

SENATO DELLA REPUBBLICA

IV LEGISLATURA

(N. 2422)

DISEGNO DI LEGGE

presentato dal **Ministro della Sanità**

(MARIOTTI)

di concerto col **Ministro dell'Interno**

(TAVIANI)

col **Ministro del Tesoro**

(COLOMBO)

col **Ministro del Bilancio e della Programmazione Economica**

(PIERACCINI)

col **Ministro di Grazia e Giustizia**

(REALE)

col **Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale**

(BOSCO)

e col **Ministro della Pubblica Istruzione**

(GUI)

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 SETTEMBRE 1967

Assistenza psichiatrica e sanità mentale

ONOREVOLI SENATORI. — Il disegno di legge in esame risulta composto di 59 articoli divisi in otto titoli secondo la seguente sistemazione:

Titolo I — Principi generali - igiene e profilassi mentale.

Titolo II — Assistenza ospedaliera psichiatrica.

Titolo III — Ammissioni, dimissioni e trasferimenti.

Titolo IV — Programmazione ospedaliera psichiatrica.

Titolo V — Disposizioni finanziarie per gli enti ospedalieri psichiatrici.

Titolo VI — Ordinamento dei servizi e del personale.

Titolo VII — Case di cura private.

Titolo VIII — Disposizioni finali e transitorie.

TITOLO I

PRINCIPI GENERALI — IGIENE E PROFILASSI MENTALE

Nel titolo I (articoli da 1 a 6) — articolo 1 — in applicazione del precetto contenuto nell'articolo 32 della Costituzione repubblicana viene stabilito il diritto dei cittadini, degli stranieri e degli apolidi all'assistenza psichiatrica.

Gli articoli 2, 3 e 4 stabiliscono i nuovi criteri in tema di assistenza psichiatrica.

Un particolare accenno meritano i servizi di igiene e profilassi mentale. Questi servizi sono importantissimi non solo perchè realizzano un *depistage* dei soggetti potenzialmente candidati alla vera malattia mentale e perchè provvedono alla cura di quelle forme che restano nell'ambito extra ospedaliero, ma altresì perchè rappresentano il vero legame tra il malato di mente o comunque il sofferente di disturbi psichici e la società. Tali servizi hanno infatti compiti profilattici, terapeutici, medico sociali ed assistenziali; sono articolati in un centro provinciale

di igiene mentale, dispensari e ambulatori psichiatrici, e altre istituzioni curative e assistenziali (ospedali diurni, notturni, laboratori e aziende agricole protetti, eccetera).

L'istituzione degli ospedali diurni e notturni rappresenta una innovazione già ampiamente sperimentata all'estero, soprattutto in Inghilterra, dove se ne è constatata la reale utilità.

L'ospedale notturno è un ospedale aperto destinato a quei malati che possono continuare a svolgere la loro attività lavorativa fuori dell'ospedale, ma che necessitano di un controllo medico continuo, e pertanto si recano a passare la notte in questi particolari ospedali dove possono essere seguiti e controllati per la terapia. L'ospedale diurno, al contrario, è un ospedale destinato a quei malati che hanno bisogno, più dei primi, di un'assistenza e di un controllo quotidiano, ma ai quali è consentito trascorrere la notte in famiglia, per mantenere con questa rapporto più stretti di quanto non sia possibile con le brevi visite in ospedale. Tanto l'ospedale diurno quanto quello notturno hanno lo scopo di assicurare un controllo medico continuativo e diretto (soprattutto nei riguardi delle terapie) senza con questo staccare completamente il malato dall'ambiente familiare.

Il lavoro protetto, in Italia, non esiste ancora in forma giuridicamente riconosciuta, ma è già contemplato nel presente disegno di legge come una promessa per domani. Il lavoro protetto consente ai veri e propri malati di godere di uno dei fondamentali diritti sanciti dalla Costituzione: il diritto al lavoro.

Non si tratta delle colonie agricole e dei soliti laboratori artigiani che troviamo in quasi tutti i vecchi ospedali psichiatrici, bensì di officine aperte, cioè fuori dell'Ospedale, nelle quali il soggetto sofferente di disturbi psichici — sia egli soltanto un lieve neurotico o un vero ammalato — lavora come in qualsiasi altra officina dell'industria privata, ma organizzata adeguatamente in rapporto al tipo di disturbo e di malattia. Oggi sono ancora troppi gli infelici che, per disturbi psichici che presentano o anche

soltanto per il fatto di essere stati una volta ricoverati in ospedale psichiatrico non trovano lavoro.

Esiste una legge che obbliga i datori di lavoro ad assumere tra i propri dipendenti un certo numero di « invalidi civili » ma si tratta di « invalidi per minorazioni fisiche »: per gli invalidi per minorazione psichica non c'è posto.

D'altra parte, per il minorato psichico il problema del lavoro è del tutto particolare: richiede un ambiente, fisico ed umano, adatto che non potrebbe trovare dovunque. Di qui la necessità del lavoro protetto.

L'articolo 5 individua il personale che deve essere addetto ai centri di igiene mentale e non ha bisogno di particolari illustrazioni.

L'articolo 6 stabilisce i compiti del direttore del centro.

TITOLO II

ASSISTENZA OSPEDALIERA PSICHIATRICA

(Articoli da 7 a 21)

Attualmente l'assistenza ospedaliera pubblica psichiatrica viene assicurata dalle amministrazioni provinciali per mezzo di ospedali psichiatrici propri o per mezzo di ospedali psichiatrici gestiti da opere pie e da altri enti pubblici, ivi compresi gli istituti per cronici tranquilli.

Ciascuno dei predetti enti pubblici (escluse le provincie) ha un proprio e diverso ordinamento giuridico-amministrativo: ha organi di amministrazione composti eterogeneamente; è sottoposto a controlli di legittimità e di merito diversi.

Tali enti sono variamente ordinati secondo i loro rispettivi statuti e regolamenti nei quali si riflette, ancora oggi, la volontà dei fondatori, il fine caritatevole dell'istituzione e della conseguente assistenza ospedaliera erogata; elementi questi che sono espressione di interessi settoriali che mal si conciliano col principio dell'articolo 32 della Costituzione che garantisce il diritto dei cittadini

alla tutela della salute e, quindi soprattutto, alla assistenza ospedaliera, uguale e completa per tutti.

Ne discende che è esigenza fondamentale al fine di una adeguata soluzione dei problemi del settore, affidare innanzi tutto, l'assistenza ospedaliera psichiatrica oltretutto alle provincie, e nei luoghi ove amministrano ospedali psichiatrici ad enti preposti esclusivamente ad essa, che abbiano però una identica struttura e disciplina amministrativa; e cioè, siano amministrati da organi democraticamente formati, composti uniformemente, che siano espressione rappresentativa della collettività cui prestano l'assistenza; siano sottoposti a identici controlli e direttive da ricondurre nell'esclusivo ambito dell'amministrazione sanitaria e delle istituende regioni a statuto ordinario ed erogino l'assistenza a diversi livelli funzionali, secondo una intelligente programmazione ospedaliera psichiatrica a favore indistintamente di tutti i cittadini.

Stante il fatto che il presente provvedimento normativo che si muove sulle linee dettate dal provvedimento relativo all'assistenza sanitaria e agli enti ospedalieri già approvato da un ramo del Parlamento, non ha finalità di trasformare in enti pubblici tutte le istituzioni operanti nel settore, ma solamente lo scopo di procedere ad una riforma, degli enti già rivestiti del carattere della pubblicità, l'articolo 7 afferma *expressis verbis*, l'esclusione dall'ambito di operatività del provvedimento delle istituzioni private, siano esse laiche o religiose che restano assoggettate solamente ai controlli di carattere igienico sanitario per la tutela dei fini generali della salute pubblica.

D'altra parte, la pubblicizzazione mediante legge di enti privati contro la volontà degli enti stessi, senza ricorrere alla procedura espropriativa, sembra da escludere per la possibilità di censure costituzionali (articoli 2, 18 e 42 della Costituzione).

Gli enti pubblici che provvedono esclusivamente alla cura di infermi mentali vengono riconosciuti di diritto enti ospedalieri.

Del pari sono costituiti in enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica gli ospedali ap-

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

partenenti ad enti pubblici che svolgano una attività diversa da quella dell'assistenza psichiatrica (comuni, istituzioni di assistenza e beneficenza).

Per il riconoscimento degli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica viene prescritto un apposito decreto del Presidente della regione.

Viene poi devoluta (articolo 10) alla potestà regionale la facoltà di costituzione di nuovi enti ospedalieri, nonché della fusione e concentrazione degli enti esistenti secondo le indicazioni del piano regionale ospedaliero.

La struttura degli organi di amministrazione dell'ente ospedaliero è ispirata al principio della rappresentanza diretta della collettività.

I componenti del Consiglio di amministrazione, infatti, vengono eletti, nella maggior parte, dai consigli comunali e provinciali.

Il disegno di legge, poi, delinea, con precisione le attribuzioni del Consiglio di amministrazione (articolo 10), le modalità di elezione del presidente nonché i suoi compiti.

Viene poi prevista l'istituzione di un organo collegiale (collegio dei revisori - articolo 16) con l'attribuzione di vigilare affinché la gestione amministrativo-contabile dell'ente ospedaliero avvenga con l'osservanza delle disposizioni di legge e nell'interesse dell'ente.

È anche configurata l'istituzione di due organismi, il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale, organismi che apporteranno il contributo dei sanitari in seno al consiglio di amministrazione dell'ente in tema di soluzione di problemi che implicano il possesso di particolari cognizioni tecniche (articoli 17 e 18).

I pareri che detti organi sono chiamati ad esprimere rivestono, alcuni carattere obbligatorio, ma non vincolante, altri, invece, carattere facoltativo.

Il disegno di legge delinea poi le funzioni di vigilanza e tutela sull'ente demandandole, in conformità alle norme contenute nella legge 10 febbraio 1953, n. 62, alla regione (articolo 19), alla quale spetterà altresì il po-

tere di scioglimento dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri.

Pertanto, profondamente innovativo alla disciplina previgente è il regime di controllo a cui vengono sottoposti gli enti.

