Sia il Centro Italia che il Sud continentale fanno registrare un tasso di quattro posti letto per 100.000 abitanti. Solo un terzo dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura esistenti presenta, inoltre, uno spettro completo di operatori;

5) le strutture intermedie, residenziali e semiresidenziali, costituiscono il punto

più carente della rete. Esse risultano complessivamente 298, di cui solo 50 semiresidenziali (centri per l'attività di riabilitazione-socializzazione e *day hospital* per l'attività terapeutica in senso stretto). Solo il 19,4 per cento di queste strutture sono presenti al Sud, mentre 66 su 100 sono collocate al Nord. Nell'insieme del Paese ben il 78,5 per cento delle unità sanitarie locali risultano sprovviste di strutture intermedie alla data del censimento. Le 248 strutture residenziali comprendono strutture protette e semi-protette; quelle protette, con la presenza di operatori 24 ore su 24, sono circa 100, mentre quelle con minore presenza di operatori (almeno 8 ore di 1 operatore) e quindi maggiore autogestione sono circa 75. Nel complesso i posti assicurati sono 3.800;

6) rispetto all'istituzione di una organizzazione dipartimentale dei servizi di salute mentale, la situazione del Paese si presenta del tutto insoddisfacente.

Alla data del 31 dicembre 1984 solo 11 delle 696 unità sanitarie locali dispongono dell'intero complesso di servizi (centro di salute mentale, servizio psichiatrico di diagnosi e cura, strutture intermedie). L'integrazione gerarchica del lavoro (che è garantita dall'esistenza di un unico organico e un'unica responsabilità di direzione sui gruppi di lavoro delle diverse unità o servizi psichiatrici) è presente in una minoranza delle unità sanitarie locali; è inoltre frequente l'eccezione per l'ospedale psichiatrico, che mantiene spesso una autonomia gerarchico-funzionale rispetto al dipartimento psichiatrico. Infine è ovunque molto debole l'integrazione funzionale del lavoro tra i servizi. Basti pensare che più della metà dei centri di salute mentale (53,1 per cento) ha con i servizi psichiatrici di diagnosi e cura solo scambio di informazioni sull'utente o, comunque, «incontri sporadici od occasionali per la definizione di programmi terapeutici comuni», mentre solo il 16,6 per cento di tali servizi gestiscono direttamente il servizio psichiatrico di diagnosi e cura e possono così fare da filtro per i ricoveri in maniera efficace e quindi assicurare «continuità terapeutica»;

7) gli ospedali psichiatrici ammontano al 31 dicembre 1984 a 103 (di cui 11 privati convenzionati) con 36.700 ricoverati. Un indicatore del degrado di questi servizi è dato dallo scarso uso di interventi alternativi o integrativi a quello farmacologico praticato negli ex ospedali psichiatrici. L'attività terapeutico-riabilitativa dentro e fuori questa struttura non trova facile attuazione per l'elevata età media dei ricoverati e l'ipotesi di non dimissibilità che per molti di essi viene fatta.

Si rileva inoltre che 59 ex ospedali psichiatrici su 100 non hanno alcun rapporto con i centri di salute mentale o si limitano a scambiare con essi solo generiche informazioni sui pazienti. È evidente che la mancanza di un sistematico collegamento con i servizi del territorio limita la portata e l'efficacia di una attività politica di dimissionamento. Un dato significativo al riguardo è che solo 12 nosocomi sui 103 censiti ha favorito in qualche modo il processo di reinserimento nel contesto sociale dei pazienti, riservando loro apposite «comunità ospiti» intese come prima tappa verso un percorso di recupero di autonomia ed effettiva dimissione. Nonostante la residualità e l'inefficienza degli ospedali psichiatrici, tali strutture assorbono una quota ancora molto rilevante di risorse finanziarie, certamente sproporzionata rispetto alla loro reale efficienza. Il mantenimento dell'attività e delle strutture residuali di tipo manicomiale e le rette di ricovero in case di cura, ad esempio, incidono nel Veneto nella misura dell'80 per cento sulla spesa complessiva, in Abruzzo del 75 per cento, in Puglia del 70 per cento, in Liguria del 63,2 per cento.

Chiunque abbia in questi anni messo piede in uno degli ex ospedali psichiatrici certo si sarà chiesto quale riforma sia stata approvata con la legge n. 180 del 1978. Le situazioni che Franco Basaglia aveva denunciato con il suo famoso volume «Crimini di pace» sono ancora lì, con tutta la loro brutalità e crudeltà, a gridare vendetta contro una società che si era sostanzialmente lavata la coscienza con una legge che mai seriamente si è voluto applicare.

Con il collega Pollice, con i deputati Modugno, Bassi Montanari e Cecchetto Coco abbiamo visitato molte di queste realtà, abbiamo visto numerose di queste situazioni. Da Milano a Rieti, da Roma a Reggio Calabria, da Messina ad Agrigento, ci siamo stupiti di vedere quelle stesse immagini che negli anni settanta avevano contribuito a sollevare l'indignazione dell'opinione pubblica, che erano stati determinanti per chiedere un *referendum* e per ottenere una legge di riforma. Al di là dell'ormai celeberrimo caso di Agrigento, scoppiato e parzialmente risolto per la tenacia e l'impegno di Domenico Modugno che è riuscito a trasformarlo in caso nazionale, esiste una miriade di situazioni più o meno anonime che abbiamo rimosso. A questo scopo riteniamo opportuno, non fosse che per fissare a futura memoria queste denunce, riportare qui due atti parlamentari che negli ultimi tre anni sono stati il più forte grido di denuncia contro lo scandalo che ancora si sta consumando in tutti gli ex manicomi. Il primo (interrogazione n. 4-02299 del senatore Spadaccia ed altri) riguardava specificatamente la situazione riscontrata nel manicomio di Agrigento: «Premesso che il 7 luglio il senatore Franco Corleone, del Gruppo federalista europeo ecologista, senza alcun preavviso si presentava all'ospedale psichiatrico di Agrigento e, in assenza del direttore, chiedeva al dottor Francesco Butera, primario dell'ospedale e in quel momento facente funzioni di direttore, di visitare l'ospedale;

