

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori BONATESTA, VALENTINO, MONTELEONE, MULAS, MAGLIOCCHETTI, CASTELLANI Carla, MAGNALBÒ, FLORINO, BORNACIN, PORCARI, MEDURI, DE CORATO, COSTA, TOMASSINI, COZZOLINO, DEMASI, MUNDI, MANTICA, CURTO, FILOGRANA, RONCONI, CORTELLONI, PEDRIZZI, MAGGI, NAVA, COLLINO, CARUSO Antonino, LAURIA Baldassare, MINARDO, MARTELLI, PASQUALI, PALOMBO, CONTESTABILE, TONIOLLI, BRIENZA, FIRRARELLO, DI BENEDETTO, BEVILACQUA e MARRI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 5 FEBBRAIO 1997

Modifiche ed integrazioni alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, per l'assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. — Il presente disegno di legge riguarda un problema, quello dell'assistenza psichiatrica, estremamente complesso e delicato e tale da richiedere un'attenta considerazione e valutazione di tutti i suoi diversi aspetti. Si tratta infatti di un problema umanitario che ha implicazioni di carattere sanitario, civile o penale e dalla cui soluzione non può prescindere una società che intenda garantire la piena affermazione dei diritti della persona. Con la legge 13 maggio 1978, n. 180, si prese finalmente atto dei profondi mutamenti della psichiatria: tale legge, recepita alcuni mesi dopo dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, affermava una nuova visione della malattia mentale come una normale malattia che escludeva tutele differenziali e che pertanto veniva inserita nel quadro generale della tutela della salute mentale dei cittadini.

Il problema attuale, però, non è soltanto quello principale di garantire in ogni caso il pieno rispetto della libertà e della dignità della persona umana, ma anche quello di adeguare tali principi alle reali conoscenze scientifiche sulla malattia psichica, alla realtà socio-culturale del nostro Paese ed alle pressanti esigenze di idonee strutture di assistenza del malato psichico.

Questo disegno di legge, infatti, propone di superare le gravi carenze dimostrate dalle regioni nell'istituire e nel far funzionare le cosiddette strutture intermedie sul territorio e si preoccupa di suggerire e promuovere gli interventi necessari per risolvere i problemi dell'assistenza psichiatrica ai malati cronici e quello di assicurare funzioni di pronto soccorso ad alcune strutture per malati acuti.

È necessaria una diversificazione delle strutture terapeutiche che debbono essere in

grado di adattarsi alla molteplicità ed alla non omogeneità delle patologie psichiatriche. La pratica di questi anni, per esempio, ha dimostrato che è necessario porre la dovuta attenzione anche ai decorsi morbosi di durata media che richiedono trattamenti sanitari comunque prolungati, mentre è necessario trattare separatamente la psicoriabilitazione delle nevrosi più gravi. Pertanto, il presente disegno di legge individua una categoria intermedia tra i malati acuti e cronici. Si tratta dei malati per lo più giovani sottoposti a trattamenti che si possono definire «protratti» e che in media non durano oltre i due anni, per i quali dovranno essere previste strutture intermedie sul territorio come i centri di salute mentale, i *day-hospital*, i centri diurni, i centri notturni in cui il malato può trascorrere non solo le ore diurne, ma anche le ore notturne. In questi ultimi, infatti, i pazienti che hanno raggiunto un grado sufficiente di autonomia da poter essere inseriti nel mondo del lavoro e che subirebbero danni rimanendo nell'ambito della famiglia, possono essere ricoverati per la notte, dopo il lavoro, in una struttura in grado di offrire loro adeguate terapie.

Dovranno essere inoltre apprestate tutte le strutture di assistenza psichiatrica idonee a realizzare pienamente il principio del trattamento sanitario obbligatorio a livelli di civiltà più avanzata perchè questo strumento non sia più una sorta di arresto per un particolare tipo di carcere e divenga un più civile istituto giuridico che possa essere adottato in qualsiasi luogo si determinino garanzie sufficienti alla cura del paziente.