Si è, infatti, statuita una normazione del tutto conforme ai dettami costituzionali.

È stata, poi, oggetto di esame la materia di previsione normativa del presente titolo al fine di riscontrare la corrispondenza alle norme specialmente per quanto attiene ai seguenti problemi:

a) possibilità di disporre con legge ordinaria la modifica e la ristrutturazione statutaria ed organizzativa degli enti pubblici attualmente preposti, in via esclusiva, all'assistenza ospedaliera psichiatrica;

b) possibilità di disporre con legge ordinaria il trapasso di beni facenti parte del patrimonio di enti pubblici ad altri enti pubblici senza corrispettivo.

In ordine al primo punto è da rilevare che la legittimità costituzionale dell'intervento legislativo nel campo si basa su un duplice ordine di considerazioni:

1) l'univoca prassi legislativa in tal senso;

2) l'inesistenza di norma costituzionale diretta a conferire una particolare tutela a tali forme di autonomia.

Per quanto attiene al secondo punto è da porre in rilievo che già la Corte costituzionale ha ritenuto, con apposita sentenza, infondata la questione di legittimità costituzionale sollevata in ordine ad un provvedimento che prevedeva il trasferimento di un bene senza indennizzo da un ente pubblico ad un altro (sentenza 29 dicembre 1959, n. 68).

Sembra di poter ritenere che nella fattispecie non si è in presenza di un esproprio del bene che legittimerebbe l'obbligo di una indennità, bensì di un fenomeno successorio non ignoto al campo pubblicistico.

Infatti, il nuovo ente, pur nella modifica tecnica amministrativa, persegue finalità che erano proprie anche dell'ente da cui è derivato, configurandosi, così, una successione nei rapporti giuridici all'ente preesistente.

TITOLO III

AMMISSIONI, DIMISSIONI
E TRASFERIMENTI

Il titolo III (articoli 22-31) disciplina la materia riguardante le dimissioni ed i trasferimenti degli infermi negli ospedali psichiatrici.

Si ritiene che le disposizioni contenute nei detti articoli contemperino le esigenze sia di ordine giuridico che sanitario in quanto:

1) rendono possibile il ricovero volontario degli infermi auspicabile soprattutto se avviene in una fase precoce della malattia quando risultano particolarmente efficaci le molteplici risorse terapeutiche della moderna clinica psichiatrica;

2) salvaguardano in ossequio alle norme costituzionali, la libertà individuale, avendo reso praticamente impossibile il sequestro in ambiente chiuso di persone non bisognose di tale costrizione;

3) facilitano in ogni modo la riabilitazione del malato guarito o migliorato, in modo da consentire, nella misura più larga, il suo reinserimento familiare, sociale e lavorativo;

4) salvaguardano la libertà personale del malato garantendogli la tutela giurisdizionale, consentendo a lui e ai suoi familiari, oltrechè alle autorità, il ricorso al tribunale contro provvedimenti di ricovero obbligatorio e contro provvedimenti di denegata dimissione e di trasferimento mediante un procedimento rapido e senza spese;

5) lasciano all'assoluta discrezione dei familiari la responsabilità di disporre le dimissioni, in base al principio che in questo campo l'intervento dell'autorità giudiziaria è richiesto solo a garanzia della libertà del malato contro provvedimenti restrittivi.

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA
PSICHIATRICA

Il titolo IV (articoli 32-37) si occupa della programmazione ospedaliera prescrivendo,

anzi tutto, che il programma deve essere approvato con legge (articolo 32).

La programmazione ospedaliera è diretta ad evitare gli squilibri e i dislivelli regionali in modo da soddisfare le diverse esigenze sanitarie e garantire la tutela della salute individuale per dare concreta attuazione all'articolo 32 della Costituzione.

Si deve soggiungere che tale riforma unitamente a quella riguardante l'assistenza sanitaria generale costituisce il primo passo verso l'attuazione di un compiuto sistema di sicurezza sociale. Di conseguenza nessuna censura costituzionale può essere sollevata in ordine alle disposizioni contenute in tale titolo.

Invero, anche per quanto attiene alle regioni a statuto speciale, la legislazione regionale deve soggiacere a limiti stabiliti dal vigente ordinamento costituzionale. Come è noto, in forza degli statuti e della Costituzione, le regioni a statuto speciale e quelle ordinarie hanno competenza legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

Tale competenza normativa è di natura esclusiva o primaria per la regione Trentino-Alto Adige, di natura integrativa o terziaria per la Valle d'Aosta, e di natura concorrente o secondaria per le altre regioni.

Tale rilievo è fondamentale allo scopo di stabilire la costituzionalità delle norme contenute in tale titolo.

Fra i limiti derivanti alla potestà normativa regionale due vanno, nella fattispecie in esame, particolarmente presi in considerazione:

a) limiti derivanti dal rispetto dei principi stabiliti dalle leggi dello Stato che estendono la sfera di azione a tutte le regioni, con l'eccezione del Trentino Alto-Adige che, come si è detto, ha competenza primaria;

b) limiti derivanti dalle riforme economico-sociali, limiti comuni a tutte le regioni.

Ciò posto, non si può dubitare che la legislazione regionale deve soggiacere nella materia al rispetto delle norme fondamentali dettate dal legislatore statale in tema di riforme economico-sociali della Repubblica, entro il cui ambito va considerata e inquadrata nel suo complesso la riforma sanitaria.

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

Una riforma regionale, infatti, che si potesse nel settore in contrasto con i principi fondamentali della legge nazionale, per quanto attiene alla sostanza, alle modalità, al contenuto della riforma medesima, urterebbe contro il citato limite, incrinando l'unità dell'azione statale in un campo in cui lo Stato non può rinunciare ai fini di un'adeguata tutela della salute pubblica.

Sgombrato il terreno da ogni dubbio sulla costituzionalità della normativa contenuta nel presente titolo, si rileva che lo schema di disciplina in esso contenuto è stato modellato sul disegno di legge sull'assistenza sanitaria e sugli enti ospedalieri.

Infatti, il provvedimento prevede l'elaborazione di un piano nazionale in sintonia con il programma economico nazionale.

In detto piano sono contenuti i criteri base e le direttive per un assetto razionale ed efficiente dell'assistenza psichiatrica, e nel quadro di tali linee si muoverà il piano regionale, per il cui finanziamento verranno stanziare adeguate somme nel bilancio delle regioni.

Sono previsti gli organi di programmazione ospedaliera, di struttura collegiale e a carattere rappresentativo, per la formulazione dei piani. Il disegno di legge contiene una disposizione di rinvio alla legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera con le integrazioni ritenute necessarie per la specialità della materia.

La funzione di coordinare a livello provinciale l'attività ospedaliera per l'assistenza psichiatrica è devoluta ad un apposito comitato (articolo 36).

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE
PER GLI ENTI OSPEDALIERI
E L'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Nel titolo V (articoli da 38 a 40) sono dettate le disposizioni finanziarie per l'assolvimento dei compiti da parte degli enti.

Anzitutto vengono statuiti i criteri per la determinazione della retta di degenza, che

viene fissata sulla base delle spese sostenute dall'ente per la prestazione dell'assistenza psichiatrica, comprese quelle di ammortamento e rinnovo degli impianti, in misura non superiore al 4 per cento della retta stessa.

Viene poi prevista la concessione di contributi destinati a favorire il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e il miglioramento e adeguamento di esse.

Tali contributi costituiscono una forma di intervento statale indispensabile nel settore in quanto l'assistenza psichiatrica nel nostro Paese per vetustà di manufatti e attrezzature e per mancata revisione delle norme concernenti l'ordinamento generale e particolare dei servizi e del personale, deve considerarsi del tutto inadeguata alle esigenze attuali, con la conseguenza di risultare onerosissima, ponendo il nostro Paese ad un livello non certamente degno di uno Stato civile.

Non vi è dubbio che solo migliorando la assistenza e conferendole il più possibile un indirizzo profilattico, il binomio curabilità e guaribilità acquisterà un concreto significato, il numero dei malati bisognosi di ricovero diminuirà sensibilmente; la durata media dei ricoveri presenterà valori sempre più bassi e conseguentemente la spesa generale potrà essere efficientemente contenuta.

I provvedimenti diretti a migliorare gli interventi preventivi e assistenziali a favore delle malattie mentali si impongono con urgenza proprio sotto il profilo finanziario, perchè come risulta da dati forniti dall'Istituto centrale di statistica:

a) le malattie mentali sono insediate ormai stabilmente fra i primi posti nel quadro nosologico della morbosità subito dopo le cardiovasculopatie e i tumori;

b) il numero dei ricoverati risulta in continuo aumento e, nei soli istituti pubblici, ammonta ad oltre i 100.000 ogni anno;

c) le spese sostenute dalle sole amministrazioni provinciali pari a 60 miliardi, risultano nell'ultimo decennio raddoppiate.

Queste brevi considerazioni consentono di ritenere che non vi è bisogno di fare appello

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

agli aspetti emotivi, che pure nel campo dell'assistenza psichiatrica sono numerosi, per sostenere il diritto del malato di mente a prestazioni terapeutiche più appropriate di quelle oggi fornite, perchè sono largamente sufficienti e ben più persuasivi gli aspetti economico-finanziari sopra ricordati.

Il presente disegno di legge non ha trattato il settore relativo ai minorati psichici in età evolutiva, in quanto per molteplici ragioni, è stato ritenuto necessario che la materia relativa all'assistenza e alla riabilitazione di questa categoria di infermi venisse trattata con apposito strumento legislativo già all'esame dei Ministeri concorrenti.

Allo scopo di evitare il ricorso al credito bancario ordinario, che costituirebbe causa di forte appesantimento per i bilanci dell'ente, viene stabilito che la Cassa depositi e prestiti ed altri enti ed istituti a ciò facultati possano accordare mutui garantiti da delegazioni agli enti ospedalieri.

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI
E DEL PERSONALE

Il titolo VI (articoli da 41 a 42) delinea la struttura interna dell'ospedale e specifica il personale che dovrà essere addetto alla assistenza degli ammalati. Stabilisce altresì che fino a quando non interverrà una diversa disciplina continueranno ad avere vigore le norme che regolano lo stato giuridico e il trattamento economico del personale dipendente dagli ospedali delle province e degli enti per l'assistenza psichiatrica.