che il senatore Corleone era tra l'altro accompagnato dal giornalista Gad Lerner dell'«Espresso» che sulla visita ha scritto un servizio pubblicato sul numero 42 del 23 ottobre 1988 con una documentazione fotografica inoppugnabile;

che è quasi impossibile descrivere la vergognosa ed allucinante situazione oggettiva nella quale i malati sono costretti a vivere. In questa sede è sufficiente esporre i seguenti dati che comunque potranno dare un'immagine certamente lontana dalla realtà:

a) nell'ospedale psichiatrico di Agrigento sono tuttora ricoverati 375 malati

suddivisi in sette padiglioni completamente fatiscenti;

b) i malati sono assistiti da tre psichiatri a tempo pieno e da uno a mezzo orario, gli infermieri sono un centinaio suddivisi in quattro turni (2 o 3 infermieri per ogni reparto di 50, 60 persone);

c) la terapia praticata ai malati è esclusivamente farmacologica;

d) le condizioni igienico-sanitarie sono tali da rendere quasi impossibile l'accesso ai padiglioni: il pungente odore di urina, ovunque sporczia e rifiuti di ogni tipo, i pavimenti corrosi ed il linoleum ormai praticamente impregnato di escrementi, i bagni sudici, i gabinetti incrostati, le lenzuola (là dove c'erano) sporche, le coperte lacerate; la ditta che cura la pulizia dell'esterno dei padiglioni (si fa per dire!) getta tutti i rifiuti in una discarica interna all'ospedale; l'enorme numero di gatti, l'inimmaginabile quantità di mosche, la più volte denunciata presenza di topi, nonché i numerosi cani randagi che scorrazzano nell'ospedale, confermano che l'unico paragone che si può fare con questa struttura è quello di una discarica pubblica;

e) i malati, completamente abbandonati a loro stessi, mangiano con il solo cucchiaino in gavette di latta o di plastica che, dopo il pasto, devono lavarsi da soli. Il cibo prima di essere servito è esposto, anche per ore, senza alcuna copertura (nei reparti si sono visti gatti e mosche gigantesche che sinistramente si aggiravano su inqualificabili teglie di triglie); non esistono bicchieri ("chi vuole può bere al rubinetto" è stata la laconica risposta di un infermiere), mentre in nessun reparto vengono utilizzate tovaglie e tovaglioli;

f) i malati sono tutti vestiti in modo insufficiente, numerose sono le persone che portano abiti striminziti e numerosi sono coloro che girano completamente nudi; nei magazzini giacciono centinaia di paia di pantaloni di taglia inferiore al 40; gli stessi infermieri portano camici acquistati da loro stessi (molti di loro però non vestono alcun camice) ed alcuni portano ai malati gli abiti smessi di casa;

g) i reparti dormitorio presentano decine di letti allineati senza che i posti siano caratterizzati da elementi personali, non esistono neppure armadi dove i malati possano conservare i propri effetti; le camerate non sono riscaldate e le finestre sono in gran parte rotte; in alcuni stanzoni sono stati addirittura praticati buchi all'altezza del pavimento per consentire di lavare «a secchiate d'acqua» i reparti; i servizi igienici sono indescrivibili, alcuni presentano più *water* affiancati senza alcuna divisione;

h) la regione Sicilia ha stanziato 16 miliardi per la ristrutturazione dei reparti e la gara di appalto, dopo anni, è stata conclusa solo qualche mese fa. Nonostante ciò è legittimo ritenere che il miglioramento delle strutture non migliorerebbe le condizioni dei malati: l'insufficienza dell'organico non consentirebbe alcuna modifica delle terapie e i reparti cadrebbero in breve in stato di abbandono (in particolare gli infermieri maschi si rifiutano di pulire i reparti poiché questo è compito dei portantini che però non ci sono);

che più volte durante la visita i malati hanno espresso la volontà di uscire (secondo il dottor Butera, la maggior parte di questi potrebbe essere dimessa) mentre ad alcuni di loro è proibito uscire anche dai reparti e tutti i padiglioni sono circondati da alte reti metalliche;

che più volte, in numerose relazioni scritte, i responsabili sanitari dell'ospedale hanno denunciato la situazione dell'ospedale senza che per questo nulla cambiasse e che 18 mesi fa un maresciallo dei carabinieri ha, con un fotografo, effettuato una visita nei reparti dell'ospedale,

gli interroganti chiedono di sapere:

quali iniziative urgenti il Ministro interrogato intenda prendere per modificare la situazione da *lager* riscontrata nell'ospedale psichiatrico di Agrigento;

se intende aprire un'indagine amministrativa sull'ospedale psichiatrico di Agrigento;

quali immediate iniziative intende prendere nei confronti dell'assessore regio-

nale alla sanità e nei confronti dell'unità sanitaria locale competente;

cosa intende fare per garantire l'applicazione della legge n. 180 del 1978».