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

Il titolo VII (articoli da 43 a 45) detta norme per le case di cura private che continuano ad esistere. Anzi viene prevista la possibilità di istituirne delle nuove, in quan-

to la rete pubblica non è in grado di soddisfare i crescenti bisogni dell'assistenza ospedaliera psichiatrica.

Esse però vengono sottoposte ad un regime di controllo da parte dello Stato che deve rilasciare l'autorizzazione al loro esercizio e che può intervenire fino a disporre la chiusura in caso di inadempienze gravi.

Il controllo dello Stato si estende ai progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione delle case di cura private. Il Ministero della sanità, inoltre, deve stabilire le norme tecniche e costruttive, i requisiti, le attrezzature e i servizi di cui esse devono essere dotate e le norme sull'ordinamento dei servizi del personale. È anche previsto che ogni casa di cura privata debba avere un direttore responsabile e se ne sono stabiliti i compiti.

Viene consentito alle case di cura private di stipulare speciali convenzioni per il ricovero degli iscritti con gli enti mutualistici e assicurativi, convenzioni che devono essere approvate dal medico provinciale.

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Il titolo VIII (articoli da 46 a 59) detta disposizioni finali o di contenuto transitorio per il passaggio della disciplina previgente alla nuova normativa contenuta nel testo e prevede organi transitori che sopperiscano alla mancanza dell'ordinamento regionale. Tra tali norme vanno annoverate quelle che affidano la tutela su tali enti al comitato provinciale di assistenza e beneficenza; la normativa che dispone il trasferimento del personale degli enti pubblici, addetto al funzionamento e all'amministrazione del personale al nuovo ente ospedaliero. Detto personale, agevolmente identificabile sulla base dei ruoli organici dell'ente presso cui presta servizio conserva lo stato giuridico e il trattamento economico acquisito e viene inquadrato nei ruoli organici del nuovo ente con decreto del medico provinciale di intesa con l'ente da cui dipendeva. Si è prevista, poi,

una normativa di ordine transitorio (articolo 46) in attesa della auspicata costituzione delle regioni a statuto ordinario al fine di consentire l'immediata operatività della legge anche per quanto attiene alla creazione, fusione, concentrazione di enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica.

L'articolo 46 demanda ad organi dello Stato l'esercizio di attribuzioni concernenti la vita dei nuovi enti ospedalieri. Le disposizioni dettate sono in perfetta sintonia con il nostro sistema costituzionale, in quanto l'insediamento degli organi regionali competenti all'adozione dei provvedimenti previsti dal presente disegno di legge determineranno *ope legis* il caducamento della potestà degli organi dello Stato.

Vanno ricordate le norme relative al piano nazionale e regionale, la cui efficacia è limitata nel tempo.

Un cenno di commento merita la norma relativa agli oneri finanziari derivanti dal provvedimento (articolo 55). Torna in merito acconcio sottolineare che una delle esigenze prioritarie da soddisfare è l'assunzione di nuovo personale al fine di assicurare una concreta assistenza alle persone curate sia nei centri di igiene mentale che negli ospedali psichiatrici.

A tale scopo viene prevista l'assunzione di nuove unità di medici psichiatrici, di pedopsichiatrici, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico e ausiliario.

In particolare per quanto attiene agli ospedali psichiatrici viene previsto un direttore psichiatra, un medico igienista ed uno psicologo per ogni ospedale e per ogni divisione (che non può contenere più di 125 posti letto) un primario, un aiuto e almeno un assistente; dovrà inoltre essere assicurato un infermiere per ogni tre posti letto e una assistente sociale per ogni cento posti letto. L'assunzione di tale personale determinerà un aggravio delle spese attualmente sostenute dagli enti erogatori dell'assistenza, spese che essi, nella quasi totalità, non sono in grado di sostenere. Per tali motivi si è previsto un concreto intervento finanziario dello Stato opportunamente scaglionato nel tem-

po, allo scopo di evitare il carico immediato al bilancio statale di oneri non compatibili con tutti gli altri impegni di politica economica e sociale.

La spesa preventivata è di otto miliardi per il 1968, 12 miliardi per il 1969, 16 miliardi per il 1970 e 23 miliardi e 394 milioni per il 1971, con previsione di idonea copertura.

Secondo le previsioni relative ai primi quattro anni, l'aumento di personale verrebbe così distribuito tra le diverse qualifiche:

OSPEDALI PSICHIATRICI

Medici

- 1° anno - 402 nuove unità;
- 2° anno - 285 nuove unità;
- 3° anno - 285 nuove unità;
- 4° anno - 528 nuove unità.

Assistenti sociali e sanitarie

- 1° anno - 170 nuove unità;
- 2° anno - 115 nuove unità;
- 3° anno - 120 nuove unità;
- 4° anno - 195 nuove unità.

Infermieri

- 1° anno - 2.250 nuove unità;
- 2° anno - 1.600 nuove unità;
- 3° anno - 1.575 nuove unità;
- 4° anno - 2.975 nuove unità.

Servizi di igiene mentale (nuove assunzioni)

- 1° anno - Medici 95; assistenti 163; infermieri 163;
- 2° anno - Medici 69; assistenti 112; infermieri 111;
- 3° anno - Medici 70; assistenti 115; infermieri 113;
- 4° anno - Medici 126; assistenti 210; infermieri 213.

L'assunzione del personale verrà attuata gradualmente ed entro i limiti delle risorse finanziarie rese disponibili dallo Stato.

Si è poi prevista una procedura rapida e snella per il rimborso alle amministrazioni

LEGISLATURA IV - 1963-67 — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

degli enti da parte dello Stato (articolo 56) dei fondi impegnati con il preciso intento di evitare inutili lungaggini che, il più delle volte, avrebbero potuto costringere gli enti a gravose anticipazioni di cassa.

Questa relazione si chiude con l'affermazione che, in aderenza alle accresciute esigenze sociali della popolazione, il nostro Paese non può rimanere estraneo al movimento che in tutti gli Stati civili si è in

questi ultimi anni determinato a favore dei malati di mente, movimento della cui importanza fa fede autorevole la deliberazione della 15^a assemblea mondiale della sanità, in virtù della quale la giornata mondiale della Sanità, celebrata nel 1959, è stata dedicata allo studio del giusto posto che l'azione diretta a proteggere la salute mentale dei popoli deve occupare nei programmi di sanità pubblica.

DISEGNO DI LEGGE

TITOLO I

**PRINCIPI GENERALI
IGIENE E PROFILASSI MENTALE**

Art. 1.

(Diritto all'assistenza)

I cittadini italiani, gli stranieri e gli apolidi che risiedono nel territorio della Repubblica hanno diritto all'assistenza e cura per disturbi psichici di qualsiasi natura, secondo le norme della presente legge.

Art. 2.

(Attribuzioni alle province dei servizi di profilassi e cura)

Alla profilassi ed alla cura delle persone affette da disturbi psichici provvedono le province sotto le direttive del Ministero della sanità, attraverso l'organizzazione dei servizi che consentono l'attuazione dei principi dell'igiene mentale, l'assistenza ambulatoriale, e il reinserimento sociale dei soggetti riadattati. Le province, inoltre, provvedono al ricovero di coloro che ne hanno necessità in ospedali psichiatrici propri o in ospedali di enti ospedalieri psichiatrici o in altri adatti luoghi di cura.

I servizi di cui al comma precedente sono organizzati in modo da assicurare la continuità dell'assistenza psichiatrica.

Art. 3.

(Servizi di igiene mentale)

Le province debbono istituire e mantenere appositi servizi di igiene e profilassi mentale e per l'assistenza e la cura extra e post-ospedaliera, osservate le indicazioni e le previsioni finanziarie del piano nazionale ospedaliero per l'assistenza psichiatrica e dei relativi piani regionali.

Art. 4.

*(Centri di igiene mentale
e servizi dipendenti)*

I servizi per l'igiene mentale dipendenti dalle province hanno compiti profilattici, terapeutici, medico sociali ed assistenziali; ad essi presiede un centro provinciale di igiene e profilassi mentale, al quale fanno capo dispensari psichiatrici, ambulatori psichiatrici ed eventualmente ospedali diurni, notturni, laboratori ed aziende agricole protetti.

I servizi di igiene mentale dipendono dal direttore dell'ospedale psichiatrico provinciale, ove esista.

In caso diverso o per particolari esigenze locali, riconosciute dal medico provinciale, sentito il parere del consiglio provinciale di sanità, dipendono da un direttore nominato dall'amministrazione provinciale.

Gli istituti indicati nel primo comma devono annotare su un registro le persone visitate o assistite e tenere le cartelle cliniche di ciascuna di esse ed hanno l'obbligo di comunicare al centro provinciale le generalità degli assistiti e le relative indicazioni essenziali diagnostiche e terapeutiche.

I centri di igiene e profilassi mentale possono rilasciare copia delle cartelle cliniche o delle altre annotazioni riguardanti persone affette da disturbi psichici, assistite negli ospedali psichiatrici e dai servizi di igiene mentale.

Tali documenti potranno essere rilasciati soltanto alle direzioni dei centri di igiene mentale e degli istituti indicati nell'articolo 7 ed esclusivamente a scopo di cura delle persone cui si riferiscono i documenti, salvo l'obbligo del rilascio all'autorità giudiziaria per ragioni di giustizia.

La dimissione delle persone affette da disturbi psichici ricoverate ai sensi degli articoli 23, 24 e 25 negli ospedali psichiatrici è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza. Tale comunicazione ha carattere assolutamente riservato e non può formare oggetto di notizia, salva la facoltà di darne informazioni in via egualmente riservata, ad altre autorità dello Stato che ne facciano richiesta esclusivamente a fini di istituto.

Fino a quando non saranno costituiti nelle singole province i centri di igiene mentale, i documenti indicati nei due commi precedenti saranno rilasciati alle direzioni dei servizi e degli ospedali che praticano l'assistenza.

Art. 5.