Il secondo (interpellanza n. 2-00235 del senatore Corleone ed altri) conteneva una denuncia:

«Premesso che: il senatore Francesco Corleone (accompagnato dal giornalista de "L'Espresso", Gad Lerner, dall'assistente parlamentare dell'onorevole Modugno, Gaetano Benedetto, e dal fotografo Franco Zecchin) ha visitato in tempi diversi numerosi ospedali psichiatrici per constatare lo stato di applicazione della legge n. 180 del 1978;

che già in precedenti interrogazioni si denunciava la drammatica e vergognosa situazione degli ospedali psichiatrici di Rieti ed Agrigento;

che numerosi altri ospedali (valga per tutti l'esempio di Girifalco, in provincia di Catanzaro) versano in uno stato di abbandono totale tale da renderli simili più che a strutture sanitarie a dei veri e propri *lager*;

che questa situazione è stata nuovamente confermata dalle visite effettuate nei giorni 20, 21 e 22 febbraio 1989 negli ospedali di Reggio Calabria, Messina e Scicli (Ragusa);

che l'ospedale di Reggio Calabria, che sorge su di un terreno di 17 ettari, ha già ricevuto due ordinanze di sgombero da parte della magistratura per inagibilità dei locali;

che nonostante questo ben 352 malati (193 uomini e 159 donne) sono lì ricoverati in condizioni subumane;

che nonostante l'assistenza di 14 medici, un igienista, 2 psicologi, un farmacista e 7 assistenti sociali, il loro stato di abbandono è pressochè totale e le terapie loro destinate sono esclusivamente farmacologiche;

che i 7 reparti in cui sono suddivisi i pazienti versano in condizioni ripugnanti sia per l'assoluta carenza di beni essenziali quali coperte e lenzuola, comodini, sedie, armadi, eccetera, sia per l'indescrivibile stato delle poche cose esistenti: reti dei letti

sfondate ed arrugginite, materassi inservibili, coperte sudicie;

che anche le strutture igienico-sanitarie risultano assolutamente carenti e prive di quell'elemento di riservatezza necessario per la tutela della dignità umana dei ricoverati;

che l'ospedale psichiatrico «Mandalari» di Messina, diretto dal mese di dicembre dal professor Giuseppe Spadaro, già direttore per lunghi anni dell'ospedale psichiatrico di Girifalco, nonostante alcune apparenze positive, oltre alle stesse carenze riscontrate negli ospedali di Agrigento e Reggio Calabria presenta un'incredibile situazione di sovraffollamento: 312 uomini e 362 donne sono letteralmente stipati in 7 reparti, un'altra cinquantina di malati vivono in due comunità protette ed in un cosiddetto *day hospital*, sebbene nella struttura sanitaria vi sia una sartoria ed un magazzino-guardaroba efficientemente gestito da una suora e da 15 sarte, i malati sono prevalentemente scalzi e con abiti laceri e sporchi, numerosi anche i degenti vestiti in maniera approssimativa se non addirittura nudi, ovvero con abiti inadeguati alla stagione;

che le camerate hanno letti, alcuni a castello, talmente ravvicinati da rendere impossibile la presenza di sedie e comodini, tanto che non si arriva a capire dove verranno ubicati i mobili acquistati dall'amministrazione dell'ospedale per oltre 600 milioni;

che nel primo reparto donne le 83 ricoverate dormono in un unico stanzone servito solo da 2 bagni e disgustose sono le condizioni igieniche complessive in cui vivono gli ammalati: fetore insopportabile dei materassi intrisi di urine, coperte lacerate, muri macchiati;

che la pulizia dei reparti è affidata alla cooperativa «Mariva» che impiega nell'ospedale 48 addetti il cui operato, vista la situazione riscontrata, è pressochè nullo;

che l'ospedale ha interi reparti senza riscaldamento (ad esempio il secondo reparto donne con 75 ricoverate) ed altri riscaldati con stufe a legna che hanno completamente annerito i soffitti e le pareti;

che a Scicli, in provincia di Ragusa, all'interno dell'ospedale civile è presente un reparto per i lungodegenti definito «dementi tranquilli»: è questo un reparto quasi fantasma visto che a detta di alcuni amministratori non è collegato nè al servizio psichiatrico di diagnosi e cura, nè al servizio neurologico, nè al servizio geriatrico e non ha un capitolo nei bilanci della unità sanitaria locale;

che sebbene siano arrivati materassi nuovi, dopo lo scandalo di Agrigento, le condizioni di indigenza dei ricoverati sono totali: si pensi che circa 50 donne rinchiusi in un padiglione vengono lavate per terra utilizzando un'unica spugna per tutte e l'acqua di volta in volta viene raccolta in un catino;

che queste donne passano l'intera giornata sedute ai tavoli di uno stanzone ed alcune di loro non escono all'esterno dal 1961: analoga situazione si registra nel reparto uomini, dove malati vagano come anime in pena da uno spoglio salone ad un cortile recintato da un alto muro sovrastato da una rete metallica;

che si segnala, in particolare, che fra le pazienti ve ne era una con una gigantesca ernia non curata ed un'altra operata da appena due giorni al femore,

gli interpellanti chiedono di sapere:

quali urgenti provvedimenti si intenda adottare per porre fine al suddetto stato di cose e quali decisioni si intenda prendere per verificare eventuali responsabilità del personale medico, paramedico ed amministrativo nonché dei responsabili delle unità sanitarie locali competenti;

se si intenda aprire un'accurata indagine per verificare le condizioni generali dei malati di mente nel nostro paese, nonché, lo stato di applicazione della legge n. 180 del 1978».

Le risposte a queste, come ad altre interrogazioni ed interpellanze, quando ci sono state, sono di ordine formale. La cosa più semplice che poteva essere fatta, cioè di applicare il piano di interventi predisposto dal Ministro della sanità nel piano sanitario

triennale, non è stata fatta o non si è voluta fare. Ancora una volta sono prevalse le logiche dei patteggiamenti, hanno vinto i comportamenti «diplomatici» e le scelte «caute e responsabili».

Ma in definitiva esiste una differenza sostanziale tra un malato ricoverato a Scicli, in provincia di Ragusa, o a Girifalco, in provincia di Catanzaro, ed un malato ricoverato a Mombello, in provincia di Milano? È sufficiente il dato della pulizia, che certamente balza agli occhi, per poter dire che quei malati sono trattati in modo diverso?

Vi sono leggi che sanciscono mutamenti già avvenuti sul piano dei comportamenti umani, del costume, degli atteggiamenti sociali, ed altre che si pongono come premessa per provocare ed accelerare mutamenti ritenuti ideologicamente e moralmente necessari, ma non ancora realizzatisi nella coscienza e nella prassi.

La legge n. 180 del 1978 appartiene alla seconda categoria: non è nata da un impulso positivo del legislatore, bensì, come dicevamo prima, da una necessità del tutto contingente e strumentale: quella di evitare il *referendum* radicale sull'abolizione della vecchia legge manicomiale.

La legislazione psichiatrica allora in vigore (legge speciale del 1904 e regolamento del 1909) e la conseguente struttura terapeutico-assistenziale (ospedali psichiatrici) si fondavano su un presupposto (l'alienazione del cosiddetto malato di mente) del tutto superato sia dal punto di vista scientifico che da quello sociale e politico. L'emarginazione e la repressione cui erano sottoposti, di fatto, i pazienti ricoverati nei manicomi erano quindi frutto, in linea di principio, di un'assurda operazione concettuale, che definiva i pazienti psichici «diversi» da tutti gli altri pazienti bisognosi di assistenza sanitaria. Pertanto, c'era un solo modo per superare questa discriminazione: quello di far rientrare a tutti gli effetti i pazienti affetti da disturbi psichici nel settore dell'assistenza sanitaria generale. Questo è il primo obiettivo politico della citata legge n. 180: oggi i malati di mente sono ancora diversi e in gran parte sono ancora emarginati.

Ciononostante l'impostazione, le premesse, i contenuti della legge n. 180 del 1978 sono da ritenersi ancora oggi condivisibili per diversi aspetti, soprattutto perchè sono rispettosi della sofferenza psichica dell'uomo e si pongono nel senso del suo recupero e superamento anzichè nel senso dell'emarginazione e della repressione.

Ancora una volta il problema è costituito da una volontà politica dominante e da una coscienza collettiva che appaiono non solo lontane dall'accoglimento effettivo di questa nuova impostazione, ma anche attivamente riluttanti e spesso ostili. Alcuni sostengono oggi che la chiusura dei manicomi, non avendo trovato un terreno predisposto ad accoglierla, ha comportato tanti disagi ed inconvenienti per cui si rendono necessarie modifiche della legge n. 180 del 1978 tali da costituire nella sostanza, secondo la nostra opinione, un ritorno indietro con la riapertura di strutture segreganti. Altri invece si attestano in una pura difesa ideologica della legge n. 180, negandone limiti ed insufficienze palesi.

Entrambe le posizioni riducono in effetti il complesso problema della patologia psichiatrica e della cura ad una semplice questione di strutture, come se collocare in ospedale anzichè in manicomio il paziente psichiatrico fosse di per sè sufficiente a trasformare l'intervento repressivo in intervento terapeutico.

La legge n. 180, proprio per i motivi spiegati all'inizio, essendo anticipatrice, non può che essere considerata un punto di partenza per un'azione innovatrice che incida sul costume e sui comportamenti.

Due devono essere, secondo la nostra opinione, le direttrici dell'azione politica nel settore dell'assistenza psichiatrica:

1) a breve termine, stimolare ed eventualmente denunciare tutti gli inadempimenti della legge (con responsabilità di assessori e amministratori locali, di responsabili politici e sanitari, degli stessi operatori psichiatrici) che attivamente e passivamente ostacolano un avvio dignitoso e corretto della nuova struttura assistenziale;

2) a medio-lungo termine, affrontare

finalmente il problema della qualità, umana e professionale, dei servizi psichiatrici, attraverso le modifiche della legge n. 180, che noi proponiamo.

Il manicomio è stato un luogo orrendo, non solo e non tanto per le sbarre e i letti di contenzione. Il manicomio è stato quello che tutti noi sappiamo, soprattutto perchè gli uomini che lo hanno inventato e gestito hanno usato se stessi e questi strumenti con modalità e intenzioni repressive.

Non si può proporre di modificare in senso terapeutico le strutture psichiatriche, se non si comincia almeno a porre il problema di chi sono e cosa fanno gli uomini che di queste strutture hanno la responsabilità.

Così come non è sufficiente, anche se è stato un primo passo indispensabile, aprire i manicomi perchè i malati mentali «guariscono» dalla loro «malattia», così non è sufficiente modificare le strutture e le organizzazioni assistenziali perchè gli operatori psichiatrici acquisiscano automaticamente la capacità umana e professionale di accostarsi alla sofferenza psichiatrica con rispetto e con attitudine terapeutica.

Si tratta, in poche parole, di porre sul tappeto il problema della formazione professionale degli operatori psichiatrici.

Nel 1978 la legge n. 180 decretava la chiusura dei manicomi. Da anni è ormai in atto un movimento di opinione, già incanalatosi politicamente in alcune proposte di modifica della legge n. 180, che tende ad attuare una parziale riapertura dei manicomi stessi. In altri termini, si sta creando un'atmosfera di rivincita culturale, che non sviluppa un dibattito, bensì una successione di proclami.

Sulla grande stampa, grazie anche ad alcuni scandali come quello di Agrigento, si è riaperto il confronto sulla questione psichiatrica, e vi si leggono cose apparentemente molto giuste e molto ragionevoli, in molti casi, però, lo spirito che si percepisce è uno spirito di restaurazione.

Se riandiamo con la memoria agli anni che precedettero la promulgazione della legge che chiuse i manicomi e alla passione politica e ideologica che li contraddistinse,

ritroviamo qualcosa di simile a quanto sta accadendo ora, anche se con segno opposto. D'altra parte, è fatale che accada così, se tutti i problemi connessi con l'approccio alla malattia mentale e al disturbo psichico si riducono a uno *slogan* a favore o contro il manicomio.