(Personale dei centri di igiene mentale)

Al centro provinciale di igiene e profilassi mentale, ove non dipenda dal direttore dell'ospedale psichiatrico, è preposto un direttore psichiatra; al centro ed ai servizi da esso dipendenti sono assegnati, di regola, almeno un pedo-psichiatra ed uno psicologo, medici psichiatri, assistenti sociali, assistenti sanitarie, personale infermieristico ed ausiliario.

Art. 6.

(Attribuzioni del direttore del centro)

Il direttore del centro di igiene e profilassi mentale dipendente dalla provincia, dirige e disciplina il servizio promuovendo le opportune intese con le direzioni degli ospedali psichiatrici. Da lui dipende il personale che svolge la sua attività nell'ambito del servizio, del cui funzionamento egli ha la responsabilità. Assiste con voto consultivo a tutte le deliberazioni dell'amministrazione provinciale concernenti i servizi di igiene mentale.

TITOLO II

ASSISTENZA
OSPEDALIERA PSICHIATRICA

Art. 7.

(Ricovero e cura)

L'assistenza pubblica ospedaliera per le persone affette da disturbi psichici è prestata esclusivamente dagli ospedali psichiatrici delle province e dagli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica, salvo quanto previsto da disposizioni particolari per le cliniche per malattie nervose e mentali uni-

versitarie e per le cliniche psichiatriche universitarie.

Sono enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica gli enti pubblici, escluse le province, che istituzionalmente provvedono al ricovero ed alla cura degli infermi affetti da disturbi mentali.

Le amministrazioni provinciali devono inoltre assicurare il ricovero e la cura:

a) per i minori affetti da malattie mentali in ospedali psichiatrici infantili, ed in mancanza, in idonei reparti;

b) per gli infermi mentali affetti da tubercolosi, in appositi reparti;

c) per i vecchi infermi mentali, in ospedali psichiatrici geriatrici, e, in mancanza, in idonei reparti.

Salvo la vigilanza tecnico-sanitaria spettante al Ministero della sanità, nulla è innovato alle disposizioni vigenti per quanto concerne il regime giuridico-amministrativo degli istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che esercitano l'assistenza ospedaliera psichiatrica.

Art. 8.

(Costituzione degli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica)

Le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza e gli altri enti pubblici che, al momento di entrata in vigore della presente legge, provvedono esclusivamente al ricovero ed alla cura degli infermi mentali, sono riconosciuti di diritto enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica.

Sono costituiti in enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica tutti gli ospedali psichiatrici appartenenti ad enti pubblici diversi dalle province che abbiano come scopo, oltre l'assistenza psichiatrica, anche finalità diverse.

Art. 9.

(Riconoscimento di enti ospedalieri esistenti)

Con decreto del presidente della regione, su delibera della giunta regionale, sentito il consiglio provinciale di sanità, gli enti pub-

blici di cui al primo comma dell'articolo precedente, con sede nell'ambito della provincia, sono dichiarati enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica. Con lo stesso decreto è indicata la composizione del consiglio di amministrazione secondo il disposto del successivo articolo 13.

Gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo precedente sono costituiti in enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica con le stesse modalità indicate nel primo comma.

Si applicano le altre disposizioni dell'articolo 5 della legge sugli enti ospedalieri e l'assistenza sanitaria.

Il decreto del presidente della regione deve essere emanato entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 10.

(Costituzione, fusione e concentrazione di nuovi enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica).

La regione promuove ed attua la istituzione di nuovi enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica e la fusione o la concentrazione di enti ospedalieri, secondo le previsioni del piano regionale ospedaliero.

L'Ente ospedaliero è costituito con decreto del presidente della giunta regionale su conforme deliberazione del consiglio regionale.

Art. 11.

(Struttura dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica)

Ciascun ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica comprende uno o più ospedali psichiatrici quali stabilimenti dotati di servizi sanitari funzionalmente autonomi.

Art. 12.

(Organi dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica)

Sono organi dell'ente ospedaliero per la assistenza psichiatrica il consiglio di amministrazione, il presidente, il collegio dei re-

visori e il consiglio dei sanitari oppure il consiglio sanitario centrale.

Art. 13.

(Consiglio di Amministrazione)

Il Consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica è composto:

1) da quattro membri eletti dal Consiglio provinciale della provincia ove ha sede l'ente ospedaliero con schede limitate a tre nomi;

2) da un membro eletto dal Consiglio comunale del comune ove ha sede l'ente ospedaliero;

3) per gli enti ospedalieri dichiarati tali ai sensi dell'articolo 8, primo comma, della presente legge, da due membri in rappresentanza degli originari interessi dell'ente, designati nei modi previsti dai rispettivi statuti e per gli enti ospedalieri costituiti ai sensi dell'articolo 8, secondo comma, da due membri designati dall'ente pubblico cui appartenevano originariamente l'ospedale o gli ospedali.

I componenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri devono essere scelti tra persone estranee ai consigli che li eleggono.

Partecipano alle sedute del consiglio di amministrazione con voto consultivo il direttore psichiatra o, ove gli ospedali siano due o più, il direttore psichiatra più anziano e il direttore amministrativo, che ha anche funzioni di segretario.

Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.

Art. 14.

(Consiglio di amministrazione - Funzioni)

Il consiglio di amministrazione delibera lo statuto e tutti i provvedimenti relativi al governo dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica.

Lo statuto deve prevedere che spetta al consiglio di amministrazione:

a) deliberare le modifiche dello statuto;

- b) deliberare sugli adempimenti prescritti dal piano regionale ospedaliero;
- c) deliberare il regolamento organico del personale e la relativa pianta organica;
- d) deliberare i regolamenti relativi al servizio sanitario interno ed esterno, al servizio amministrativo, ai servizi generali e gli altri regolamenti similari;
- e) deliberare il bilancio preventivo ed approvare il conto consuntivo, nonchè deliberare la destinazione delle nuove e maggiori entrate e lo storno di fondi da capitolo a capitolo;
- f) deliberare la nomina e le assunzioni del personale dell'ente ospedaliero;
- g) deliberare l'alienazione e l'acquisto degli immobili, di titoli del debito pubblico, di titoli di credito, di azioni industriali, la accettazione di donazioni, eredità e legati, nonchè i contratti che importano un onere per l'ente superiore a lire quindici milioni;
- h) deliberare sui ricorsi e sulle azioni giudiziarie, sulle liti attive e passive, nonchè sulle relative transazioni;
- i) deliberare la misura della retta di degenza in conformità al disposto dell'articolo 38;
- l) deliberare la nomina del tesoriere, nonchè le convenzioni da stipularsi con gli enti mutualistici ed assicurativi;
- m) deliberare i contratti di locazione e conduzione di immobili di durata superiore a tre anni;
- n) deliberare tutti i provvedimenti demandati al consiglio di amministrazione dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto.

Per la validità delle adunanze del consiglio di amministrazione occorre la presenza della maggioranza dei componenti.

Il consiglio di amministrazione delibera validamente a maggioranza dei componenti presenti. In caso di parità di voti, prevale il voto del presidente. Nei verbali dovrà darsi atto del voto consultivo espresso dai membri di cui all'articolo 13, penultimo comma.

Art. 15.

(Nomina e funzioni del presidente)

Il consiglio di amministrazione elegge nel proprio seno il presidente.

Il presidente ha la legale rappresentanza dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica, convoca e presiede il consiglio di amministrazione, dà esecuzione alle relative deliberazioni, firma gli atti che comportano impegni per l'ente, sovrintende al buon funzionamento dell'ente ospedaliero ed esercita le altre attribuzioni devolutesi dalle leggi, dai regolamenti e dallo statuto.

Art. 16.

(Collegio dei revisori)

Il collegio dei revisori, con funzioni di vigilanza sull'attività amministrativa dell'ente ospedaliero, è composto da un rappresentante del Ministero del tesoro con funzioni di presidente e da un rappresentante per ciascuno dei Ministeri della sanità e dell'interno, nominati dai rispettivi Ministri, nonché da un rappresentante della regione nominato dal consiglio regionale.

Art. 17.

*(Il consiglio dei sanitari
ed il consiglio sanitario centrale)*

Negli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica dai quali dipende un solo ospedale e in ogni ospedale psichiatrico dipendente dalla provincia è istituito il consiglio dei sanitari, presieduto dal direttore psichiatra e così composto:

1) dai primari, dallo psicologo e dal medico igienista in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero o l'ospedale;

2) da aiuti e da assistenti di ruolo in numero eguale, e non superiore complessivamente ai due quinti dei componenti del consiglio, eletti in separate assemblee dagli aiuti e dagli assistenti di ruolo dell'ente ospedaliero.

Ove il numero complessivo degli aiuti e degli assistenti da eleggere risulti dispari, la differenza è attribuita agli aiuti;

3) dal direttore di farmacia in servizio di ruolo presso l'ente ospedaliero o l'ospedale, ove esista.

Negli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica o presso le province da cui

dipendono due o più ospedali è istituito invece il consiglio sanitario centrale, che è presieduto dal direttore psichiatra più anziano ed è composto, oltre che dai primari, psicologi e medici igienisti, aiuti ed assistenti e dai direttori di farmacia in servizio di ruolo, ove esistano, secondo le norme previste dal precedente comma, anche dai direttori psichiatri di ciascun ospedale.

Il consiglio dei sanitari e il consiglio sanitario centrale durano in carica cinque anni.

Art. 18.

*(Funzioni del consiglio dei sanitari
e del consiglio sanitario centrale)*

Il consiglio dei sanitari o il consiglio sanitario centrale è l'organo di consulenza tecnica rispettivamente del consiglio di amministrazione dell'ente o del consiglio provinciale ed esprime parere:

a) sull'acquisto di attrezzature scientifiche che rivestano particolare importanza diagnostica e terapeutica;

b) sulle deliberazioni da adottarsi per quanto riguarda esclusivamente gli aspetti sanitari dal consiglio di amministrazione riguardanti lo statuto, il regolamento del personale e la relativa pianta organica e sui regolamenti relativi alla organizzazione dei servizi sanitari dell'ente;

c) sulla istituzione, soppressione e modificazione dei reparti e la fissazione delle tariffe per le prestazioni medico-chirurgiche.