Confessiamo che non ci scandalizza tanto la prospettiva che alcuni reparti di ospedali psichiatrici vengano riaperti, quando pensiamo ai tanti piccoli manicomi che si sono costituiti negli ospedali civili, dietro l'ipocrita etichetta del servizio di diagnosi e cura: ci preoccupa e ci rattrista il perpetuarsi della tendenza ad affrontare questi problemi in chiave esclusivamente ideologica, e il rifiuto a entrare nel merito della loro complessità con spirito di ricerca e di onesta sperimentazione.

C'è un risultato della legge n. 180 del 1978 che appare ormai acquisito, e non messo in discussione dalle altre proposte di modifica: la cosiddetta territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, ovverosia l'approccio al disturbo psichico nel luogo dove esso si manifesta e non la sua enucleazione dal contesto sociale.

Non sappiamo se da questo risultato i pazienti e le loro famiglie abbiano già tratto benefici; è certo però che questo sostanziale mutamento costringe operatori e amministratori a porsi il problema della professionalità e della formazione professionale non più solo in termini di ruolo, qualifica e gerarchia, ma necessariamente anche di capacità.

Rimane completamente irrisolto il problema del ricovero, che non è risolvibile, come finora è avvenuto, cioè ancora una volta, solo a livello ideologico! Infatti, alla reclusione in manicomio non si può credibilmente contrapporre il ricovero in ospedale civile (per restituire dignità civile al paziente, gli si nega la specificità della sua sofferenza e del suo bisogno, attraverso la medicalizzazione), nè ci si può limitare ad affermare che il ricovero, in patologia psichiatrica, non è mai necessario.

È sulla questione del ricovero che si devono vedere deposte le armi dell'ideologia e del preconcetto, affinché finalmente si

apra una fase di sperimentazione e di ricerca che può essere realizzata soltanto se gli amministratori opereranno coraggiosamente, liberi di muoversi senza i vincoli del clientelismo e della demagogia, e gli operatori saranno disposti ad assumersi la responsabilità di impostare e condurre un progetto, capaci anche di esigere tutti gli strumenti necessari perchè esso dia risultati attendibili. Siamo coscienti che certamente queste due evenienze sono rare e ancor più rara è l'eventualità che si incontrino. Tuttavia, pensiamo che sia un modo serio per affrontare il problema del ricovero in psichiatria.

Prima di illustrare le nostre proposte di modifica alla legge n. 180 del 1978, riteniamo utile ricordare che un problema così complesso e difficile viene affrontato e risolto dal Parlamento, quasi di nascosto, in due sole sedute della Commissione igiene e sanità della Camera dei deputati, in sede legislativa, il 28 aprile ed il 2 maggio 1978, attraverso una procedura affrettata che aveva l'unico scopo di impedire il *referendum* radicale. L'onorevole Marco Pannella, intervenendo a nome del Gruppo radicale nel corso della prima di queste due sedute e rispondendo al relatore, l'onorevole Orsini, che faceva proprie le tesi «progressiste», denunciava il comportamento della maggioranza, che era teso ad ottenere «...l'avallo ed il suggello del tutto formale dei gruppi parlamentari, prima ancora che dei parlamentari, secondo un'economia che non è quella del diritto positivo in ordine al modo di legiferare, ma quella di tutelare comunque gli interessi presunti della maggioranza a discapito della serietà del lavoro legislativo». Ed inoltre, entrando nella discussione generale, così precisava il proprio pensiero: «Venendo al mio intervento nella discussione generale, la prima considerazione che desidero fare è che il legislatore dovrebbe muoversi in un'ottica per cui ci si deve far carico di varare la più intelligibile delle leggi possibili, in modo che la sua laicità, la sua chiarezza siano rese percorribili al cittadino e non solo ai clerici del potere, sanitario, giuridico o amministrativo che sia».

«D'altra parte, per quanto la relazione a questo provvedimento si ingegni a voler affermare che l'origine di questa nostra attività è altra, è indubbio che essa nasce invece dall'iniziativa presa da 700 mila elettori italiani per incidere su norme che non sono affatto desuete, ma che continuano a prendere corpo ancora oggi, senza che per nessuna delle vostre forze politiche questo abbia mai suscitato grossa emozione, fino a quando il partito radicale non s'è fatto carico di mettere in piedi il *referendum* minacciando - perchè di questo si tratta - la partecipazione popolare ad uno dei temi più importanti della vita di ogni giorno. Quindi, innanzi tutto, un ringraziamento va fatto, signor presidente, a questi 700 mila cittadini che ci consentono di fare ora questo lavoro. Ma se a costoro va dato un riconoscimento, credo che dobbiamo anche sottolineare che prepariamo oggettivamente una truffa a noi stessi, prima ancora che a loro».

«Il metodo dello stralcio è un metodo sul quale c'è stato l'unanime consenso di tutti. Lo stralcio serve a realizzare pessime iniziative; serve, secondo l'unanime filosofia vostra, a ritardare i tempi della riforma di struttura che è necessaria per realizzare effettivamente quanto oggi stiamo esaminando. E voi siete gli stessi che hanno votato in aula contro il compimento dell'*iter* legislativo della riforma sanitaria. Quindi, mi sia consentito rilevare che quando nella relazione al provvedimento è detto che, al di fuori dell'attuazione della riforma sanitaria, tutto questo poggia sulla sabbia, in realtà si tratta di lacrime di cocodrillo anticipate».

«Ci si dice che dobbiamo legiferare di urgenza, in quanto potere e violenza continuano a prendere corpo in 50 mila donne e uomini: e, sensibili a questo, occorre sentire l'urgenza del problema e intervenire. Ma intervenite per non fare. Avete fatto ancora una volta una sceneggiatura, non un disegno di legge. Aderite ad una sceneggiatura che manca di fantasia e di rigore e, soprattutto - ciò mi pare ancora più grave - avete concepito una situazione che disegna un mediocre processo kafkiano nella parte

che va dall'articolo 5 agli articoli 7 e 8. Avete creato la classica ripetizione inconsapevole in termini antropologici di una situazione per la quale le cronache ci diranno poi quanti processi kafkiani saranno vissuti da quei 50 mila che vivono oggi processi di violenza letale».