Esprime, inoltre, parere su ogni altra questione che gli viene sottoposta dal presidente del consiglio di amministrazione dell'ente o della provincia, dal direttore psichiatra o dal direttore psichiatra più anziano o da un quinto dei componenti, e può formulare proposte per il miglioramento dell'efficienza dei servizi sanitari.

È in facoltà del presidente dell'ente ospedaliero o della provincia di intervenire alle adunanze del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale delle cui convocazioni deve essergli data preventiva comunicazione.

Art. 19.

(Alta sorveglianza)

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sugli enti ospedalieri per la assistenza psichiatrica e sugli ospedali psichiatrici dipendenti dalle province per la tutela degli interessi generali sanitari dello Stato.

A tali fini il Ministero della sanità ha il potere di vigilanza sulla piena rispondenza dell'attività svolta dagli enti ospedalieri e dagli ospedali indicati nel primo comma ai generali interessi della salute pubblica.

Il Ministero della sanità esercita l'alta sorveglianza sulle cliniche e sugli istituti universitari di cura per le malattie mentali per quanto attiene al loro funzionamento igienico sanitario e a tal fine può acquisire tutte le informazioni e svolgere le opportune indagini ed ispezioni anche attraverso i medici provinciali.

Art. 20.

(Vigilanza e tutela)

La vigilanza e la tutela sugli enti ospedalieri è esercitata dalla regione a norma delle disposizioni contenute nel capo terzo del titolo quinto della legge 10 febbraio 1953, n. 62, intendendosi sostituito al prefetto o prefettura il medico provinciale.

Il comitato previsto dall'articolo 55 e le speciali sezioni di esso previste all'articolo 56 della citata legge sono integrati dal medico provinciale, rispettivamente, del capoluogo di regione e della provincia.

Sono sottoposte al controllo di merito del comitato le deliberazioni previste alle lettere a), b), c), d), e), g) e i) del precedente articolo 14.

Art. 21.

*(Sospensione e scioglimento
del consiglio di amministrazione)*

Il consiglio di amministrazione dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica può essere sciolto con decreto motivato dal

presidente della regione, su deliberazione della giunta regionale, nei casi in cui non sia in grado di poter regolarmente funzionare o quando violi persistentemente, nonostante diffida, lo statuto, le norme di legge, di regolamento e le prescrizioni del piano ospedaliero nazionale o regionale, pregiudicando gli interessi dell'ente.

Con lo stesso decreto viene nominato un commissario straordinario per la provvisoria gestione dell'ente.

Il consiglio di amministrazione deve essere ricostituito nel termine di sei mesi dalla data di notifica del decreto di scioglimento al consiglio disciolto.

TITOLO III

AMMISSIONI, DIMISSIONI E TRASFERIMENTI

Art. 22.

(Ricovero volontario)

Il ricovero volontario in uno degli ospedali, cliniche o istituti indicati nell'articolo 7 per accertamento diagnostico, cura ed assistenza avviene a richiesta dell'ammalato su autorizzazione del medico di guardia.

Ogni ricovero volontario deve essere segnalato dal direttore dell'ospedale psichiatrico e degli altri istituti di cui al primo comma al centro provinciale di igiene e profilassi mentale per l'annotazione nella cartella clinica dell'assistito.

Le disposizioni del presente titolo si applicano alle case di cura private previste nel titolo VII, sostituito il direttore sanitario responsabile della casa di cura privata al direttore dell'ospedale psichiatrico.

Art. 23.

(Ricovero non volontario)

Il ricovero, quando non è volontario, può essere richiesto dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore, dal protutore o dal

curatore quando l'infermo sia pericoloso a sè o agli altri o riesca di pubblico scandalo.

Può essere altresì richiesto quando l'infermo a causa di disturbi psichici sia incapace di provvedere ai propri interessi e sia privo di assistenza familiare con grave pregiudizio della sua salute.

Il ricovero non volontario è disposto in via provvisoria, previo sommario controllo, per accertamenti, dal medico provinciale o dall'autorità sanitaria comunale sulla base di un certificato medico che attesti la sussistenza delle condizioni indicate nel primo o nel secondo comma.

Il direttore dell'ospedale psichiatrico ove non ritenga necessario mantenere il ricovero dispone la dimissione immediata del ricoverato dandone subito comunicazione al presidente del tribunale.

Ove ritenga che l'infermo debba essere trattenuto, entro 48 ore ne dà comunicazione al presidente del tribunale, e al centro di igiene mentale, indicando la presumibile durata del ricovero.

Il presidente del tribunale, compiuti, se del caso, gli accertamenti necessari, ove non disponga la dimissione immediata, subito e non oltre le successive quarantotto ore emette un provvedimento provvisorio di convalida o di non convalida del ricovero ed entro il termine perentorio di tre mesi dalla comunicazione prevista nel comma precedente, emette il relativo provvedimento definitivo.

I provvedimenti del presidente sono comunicati entro dieci giorni all'infermo o, se minore, al genitore che esercita la patria potestà o al tutore, e inoltre al tutore o al curatore e al coniuge, ovvero, in mancanza, ai familiari conviventi collettivamente indicati.

Avverso i provvedimenti del presidente possono ricorrere al collegio le persone indicate nel primo comma entro trenta giorni dalla comunicazione; possono inoltre ricorrere nello stesso termine le altre persone indicate nell'articolo 29.

L'infermo può ricorrere al collegio contro i provvedimenti previsti dal presente articolo e dall'articolo 25.

Il collegio deve decidere entro il termine perentorio di tre mesi dalla presenta-

zione del ricorso. Il provvedimento del collegio è esecutivo.

I ricorsi e i gravami previsti dal presente articolo e gli atti dei relativi giudizi sono esenti dalla tassa di bollo e dalle tasse giudiziarie.

Art. 24.

(Modifica del tipo di ricovero)

Quando si verificano le condizioni indicate nel primo comma dell'articolo precedente, il ricovero volontario può divenire obbligatorio, sentito il primario, con provvedimento del direttore che ne dà immediata comunicazione al coniuge o ai parenti entro il quarto grado o agli affini entro il secondo grado o al tutore o al protutore o al curatore.

Immediatamente e non oltre le 48 ore dal provvedimento di cui al precedente comma il direttore ne informa il presidente del tribunale, e il centro di igiene mentale, indicando altresì la presumibile durata del ricovero. Si applicano le disposizioni stabilite al sesto, settimo, ottavo, nono e decimo comma del precedente articolo.

Il ricovero può trasformarsi da obbligatorio in volontario, su proposta del primario, con provvedimento del direttore, il quale è tenuto a darne comunicazione al presidente del tribunale ed al centro di igiene mentale.

Art. 25.

(Ricovero d'urgenza)

Il ricovero in casi eccezionali di necessità e di urgenza, ove ricorrano le circostanze previste dal primo comma dell'articolo 23 può essere disposto, in via provvisoria, di regola sulla base di un certificato medico, dal Procuratore della Repubblica, se il fatto avviene nel comune dove ha sede l'ufficio della Procura della Repubblica, o dal Pretore, se il fatto avviene nel comune ove ha sede la Pretura, o dall'autorità di Pubblica sicurezza negli altri casi, con obbligo di riferirne entro 48 ore al presidente del tribunale e al centro di igiene mentale.

Si applicano le disposizioni dal quarto al decimo comma dell'articolo 23.

Art. 26.

(*Dimissioni*)

Le dimissioni dei ricoverati volontariamente avvengono a richiesta dell'ammalato o per disposizione del direttore dell'ospedale psichiatrico e degli altri enti ricoveranti, di regola su proposta del primario, e sono comunicate al centro provinciale di igiene mentale.

Le dimissioni per guarigione clinica dei ricoverati obbligatoriamente vengono disposte, di regola su proposta del primario, dal direttore e comunicate al presidente del tribunale e al centro di igiene mentale.

Le dimissioni possono essere disposte anche nel corso dei giudizi di cui agli articoli 23, 24 e 25.

Le dimissioni dei ricoverati obbligatoriamente che abbiano raggiunto un notevole miglioramento possono essere disposte in via di prova dal direttore, di regola su proposta del primario, per un periodo fino a quattro mesi e possono essere prorogate. Di esse viene data comunicazione al presidente del tribunale. Le dimissioni definitive debbono essere comunicate al presidente e al centro di igiene mentale.

I dimessi in via di prova vengono segnalati al centro di igiene mentale per l'assistenza post-ospedaliera.

Art. 27.

(*Trasferimenti*)

Le persone affette da disturbi psichici per speciali cure possono essere temporaneamente ed eccezionalmente trasferiti da un istituto psichiatrico ad un altro sia nello ambito della stessa provincia sia nell'ambito del territorio nazionale.

Il direttore dell'istituto da cui proviene l'infermo deve trasmettere a quello dell'istituto in cui l'ammalato viene trasferito, una relazione medica da lui controfirmata.

Di ogni trasferimento debbono essere preventivamente informati l'infermo, i suoi fa-

miliari, l'amministrazione da cui l'istituto dipende e l'ente erogatore dell'assistenza.

Art. 28.

(Lungodegenti tranquilli)

Le persone affette da disturbi psichici che non siano più bisognose di cura ospedaliera intensiva e non siano dimissibili sono segnalate dal direttore dell'ospedale psichiatrico o dagli altri enti ricoveranti, al centro di igiene mentale, per l'eventuale trasferimento da parte della provincia, presso istituzioni di assistenza specializzata o laboratori od aziende agricole protetti o in affidamento eterofamiliare. Tale collocamento viene comunicato al presidente del tribunale e ai familiari.

Alla istituzione ed alle persone cui vengono affidati gli infermi di cui al primo comma sono imposti gli obblighi previsti dal regolamento e gli altri ritenuti necessari.

Art. 29.

(Ricorsi)

Possono proporre ricorso al presidente del tribunale contro i provvedimenti di diniego o ritardo di dimissione o contro gli ordini di trasferimento:

- 1) l'infermo;
- 2) i genitori, l'adottante, o l'affiliante, il coniuge, i parenti entro il quarto grado, gli affini entro il secondo grado, il tutore, il protutore, il curatore.