«Quello che avete fatto non è umanitario. È in atto un *revival* di Beccaria e dell'umanitarismo, del quale siamo lusingati. Ma quando dite che il presupposto della riforma sanitaria è questo stralcio, voi sapete che, in realtà, create il caos, create una situazione senza punti di riferimento chiari; e vedremo poi come il linguaggio da sceneggiatura e non da diritto positivo è in rapporto necessario di causa ed effetto con questa *vacatio*».

«Non avete altra alternativa che quella di portare avanti la riforma sanitaria. Pure, fate ostruzionismo a qualsiasi riforma pur di impedire il *referendum*; quindi, fate ostruzionismo anche alla riforma sanitaria, perchè vi date solo il tempo per impedire il fatto politico dei *referendum*. Voi state compiendo un atto di irresponsabilità».

«Avete operato uno stralcio. Quando avete varato una legge di portata analoga - mi riferisco a quella sull'aborto - in termini di diritto positivo, avete notato il carattere sabbioso della terra sulla quale vi muovevate ed avete almeno tentato di trovare degli alibi, o di dimostrare la vostra buona volontà. In quel caso, avete stanziato delle cifre. Ma, nel caso di questo provvedimento, nella relazione si dice che esiste non solo un problema relativo al servizio sanitario nazionale, un problema di strutture, ma che esiste anche un problema di disponibilità finanziaria, perchè abbiamo *deficit* di migliaia di miliardi nel settore. E siete così convinti della lealtà vostra che non vi siete nemmeno fatti carico, come nel caso dell'aborto, di dire che è necessario stanziare *tot* miliardi. Non avete nemmeno compiuto questo gesto. Con quali mezzi allora andremo incontro alla riforma? E, così come i consultori, strutture di aborto o di non aborto, nella gran parte dei casi non esistono - ma almeno si prevede il volontariato, mentre qui nemmeno questo - così

parlate delle unità sanitarie locali e sapete che state legiferando solo per impedire il referendum, state legiferando solo perchè il giorno dopo la pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale* questa legge entri in vigore».

«Consideriamo per un istante l'articolo 1 di questo disegno di legge. Ho già detto che non parteciperò ulteriormente alla discussione perchè il nostro gruppo ha ritenuto che ciò in parte non fosse possibile per motivi di tempo, ma soprattutto perchè non ce la siamo sentita di veder trattare i moltissimi emendamenti che questo provvedimento avrebbe richiesto come pretesti ostruzionistici. Io credo che i migliori emendamenti che il nostro gruppo ha proposto - spesso soltanto di pochissime parole, perchè anche una sola parola può mutare il significato di un testo - siano nati non perchè altrimenti ci avreste potuto accusare di essere interessati soltanto al referendum, ma perchè si trattava di tentare la modifica di testi legislativi che a noi sono apparsi aberranti e pericolosamente distanti dai veri problemi».

«... In questo modo continuate a non dare indicazioni precise, anzi, cadete addirittura nel permissivismo come tutti gli autoritari quando decidono di essere liberali. Si tratta infatti di un'indicazione che non serve a nient'altro che ad evidenziare la conflittualità sociale le cui radici affondano in interessi di natura diversa».

«... Vi state muovendo secondo moduli identici a quelli della legge per l'aborto e otterrete risultati identici e avrete la mina vagante di una legge che aumenterà la conflittualità sociale e le frustrazioni giorno dopo giorno, ed esploderà contro di voi e lo Stato».

In conclusione, a distanza di dodici anni dall'approvazione della legge n. 180 e della legge n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale, lo stato di crisi dell'assistenza psichiatrica e sanitaria persiste, come era stato previsto, ed è necessaria perciò una svolta anche legislativa che proponga uno sbocco serio ad un dibattito altrimenti sterile, ed una soluzione non retorica alla sofferenza psichica che c'è, ed è in aumen-

to, in una società come la nostra che soffre la mancanza di valori, che vive tra squilibri profondi di ricchezze offensive e di povertà inaccettabili.

Per questi motivi, è onesto ammettere che la tutela della salute mentale della popolazione non è certamente un compito soltanto del servizio sanitario, anche se la istituzione del dipartimento per la salute mentale delle unità sanitarie locali, previsto dall'articolo 1 della nostra proposta, può essere un utile strumento per raggiungere alcuni e precisi obiettivi delineati negli articoli successivi. Inoltre, è altrettanto onesto e corretto ricordare che generalmente, in questo campo come in altri (per esempio AIDS, malattie veneree, sessualità, aborto, eccetera), riguardante problemi coinvolgenti la personalità e la vita privata dell'individuo, il ricorso al servizio pubblico avviene per necessità e non per scelta.

Infatti, specialmente per la malattia mentale, accade che l'individuo evita il servizio pubblico fino a quando gli è possibile, per la carica di giudizio morale di cui è insito spesso il comportamento degli operatori. Il ricorso al servizio pubblico avviene successivamente come ultima *ratio*, quando non ha più importanza il giudizio morale degli altri ed il soggetto è etichettato come «diverso». A questo punto è contraddittorio per coloro che lo chiedono, ed illusorio e mistificante per coloro che lo promettono, pensare di trovare una soluzione definitiva ai problemi della sofferenza umana da parte di un servizio psichiatrico che sia inteso in senso totalizzante e non problematico.

Inoltre, se è vera la necessità di tutelare la salute mentale in ogni età della vita, non può essere dimenticato quanta importanza abbiano l'infanzia e l'adolescenza.

La prevenzione non può cominciare, allora, soltanto al compimento del diciottesimo anno, ma diventa fondamentale impegnare, nei limiti delle possibilità più sopra espresse, il servizio sanitario soprattutto nel settore materno-infantile, organizzando finalmente la neuropsichiatria infantile nel nostro Paese ai livelli delle nazioni più progredite (articolo 3).

L'articolo 2 della nostra proposta affronta il complesso problema del ricovero psichiatrico della popolazione adulta, finora non risolto oppure risolto attraverso la mistificazione del ricovero ospedaliero.

Infatti, in patologia psichiatrica molteplici sono le ragioni che possono rendere utile, opportuno o addirittura necessario, il ricovero. Raramente si tratta di ragioni oggettive. Nella stragrande maggioranza dei casi l'esigenza del ricovero scaturisce da esigenze estremamente soggettive sia che il ricovero sia richiesto dallo stesso paziente, sia che esso sia richiesto da terze persone (parenti, medici, altri), con il consenso o meno dell'interessato.

Parlare di ragioni soggettive, riconoscerne la validità, ritenere che la risposta terapeutica debba tenere conto di esse, significa impostare il problema del ricovero psichiatrico su basi totalmente diverse da quelle finora in vigore.

Se la risposta manicomiale (di contenimento, di repressione, di occultamento della patologia psichiatrica) ha rivelato tutta la rozzezza e la violenza della sua impostazione, anche l'attuale risposta (ricovero nei piccoli servizi di diagnosi e cura dell'ospedale civile, con il limite dei quindici posti letto) sta mostrando tutta la sua inadeguatezza quantitativa e qualitativa:

quantitativa, perchè l'assurdo limite dei quindici posti letto imposto dalla legge costringe spesso a rifiutare il ricovero a chi ne necessita, e contemporaneamente a buttare letteralmente fuori dall'ospedale qualcuno per far posto a qualcun altro, quando l'unica indicazione alla forzata dimissione di un paziente è che ce n'è un altro più grave di lui;

qualitativa, perchè il ricovero in ospedale civile si basa su un imbroglio: per restituire dignità civile al paziente, gli si nega la specificità della sua sofferenza e del suo bisogno attraverso la medicalizzazione inevitabile in quel contesto. Un ricovero psichiatrico rispettoso della soggettività delle esigenze e dei bisogni dei pazienti può essere definito da questi propositi: consentire al paziente un'esperienza di accoglimento e di accettazione proprio allorchè, in conse-

guenza della sua patologia, tutte le relazioni con il suo ambiente di appartenenza vanno in crisi; promuovere un processo di superamento della crisi nel quale egli sia attivamente partecipe e corresponsabile.

A questi obiettivi può corrispondere un luogo di ricovero impostato secondo i principi della comunità socioterapeutica.

La comunità socioterapeutica è infatti organizzata e gestita in modo tale da dare un significato terapeutico emancipatorio ed evolutivo a tutti i momenti della vita comunitaria.

Questo significa un alto grado di addestramento e capacità socioterapeutiche specifiche da parte del personale, ma soprattutto da parte del responsabile della comunità stessa.

Infine, nell'articolo 4 è affrontato il problema determinante della formazione professionale degli operatori.

La malattia mentale, il disturbo psichico, la patologia comportamentale sono disfunzioni che riguardano la sfera soggettiva, intrapsichica e relazionale, degli individui.

Analogamente, l'approccio a questo tipo di sofferenza, la sua valutazione e la stessa risposta terapeutica sono funzioni strettamente connesse con la personalità e la soggettività di coloro cui competono compiti terapeutici ed assistenziali in questo ambito.

Un'assistenza psichiatrica adeguata alle necessità di coloro che vi si rivolgono con richieste ed aspettative di aiuto pone, pertanto, un duplice ordine di problemi: quelli organizzativi e strumentali, e quelli riguardanti la qualità umana e professionale degli operatori socio-sanitari.

I primi sono stati affrontati e risolti, nelle varie epoche, conformemente alla ideologia sulla malattia mentale prevalente al momento.

I secondi sono stati finora affrontati, nel migliore dei casi, esclusivamente attraverso modalità di insegnamento che consistono nella trasmissione di nozioni, di teorie, di tecniche.

Una formazione professionale che prenda in considerazione l'aspetto essenziale di qualsiasi intervento psichiatrico, cioè la

relazione umana tra operatore ed utente, deve mettere in grado l'operatore stesso di divenire consapevole dei fattori emotivi ed affettivi che entrano in gioco in tale relazione.

Questa consapevolezza non è trasmissibile per insegnamento, ma è gradualmente raggiungibile attraverso esperienze che mettano in grado l'operatore di vivere in prima persona la realtà emotiva ed affettiva di una relazione terapeutica.

Attraverso questa esperienza l'operatore diventa consapevole delle proprie esigenze e reazioni emotive, di come possono anche gravemente interferire nel lavoro terapeutico ed assistenziale, di come possono essere controllate ed anche utilizzate per la comprensione dei problemi dell'utente e quindi per una efficace risposta di aiuto.

Strumento privilegiato per questo tipo di formazione è il piccolo gruppo (dieci, quindici partecipanti), condotto da un

formatore esperto in questa tecnica, cioè specificamente addestrato per questo lavoro.

Questo tipo di formazione non può essere né imposta né generalizzata, perché si basa sulla partecipazione e collaborazione attiva, motivata e volontaria dei partecipanti.

In conclusione, noi non vogliamo la sofferenza delle famiglie e verso di esse non abbiamo alcun atteggiamento di sufficienza o di disumanità, ma continuiamo a tenere al centro della nostra attenzione e preoccupazione i problemi del malato, in quanto individuo e cittadino non da sopportare e da nascondere, bensì da aiutare senza paternalismi. Il nostro rifiuto delle soluzioni ghezzanti è allo stesso tempo rifiuto della pratica dell'abbandono, ed affermiamo che è nella capacità di capire i fenomeni in quanto rivelatori di una realtà, e non di impedire che i matti diano fastidio, che si misura la civiltà di una società.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

*(Dipartimento per la salute mentale
delle unità sanitarie locali)*

1. Il primo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti:

«Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano organizzano su base dipartimentale i servizi di assistenza psichiatrica.