Contro i provvedimenti indicati nel comma precedente, quando non sia stato presentato ricorso da taluna delle persone ivi indicate, possono ricorrere:

- a) il medico provinciale, l'ufficiale sanitario;
- b) il Procuratore della Repubblica;
- c) il direttore dei centri di igiene mentale;
- d) qualsiasi autorità o ente interessati.

Il presidente del tribunale decide entro tre mesi dal ricorso sulla base di una perizia esperita da un medico psichiatra o se necessario da un collegio di periti composto da tre medici psichiatri.

Il provvedimento deve essere notificato al ricorrente entro dieci giorni dalla sua pubblicazione.

Contro la decisione del presidente è ammesso gravame al collegio entro trenta giorni dalla notifica. Il collegio deve decidere entro sei mesi dalla presentazione del reclamo.

Il provvedimento del collegio è esecutivo.

I ricorsi e gravami previsti dal presente articolo e gli atti dei relativi giudizi sono esenti dalla tassa di bollo e dalle tasse giudiziarie.

Art. 30.

(Beni dell'ammalato)

Nei casi di ricovero non volontario il presidente del tribunale, all'atto delle comunicazioni del ricovero, emette i provvedimenti opportuni per la custodia provvisoria dei beni dell'infermo e, ove ne sia il caso, nomina un amministratore provvisorio che ne abbia la rappresentanza legale fino a quando l'autorità giudiziaria non si sia pronunciata nel giudizio di interdizione o inabilitazione.

Art. 31.

(Estensione dell'assistenza)

Le persone affette da disturbi psichici che durante il ricovero o nel corso di assistenza ambulatoriale contraggono malattie di altra natura e siano bisognose di accertamenti e di cure sono per tali prestazioni a carico dei comuni, se iscritte nell'elenco dei poveri, o degli enti mutualistici e previdenziali, se hanno diritto alla loro assistenza.

TITOLO IV

PROGRAMMAZIONE OSPEDALIERA PSICHIATRICA

Art. 32.

(Legge di programma)

Con legge dello Stato, avente durata non superiore a quella del programma economico nazionale, verranno stabiliti, anche ai fi-

ni della programmazione regionale per l'assistenza psichiatrica:

a) il fabbisogno dei nuovi posti-letto per il periodo di durata della legge;

b) la ripartizione dei posti-letto tra i vari settori dell'attività ospedaliera psichiatrica ed ai diversi livelli organizzativo-funzionali della rete ospedaliera psichiatrica nazionale;

c) la ripartizione regionale quanti-qualitativa del fabbisogno di cui al punto a);

d) i quozienti da applicare per ottenere sul piano nazionale e regionale, sulla base delle risultanze del quadro nosologico nazionale e di tutte le componenti igienico-sanitarie, geomorfologiche e socio-economico culturali, il rapporto tra numero di posti-letto e popolazione interessata, nonché la distribuzione dei posti-letto secondo le esigenze definite al punto b) e tenuto conto delle previsioni dei piani urbanistici;

e) i criteri organizzativi e funzionali per il coordinamento tra i diversi presidi che concorrono a costituire il sistema sanitario nazionale.

Con la predetta legge verranno altresì indicati i mezzi finanziari dello Stato da destinare agli interventi per la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici, per l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto ad integrazione degli interventi delle regioni nelle medesime attività.

Il disegno di legge di programma di cui ai precedenti commi è presentato al Parlamento dal Ministro della sanità di concerto con i Ministri del bilancio e la programmazione economica e per il tesoro. Sul relativo schema di disegno di legge è sentito il comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 34.

Art. 33.

*(Piano nazionale ospedaliero
per l'assistenza psichiatrica)*

Il Ministro della sanità, attenendosi alle direttive del programma economico nazionale, della presente legge, della legge di pro-

gramma di cui al precedente articolo 32, nonchè, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento di cui alla legge 26 giugno 1965, numero 717, elaborata di intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e dei lavori pubblici, il piano nazionale ospedaliero per l'assistenza psichiatrica, previo parere del Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera di cui al successivo articolo 34 e lo sottopone all'approvazione del Comitato interministeriale per la programmazione economica.

Il predetto piano è emanato con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità.

Il piano nazionale ospedaliero, con riferimento al periodo di durata della legge di programma di cui al precedente articolo 32, stabilisce i criteri per l'impiego dei mezzi finanziari statali di cui al secondo comma dell'articolo precedente e dei mezzi di cui dispongono gli enti ospedalieri a norma del successivo articolo 40.

A tal fine il piano:

a) determina la ripartizione regionale quanti-qualitativa dei posti-letto da istituire a spese dello Stato;

b) definisce i criteri territoriali e qualitativi per la utilizzazione dei contributi di cui al successivo articolo 39.

Art. 34.

(Comitato per la programmazione ospedaliera psichiatrica - Rinvio)

Il Comitato nazionale per la programmazione ospedaliera, previsto dagli articoli 28 e 60 della legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera, esprime parere anche sul piano nazionale ospedaliero per l'assistenza psichiatrica, sostituiti:

1) i cinque rappresentanti delle Amministrazioni ospedaliere di cui alla lettera *d*) del citato articolo 28 da cinque rappresentanti, di cui tre delle Amministrazioni provinciali da cui dipendono ospedali psichiatrici e due degli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica;

2) i componenti di cui alla lettera e) del citato articolo 28 da sei rappresentanti dei medici ospedalieri psichiatrici, di cui cinque designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative e uno designato dalla federazione degli ordini dei medici;

3) i tre rappresentanti del Ministero del lavoro e della previdenza sociale ed il rappresentante del Ministero dell'interno rispettivamente da tre rappresentanti del Ministero dell'interno e da un rappresentante del Ministero del lavoro e della previdenza sociale.

Il Comitato è integrato inoltre da un rappresentante del Ministero di grazia e giustizia, nominato dal Ministro.

Art. 35.

(Programmazione ospedaliera regionale per l'assistenza psichiatrica)

Ciascuna regione provvede a programmare i propri interventi nel settore ospedaliero psichiatrico con la legge di approvazione del piano quinquennale degli interventi relativi alle materie in cui la regione stessa ha potestà legislativa.

La predetta legge si uniforma alle scelte del programma economico nazionale, nonché ai principi della presente legge e della legge di programma di cui al precedente articolo 32 e indica la previsione degli interventi regionali relativi all'impianto di nuovi ospedali psichiatrici, all'ampliamento dei servizi di igiene mentale, trasformazione, ammodernamento o soppressione degli ospedali psichiatrici esistenti in relazione al fabbisogno dei posti-letto fino a raggiungere un quoziente di tre posti-letto per mille abitanti, all'efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche ed igienico-sanitarie della popolazione.

La legge regionale determina inoltre la sfera d'azione di ciascun ospedale psichiatrico in coordinazione con gli altri operanti nella regione e con la rete dei presidi sanitari locali.

La legge regionale deve assicurare l'esistenza di un centro di igiene mentale e di

almeno un ospedale psichiatrico per ogni provincia.

La legge regionale prevede la costituzione di nuovi enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica, la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze di cui ai precedenti commi e tenuto anche conto dei criteri di economicità di gestione.

Nessun ente pubblico, ad eccezione degli istituti universitari relativamente alle costruzioni di proprie cliniche, potrà istituire nuovi ospedali psichiatrici che non siano previsti nella legge di cui ai commi precedenti.

Parimenti, nessuna opera di costruzione, ampliamento, trasformazione e ammodernamento potrà essere realizzata se non sia prevista nella predetta legge.

Nella legge regionale devono essere indicati i mezzi finanziari disponibili per la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento di quelli esistenti nonchè per la costruzione di centri di igiene mentale, di dispensari e di ambulatori psichiatrici, di ospedali diurni e notturni, di laboratori e di aziende agricole protetti e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto e la loro ripartizione in relazione agli obiettivi cui il piano è preordinato per il settore ospedaliero psichiatrico.

Art. 36.

(Comitato provinciale di coordinamento per l'assistenza psichiatrica)

In ogni provincia è istituito un comitato provinciale di coordinamento nominato e presieduto dal medico provinciale e composto dai presidenti dei consigli di amministrazione degli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica e, ove, esista, da un rappresentante della facoltà di medicina e chirurgia dell'università degli studi, designato dal preside.

Il comitato ha il compito di coordinare l'attività ospedaliera per l'assistenza psichiatrica nell'ambito della provincia in relazione anche alle attività in essa esercitate dagli altri presidi sanitari.

Art. 37.

(Finanziamento del piano regionale ospedaliero per l'assistenza psichiatrica)

Nei bilanci delle singole regioni devono essere stanziati, in relazione ai mezzi finanziari resi disponibili per il settore ospedaliero psichiatrico dal piano quinquennale degli interventi regionali di cui al precedente articolo 35, le somme necessarie per la costruzione di nuovi ospedali psichiatrici, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali esistenti nonché per la costruzione di centri di igiene mentale, dispensari e ambulatori psichiatrici, ospedali diurni, notturni, laboratori ed aziende agricole protetti, istituti medico-psicopedagogici e per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

La realizzazione delle opere indicate nel precedente comma sarà effettuata secondo le norme che saranno emanate dalla regione.

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINANZIARIE
PER GLI ENTI OSPEDALIERI
PER L'ASSISTENZA PSICHIATRICA

Art. 38.

(Retta di degenza)

La retta giornaliera di degenza è determinata con apposita deliberazione del Consiglio provinciale, per le province da cui dipendono ospedali psichiatrici, e dal Consiglio di amministrazione di ciascun ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica.

La retta giornaliera di degenza è determinata sulla base del costo complessivo della assistenza sanitaria ospedaliera prestata agli infermi.

La retta deve comprendere tutte le spese sostenute dall'ente per la retribuzione del dipendente personale, per la diagnosi, la cura ed il mantenimento degli infermi, quelle necessarie per assolvere i compiti previsti

dall'articolo 7 della presente legge, nonchè ogni altra spesa che concorra a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera.

Nella retta devono essere comprese, altresì, le spese a carico dell'ente ospedaliero iscritte nel bilancio dell'anno cui si riferiscono le spedalità, per le spese di ammortamento, rinnovo ed ammodernamento delle attrezzature ospedaliere per una quota non superiore complessivamente al 4 per cento della retta determinata a norma dei precedenti commi.