Gli interventi per la tutela della salute mentale sono svolti dai servizi unici di psichiatria, di neuropsichiatria infantile e di psicologia, istituiti presso ogni unità sanitaria locale. Detti servizi sono coordinati tra loro, con il servizio sociale del dipartimento per la salute mentale delle unità sanitarie locali e con gli altri, che siano ritenuti necessari. L'organizzazione dipartimentale deve prevedere la costituzione di due gruppi interdisciplinari ed unici per l'intera unità sanitaria locale, dei quali uno per la popolazione adulta ed un altro per la popolazione infantile, integrati tra loro per garantire la continuità negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, relativi alle malattie mentali, nel passaggio dall'età infantile all'adolescenza ed all'età adulta».

Art. 2.

*(Presidio per il ricovero psichiatrico
della popolazione adulta)*

1. Il quarto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti:

«Le regioni debbono istituire, nel territorio di competenza del dipartimento per la salute mentale, comunità socio-terapeutiche per il trattamento sanitario, volontario ed obbligatorio, dei pazienti le cui relazioni con l'ambiente familiare e sociale appaiono

gravemente compromesse in conseguenza della patologia, al fine di promuovere il superamento della malattia e la piena riabilitazione mediante la partecipazione e corresponsabilizzazione del paziente stesso alla vita della comunità, nonché una progressiva riduzione del ricovero a tempo parziale.

La responsabilità della comunità socio-terapeutica è affidata dal dipartimento per la salute mentale ad un medico psichiatra, che abbia acquisito il riconoscimento di formatore secondo quanto previsto all'articolo 34-bis.

La comunità socio-terapeutica deve essere organizzata per ospitare un numero di pazienti compreso tra i quindici e i venti in funzione della popolazione servita dal dipartimento.

La comunità socio-terapeutica, così come ogni altro servizio psichiatrico, deve operare in strutture rispondenti alle specifiche esigenze della malattia mentale; in particolare si dovranno assicurare ambienti che garantiscano il rispetto della dignità umana e la possibilità per i pazienti di organizzare autonomamente la propria quotidianità e di ottenere e custodire oggetti personali.

I piani sanitari regionali devono prevedere, per l'istituzione di questo presidio, l'utilizzazione prioritaria di tutte le strutture edilizie sanitarie e socio-assistenziali adatte allo scopo presenti nelle unità sanitarie interessate».

Art. 3.

(Presidi del dipartimento)

1. Il quinto comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dai seguenti:

«I presidi utilizzati dai servizi di psichiatria, di neuropsichiatria infantile e di psicologia, sono quelli delle unità sanitarie locali a livello distrettuale, i poliambulatori, gli ospedali generali e le comunità socio-terapeutiche secondo quanto previsto ai precedenti commi.

Il servizio di psichiatria delle unità sanitarie locali assicura le necessarie competenze negli ospedali generali: è vietata in ogni

caso l'istituzione di divisioni o sezioni psichiatriche, nonché di servizi psichiatrici ospedalieri autonomi.

Le unità sanitarie locali devono organizzare, anche attraverso convenzioni private, un servizio di assistenza domiciliare in grado anche di aiutare le famiglie che ospitano parenti o congiunti affetti da patologie psichiatriche.

Il servizio di neuropsichiatria infantile delle unità sanitarie locali risiede nell'ospedale generale, con posti letto tecnici di appoggio (da cinque a dieci) nei reparti di pediatria, e svolge le proprie attività nelle strutture e nei presidi del dipartimento materno infantile, nel quale è obbligatoriamente integrato».

Art. 4.

(Formazione del personale)

1. Dopo l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo:

«Art. 34-bis. - (*Albo nazionale dei formatori*) - 1. Il Ministro della sanità istituisce l'Albo nazionale dei formatori, al quale possono accedere, entro il primo anno, coloro che dimostrino di possedere i requisiti specifici ottenuti attraverso esperienze dimostrabili.

2. Le regioni, per l'attuazione dei programmi di formazione previsti nei piani sanitari regionali, identificano le istituzioni pubbliche e private che notoriamente abbiano svolto attività formativa specifica nell'ultimo quinquennio».

2. L'istituzione dell'Albo nazionale dei formatori e i provvedimenti delle regioni di cui all'articolo 34-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal comma 1 del presente articolo, hanno luogo entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 5.

(Corsi di aggiornamento)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano organizzano corsi di

aggiornamento per il personale medico ed infermieristico operante nelle strutture psichiatriche al fine di consentire ad ogni operatore la frequenza di almeno un corso ogni due anni.

2. A tal fine sono autorizzati accordi, convenzioni con le università o con istituti specializzati pubblici o privati operanti come tali nel settore della psichiatria o della psicologia da almeno cinque anni.

Art. 6.

(Strutture degli ex ospedali psichiatrici)

1. Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, sentito il Ministro per gli affari sociali, stabilisce, con proprio decreto, le modalità con cui le regioni dovranno provvedere alla ristrutturazione ed alla riconversione socio-assistenziale delle strutture degli ex ospedali psichiatrici.

2. In ogni caso è vietata la vendita, o l'utilizzo diverso da quello disposto dal Ministero della sanità, degli immobili, siano essi edifici o terreni, degli ex ospedali psichiatrici.

Art. 7.

(Abrogazione di norme)

1. L'articolo 8 della legge 13 maggio 1978, n. 180, è abrogato.

Art. 8.

(Trattamento sanitario presso la comunità socio-terapeutica)

1. Nei commi primo e secondo dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e nei commi secondo e terzo dell'articolo 2 della legge 13 maggio 1978, n. 180, le parole: «trattamento sanitario obbligatorio» sono sostituite dalle seguenti: «trattamento sanitario presso la comunità socio-terapeutica».