I proventi delle rette ospedaliere possono, solo e fino ad un ventesimo del loro ammontare, essere ceduti in delegazione per la stipulazione di mutui destinati al finanziamento delle spese previste al successivo articolo 40.

Art. 39.

(Contributi per le attrezzature tecnico-sanitarie)

A valere sulle disponibilità del fondo nazionale ospedaliero di cui all'articolo 33 della legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera, il Ministero della sanità può concedere contributi e sussidi agli enti ospedalieri di cui alla presente legge ed alle province, per il rinnovo delle attrezzature tecnico-sanitarie degli ospedali e dei servizi di igiene mentale, per il miglioramento e adeguamento di esse nei casi in cui la quota della retta di degenza prevista nel quarto comma dell'articolo 38 non riesca a coprire le spese occorrenti, osservando le norme dell'articolo 5 della legge 26 giugno 1965, n. 717.

Art. 40.

(Garanzia per l'assunzione dei mutui)

La cassa depositi e prestiti e gli enti ed istituti pubblici autorizzati a concedere mutui garantiti da delegazioni ai comuni e alle province possono concedere mutui anche agli enti ospedalieri per l'assistenza psichia-

trica per la costruzione di nuovi ospedali, l'ampliamento, la trasformazione e l'ammmodernamento degli ospedali esistenti, nonché per l'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto.

Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro del tesoro, saranno definite le modalità relative al conferimento delle delegazioni.

Gli enti di previdenza sono autorizzati, nei limiti del 10 per cento delle disponibilità investibili in beni patrimoniali, a concedere mutui agli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica.

TITOLO VI

ORDINAMENTO DEI SERVIZI E DEL PERSONALE

Art. 41.

(Struttura interna dell'ospedale psichiatrico)

Ogni ospedale psichiatrico dipendente dalla provincia e da enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica deve contenere non oltre 500 posti-letto ed è costituito da due o più divisioni, ciascuna delle quali con non più di 125 posti-letto.

Art. 42.

(Personale dell'ospedale)

Ogni ospedale psichiatrico deve avere un direttore psichiatra, un medico igienista, uno psicologo e per ogni divisione un primario, un aiuto ed almeno un assistente.

L'ospedale deve inoltre avere il personale idoneo per un'assistenza sanitaria, specializzata e sociale.

Tale personale è assunto per pubblico concorso.

Dovrà essere in ogni caso assicurato il rapporto di un infermiere per ogni tre posti-letto e di una assistente sanitaria o sociale per ogni cento posti-letto.

Fino a quando non verrà diversamente disposto continueranno ad avere vigore le norme che disciplinano lo stato giuridico, il trattamento economico, di previdenza, assistenza e quiescenza del personale dipendente dagli ospedali psichiatrici delle province e dagli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica.

I regolamenti speciali per ciascun ospedale delle province o per ciascun ente ospedaliero dovranno contenere le disposizioni d'indole mista sanitaria ed amministrativa relative alle nomine del personale, salvo che sia diversamente stabilito da vigenti norme, agli orari di servizio, alle sanzioni disciplinari o ad altri provvedimenti dell'indole suindicata.

TITOLO VII

CASE DI CURA PRIVATE

Art. 43.

*(Requisiti da determinarsi
con decreto del Ministro della sanità)*

Le case di cura private per il ricovero degli affetti da disturbi psichici sono sottoposte al controllo del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, con proprio decreto, sentito il Consiglio superiore di sanità stabilisce:

- a) le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui devono essere dotate le case di cura private in relazione al tipo di attività in esse esercitate;
- b) le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale;
- c) i requisiti necessari per l'esercizio della funzione di « direttore sanitario responsabile ».

La denominazione delle case di cura private deve essere sempre preceduta o seguita dalla indicazione « casa di cura privata ».

Non possono essere usate frasi o denominazioni idonee a ingenerare confusione con gli ospedali o istituti pubblici di cura o con le cliniche universitarie.

Art. 44.

*(Autorizzazione all'apertura
di case di cura private - Infrazioni)*

Chiunque intenda aprire una casa di cura privata per persone affette da disturbi psichici o ampliare o trasformare una casa di cura preesistente, deve inoltrare domanda al medico provinciale, specificando la speciale natura dell'attività sanitaria che in essa dovrà essere svolta, le sue attrezzature igienico-sanitarie e la dotazione dei posti-letto che si intendono istituire.

Alla domanda deve essere allegata una planimetria dei locali ed un regolamento sull'ordinamento e sul funzionamento dell'istituenda casa di cura, in cui deve essere previsto, tra l'altro, un servizio continuativo di guardia medica.

Il medico provinciale, su parere conforme del comitato regionale per la programmazione ospedaliera, rilascia l'autorizzazione all'esercizio della casa di cura privata dopo aver accertato la sua rispondenza alle norme del piano regionale ospedaliero, alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge.

I progetti per la costruzione, l'ampliamento e la trasformazione di case di cura private debbono essere approvati dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità.

Il medico provinciale, in caso di inadempienza alle disposizioni della presente legge e alle condizioni inserite nell'atto di autorizzazione, diffida la casa di cura ad eliminarle entro un congruo termine da stabilire nell'atto di diffida, trascorso il quale ordina la chiusura della casa di cura stessa, fino ad un periodo di tre mesi. Nel caso di ripetute infrazioni alle norme della presente legge il medico provinciale, salvo quanto disposto dal precedente comma, può, sentito il consiglio provinciale di sanità, revocare l'autorizzazione di apertura.

Art. 45.

*(Direttore sanitario responsabile -
Convenzioni)*

Ogni casa di cura privata deve avere un direttore sanitario responsabile, il quale ri-

sponde personalmente al medico provinciale dell'organizzazione tecnico-funzionale nonché del buon andamento dei servizi igienico-sanitari e di assistenza psichiatrica.

In particolare il direttore stabilisce i turni del servizio di guardia medica e adotta le necessarie misure in caso di manifestazione di malattie infettive, informandone immediatamente il medico provinciale e l'ufficiale sanitario competente.

Le convenzioni tra le case di cura private e gli enti pubblici o istituti mutualistici ed assicurativi per il ricovero dei propri iscritti devono essere approvate dal medico provinciale, sentito il Consiglio provinciale di sanità, dopo avere accertato che nell'interesse pubblico la casa di cura privata possiede i requisiti igienico-sanitari e psico-assistenziali per assicurare un'adeguata assistenza psichiatrica in regime mutualistico-assicurativo e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione.

Gli enti pubblici e gli istituti mutualistici e assicurativi possono stipulare convenzioni per il ricovero dei propri iscritti con gli istituti ed enti ecclesiastici indicati nell'ultimo comma dell'articolo 7, previo il riconoscimento da parte del medico provinciale dell'esistenza dei requisiti di cui al comma precedente.

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 46.

(Istituzione, fusione e concentrazione di enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica nelle regioni non ancora costituite)

Fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario e nei territori di esse, i provvedimenti di cui agli articoli 9 e 21 sono emanati dal Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità.

Nelle regioni non ancora costituite, l'istituzione dei nuovi enti ospedalieri previsti dall'articolo 10, la fusione e la concentrazione di essi sono attuati con decreto del Pre-

sidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, osservate le indicazioni contenute nei piani regionali.

Art. 47.

(Amministrazione dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica)

Fino a quando non sarà diversamente stabilito si applicano agli enti ospedalieri le norme contenute nella legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni, nel regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99 e nel regio decreto 3 marzo 1934, n. 383, in quanto compatibili con le norme contenute nella presente legge, intendendosi sostituito al prefetto, vice prefetto o prefettura il medico provinciale.

Fino a quando non saranno entrati in funzione gli organi di controllo previsti al capo terzo del titolo V della legge 10 febbraio 1953, n. 62, la vigilanza sugli enti ospedalieri è esercitata dal medico provinciale nelle forme e con le modalità previste dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972 e dal regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99 e la tutela è esercitata a norma del precedente articolo 15, ultimo comma, dal comitato di assistenza e beneficenza pubblica previsto dal decreto luogotenenziale 22 marzo 1945, n. 173, nelle forme e con le modalità previste dalle disposizioni in vigore.

Fino alla stessa data rimangono ferme le attribuzioni del medico provinciale previste dall'articolo 50 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e successive modificazioni.

Fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario e nei territori di esse, il rappresentante della regione nel collegio dei revisori previsto dall'articolo 16 è sostituito da un rappresentante della provincia in cui ha sede l'ospedale o l'ente ospedaliero eletto dal consiglio provinciale.

Art. 48.

(Finanziamento per le costruzioni ed attrezzature ospedaliere psichiatriche)

Fino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario, il Ministro dei lavori pubblici, di concerto con il Ministro

della sanità, sulla base delle previsioni contenute nel piano nazionale ospedaliero e nel piano regionale ospedaliero, concede alle provincie e agli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica i contributi previsti dalla legge 3 agosto 1949, n. 589 e dalla legge 30 maggio 1965, n. 574, nei limiti da questa stabiliti.

Art. 49.

(Trasferimento del personale dipendente dagli enti pubblici al nuovo ente ospedaliero psichiatrico)

Il personale sanitario, di assistenza immediata ed ausiliaria, il personale amministrativo, di ragioneria, di dattilografia, di archivio, d'ordine, subalterno, in servizio presso gli ospedali di cui al secondo comma dell'articolo 8, passa alle dipendenze dell'ente ospedaliero per l'assistenza psichiatrica e viene inquadrato nei rispettivi ruoli, conservando in ogni caso le posizioni giuridiche ed economiche acquisite al momento del trasferimento.

Il passaggio viene disposto con decreto del medico provinciale di intesa con le rispettive amministrazioni.

Art. 50.

(Piano nazionale ospedaliero transitorio per l'assistenza psichiatrica)

Sino alla costituzione delle regioni a statuto ordinario e limitatamente ai territori delle regioni medesime gli obiettivi e i criteri di cui ai precedenti articoli 32 e 33 sono stabiliti unitariamente con il piano nazionale ospedaliero transitorio per l'assistenza psichiatrica, da approvarsi con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio per l'assistenza psichiatrica, stabilisce altresì i criteri per la ripartizione nel territorio delle regioni a statuto speciale, dei mezzi finanziari dello Stato da destinare alla costruzione di nuovi ospedali psichiatrici, al-

l'ampliamento, alla trasformazione e all'ammodernamento di quelli esistenti nonché alla costruzione di centri di igiene mentale, di dispensari e ambulatori psichiatrici, di ospedali diurni, notturni, di laboratori ed aziende agricole protetti, di istituti medico-psico-pedagogici e all'acquisto delle relative attrezzature di primo impianto, alla loro ripartizione in relazione agli obiettivi cui il piano è preordinato.

Il piano nazionale ospedaliero transitorio per l'assistenza psichiatrica è elaborato dal Ministro della sanità d'intesa con i Ministri del bilancio e della programmazione economica, del tesoro e dei lavori pubblici, su parere del comitato nazionale per la programmazione ospedaliera psichiatrica, conformemente alle direttive del programma economico nazionale, ed ai principi della presente legge nonché, limitatamente ai territori meridionali, alle direttive del piano di coordinamento e con la riserva di investimenti di cui alla legge 26 giugno 1965, n. 717. Il piano è sottoposto all'approvazione del comitato interministeriale per la programmazione economica.

Ai fini dell'articolazione territoriale del piano nazionale ospedaliero transitorio per l'assistenza psichiatrica, i comitati regionali per la programmazione ospedaliera per l'assistenza psichiatrica di cui al successivo articolo 51 forniscono, su richiesta del Ministro della sanità, indicazioni sul fabbisogno quantitativo e qualitativo delle rispettive regioni.

Art. 51.

(Piano regionale transitorio per l'assistenza psichiatrica)

Per i territori delle regioni non ancora costituite il piano regionale transitorio ospedaliero per l'assistenza psichiatrica è elaborato dal comitato regionale per la programmazione ospedaliera, da istituire presso ogni capoluogo di regione e previsto dall'articolo 62 della legge sugli enti ospedalieri e sull'assistenza ospedaliera, sostituiti:

a) i tre rappresentanti delle amministrazioni ospedaliere di cui alla lettera c) del ci-

tato articolo da tre rappresentanti delle amministrazioni da cui dipendono ospedali psichiatrici, designati dalle associazioni sindacali di categoria;

b) i quattro rappresentanti previsti dalla lettera f) del citato articolo da quattro rappresentanti dei medici ospedalieri psichiatrici, di cui tre designati dalle organizzazioni sindacali più rappresentative ed uno designato dalla federazione degli ordini dei medici. Il predetto piano è approvato con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del bilancio e della programmazione economica.

Il piano previsto dal precedente comma, sulla base degli obiettivi e dei criteri stabiliti nel piano nazionale ospedaliero transitorio psichiatrico, indica per il territorio regionale la previsione di impianto di nuovi ospedali e dei servizi di igiene mentale, la trasformazione o soppressione degli ospedali esistenti in relazione al fabbisogno dei posti letto fino a raggiungere un quoziente di tre posti-letto per mille abitanti, alla efficienza delle attrezzature, alla rete viabile ed alle condizioni geomorfologiche e psico-igienico sanitarie della popolazione.

Il piano determina, inoltre, la sfera di azione di ciascun ospedale psichiatrico in coordinazione con gli altri operanti nella regione e con la rete dei presidi sanitari locali.

Con i piani deve essere assicurata l'esistenza di un centro di igiene mentale e di almeno un ospedale psichiatrico per ogni provincia.

Il piano prevede la costituzione di nuovi enti ospedalieri, la fusione e la concentrazione di quelli esistenti in relazione alle esigenze di cui ai precedenti commi e tenuto conto anche dei criteri di economicità di gestione.

Nessun ente pubblico, ad eccezione degli istituti universitari relativamente alle costruzioni di proprie cliniche, potrà istituire nuovi ospedali psichiatrici che non siano previsti nel piano.

Parimenti nessuna opera di costruzione, ampliamento o trasformazione potrà essere realizzata se non sia prevista nel piano.

Art. 52.

(Regioni a statuto speciale)

Le regioni a statuto speciale, ad eccezione di quelle che hanno in materia sanitaria potestà legislativa primaria, devono adeguare la propria legislazione nella materia predetta ai principi stabiliti dalla presente legge e dalla legge di programma di cui al precedente articolo 32.

Art. 53.

(Prestazioni strumentali a fini didattici)

Le disposizioni degli articoli 98 della legge 17 luglio 1890, n. 6972 e 124 del regolamento esecutivo approvato con regio decreto 5 febbraio 1891, n. 99, sono applicabili a tutti gli ospedali psichiatrici per le persone affette da disturbi psichici.

Art. 54.

(Accertamento causa di morte)

Il riscontro diagnostico per l'accertamento della causa di morte viene effettuato secondo le norme previste dalla legge 15 febbraio 1961, n. 63 e le disposizioni di cui al regio decreto 21 dicembre 1942, n. 1880.

Art. 55.

(Concorso dello Stato nelle spese degli enti ospedalieri e delle provincie)

Lo Stato concorre ai maggiori oneri derivanti alle provincie e agli enti ospedalieri per l'assistenza psichiatrica per l'assunzione del personale indicato dall'articolo 5 e delle nuove unità di medici, psicologi, infermieri, assistenti sanitarie visitatrici ed assistenti sociali ai sensi del precedente articolo 42 nonchè per i miglioramenti economici ai medici attualmente in servizio nei limiti dei seguenti stanziamenti da iscrivere nello stato di previsione del Ministero della sanità;

lire 8.000 milioni per l'anno 1968;

lire 12.000 milioni per l'anno 1969;

lire 16.000 milioni per l'anno 1970;
lire 23.394 milioni per l'anno 1971 e successivi.

L'assunzione del personale occorrente per raggiungere i minimi richiesti dall'articolo 42 e per soddisfare altre esigenze di personale di cui all'articolo 5, nei limiti ritenuti necessari, dovrà avvenire gradualmente in relazione alle somme stanziato nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità.

Il Ministro della sanità, con propri decreti, di concerto con il Ministro dell'interno limitatamente ai centri d'igiene mentale e agli ospedali psichiatrici dipendenti dalle provincie, determinerà annualmente per ciascuna provincia o altro ente pubblico per l'assistenza psichiatrica il numero delle nuove unità di personale da assumere e le relative spese.

Ai fini del concorso dello Stato previsto dal presente articolo, si tiene conto:

a) per il personale di nuova assunzione degli stipendi e delle altre indennità a carattere continuativo comunemente corrisposte, nelle misure stabilite dal comma seguente escluse le indennità per lavoro straordinario;

b) per il personale medico in servizio alla data dell'entrata in vigore della presente legge della differenza fra gli stipendi tipo e le indennità stabilite a norma del comma seguente e il trattamento economico in godimento alla stessa data.

Con decreto del Ministro della sanità di concerto con i Ministri dell'interno e del tesoro da emanare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge saranno stabiliti gli stipendi tipo per ciascuna categoria di personale e le voci e le misure delle indennità di cui alla lettera a) del precedente comma.

L'erogazione dei fondi è condizionata alla prova dell'effettiva assunzione del personale e alla corresponsione dei miglioramenti economici ai medici.

All'onere derivante dall'applicazione del primo comma del presente articolo per l'anno finanziario 1968 si fa fronte mediante

riduzione del fondo iscritto nella parte corrente dello stato di previsione del Ministero del tesoro destinato al finanziamento dei provvedimenti legislativi in corso per l'esercizio medesimo.

Il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere, con propri decreti, alle occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 56.

(Rimborsi)

I medici provinciali sono autorizzati a corrispondere le somme dovute alle Amministrazioni provinciali per gli ospedali da esse gestiti e agli enti per l'assistenza psichiatrica ai sensi del precedente articolo con ordinativi tratti su aperture di credito che il Ministero della sanità potrà emettere entro il limite che non superi l'importo di lire 300 milioni per ciascuna apertura di credito, in deroga al disposto di cui all'articolo 56 del regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, modificato dalla legge 2 marzo 1963, n. 386.

Le amministrazioni degli enti indicati nel precedente comma devono allegare all'istanza di rimborso i seguenti atti:

a) provvedimento del Ministero della sanità con il quale sono stati determinati il numero del personale da assumere e l'ammontare delle spese gravanti sul bilancio dello Stato;

b) provvedimenti da cui risultino l'effettiva assunzione del personale e la corresponsione degli stipendi e delle indennità ammesse al rimborso.

Art. 57.

(Vigilanza tecnico-sanitaria)

Sino a quando non saranno istituite le regioni a statuto ordinario continuerà a funzionare in ogni provincia la commissione di vigilanza sugli ospedali psichiatrici nella composizione fissata dall'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 249.

Il Ministero della sanità deve disporre ispezioni ordinarie.

Le spese per le ispezioni ordinarie e straordinarie sono iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero della sanità, salvo rimborso da parte delle amministrazioni secondo le norme fissate dal regolamento, nel caso che siano constatate trasgressioni alle disposizioni contenute nella presente legge o nel regolamento. Alle altre amministrazioni è fatto salvo il diritto di regresso contro gli amministratori e gli impiegati responsabili delle trasgressioni.

Le controversie relative alla competenza di tali spese sono decise anche in merito dal Consiglio di Stato in Camera di consiglio.

Art. 58.

(Regolamento di esecuzione)

Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge sarà emanato il regolamento di esecuzione, con decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri di grazia e giustizia, dell'interno e del tesoro.

Fino a quando non sarà emanato il regolamento previsto nel comma precedente restano in vigore, in quanto applicabili, le disposizioni del regolamento approvato con regio decreto 16 agosto 1909, n. 615 e successive modificazioni.

Art. 59.

(Abrogazione)

La legge 14 febbraio 1904, n. 36, è abrogata, salvi gli articoli 6 e 7 primo comma relativamente alla competenza del Consiglio di Stato per le controversie relative alle spese.

È altresì abrogato l'articolo 604, n. 2, del Codice di procedura penale per quanto attiene all'obbligo dell'annotazione dei provvedimenti di ricovero degli infermi di malattie mentali e della revoca di essi nel casellario giudiziario.