In questo senso, pertanto, con carattere innovativo rispetto al precedente disegno di legge del Governo, la presente proposta dispone che il trattamento sanitario obbligatorio sia prestato in ogni luogo idoneo, com-

preso il domicilio del paziente, conferendogli il carattere di *status* giuridico particolare, momento di osservazione e di protezione della personalità del sottoposto in attesa che egli possa tornare ad esplicare pienamente nella società civile i suoi diritti che, secondo un'espressione della dottrina giuridica, si potrebbero definire, in costanza del trattamento, «diritti in attesa di espansione». Il punto della piena affermazione dei diritti della persona, anche durante il decorso di una malattia più o meno lunga, resta in ogni caso l'obiettivo principale e il momento qualificante della presente iniziativa poiché nessun risultato pratico, nessun successo sul piano sanitario potrà ottenersi se non si sarà prima di tutto compreso secondo quali principi deve avvenire l'approccio con il malato.

Un altro importante problema affrontato dal presente disegno di legge è quello del pronto soccorso che deve essere garantito al malato, in ogni caso, a spese e sotto la responsabilità delle pubbliche strutture.

Pertanto, obiettivo fondamentale del presente disegno di legge è non solo quello di garantire al cittadino affetto da una patologia che colpisce le facoltà mentali l'irrinunciabile diritto all'assistenza sanitaria, ma anche quello di offrirgli un aiuto tempestivo e tecnicamente adeguato alla sua specifica patologia secondo i dettami della più aggiornata dottrina. La presente proposta vuo-

le anche evitare che famiglie già provate perchè qualcuno tra i loro componenti è stato colpito da tale patologia debbano essere di fatto sottoposte a nuove e stressanti prove per la ricerca di un luogo per il ricovero del proprio congiunto, che generalmente non trovano o trovano in regioni o province ben lontane da quelle di residenza.

Le difficoltà finora incontrate per inquadrare in modo razionale la materia hanno determinato evidenti scompensi organizzativi aggravati dalla non uniformità del quadro della situazione.

A tali esigenze intende venire incontro la presente proposta, che prevede l'istituzione di un unico dipartimento di salute mentale costituito da reparti residenziali per il trattamento sanitario obbligatorio in dipendenza delle specifiche terapie sia farmacologiche che dinamiche da somministrare ai pazienti a seconda delle singole patologie, da comunità semi-residenziali, da comunità residenziali protette e da comunità residenziali riabilitative. Il dipartimento di salute mentale è la struttura operativa della Azienda per i servizi sanitari finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, formazione e ricerca nel campo della psichiatria ed alla organizzazione e promozione degli interventi rivolti alla salute mentale della popolazione.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Il quarto comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, nelle strutture ospedaliere pubbliche o in qualunque altro luogo ove si determinino garanzie sufficienti alla cura del paziente ed alla sicurezza della comunità».

Art. 2.

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

«Art. 34. - (*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale*). - 1. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato solo dopo aver espletato ogni valido tentativo ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di diciotto anni, di chi esercita la patria potestà.

2. Il trattamento sanitario obbligatorio è ordinato dal sindaco con provvedimento corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33 e dalla sua convalida da parte di uno psichiatra del Servizio sanitario nazionale.

3. Il provvedimento è emanato entro 48 ore dalla convalida e notificato, entro 48 ore dal ricovero, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

4. I medici specializzati in psichiatria responsabili del paziente sottoposto al trattamento adottano, in attesa del provvedimento

to del sindaco, gli interventi di urgenza strettamente necessari, nell'interesse dell'infermo.

5. Nei casi di assoluta necessità lo psichiatra del servizio competente chiede l'intervento dell'autorità locale di protezione civile che adotta i provvedimenti urgenti di sua competenza.

6. Il giudice tutelare assume entro 48 ore dalla notifica le informazioni e, disposti gli eventuali accertamenti anche a carattere peritale, può emettere decreto motivato di non convalida del provvedimento. In caso di mancata convalida, il sindaco dispone immediatamente la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio.

7. Lo psichiatra responsabile del paziente sottoposto al trattamento sanitario obbligatorio dispone, anche con protocolli di carattere generale, sulla durata del trattamento. Nei casi in cui sia necessario prolungare il trattamento stesso oltre il termine di trenta giorni, come pure per ogni ulteriore prolungamento, il responsabile del paziente formula proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento. Si applicano le disposizioni di cui ai commi 3 e 6.

8. Se il provvedimento di cui al comma 2 è disposto dal sindaco di comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune e da questi al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento è adottato nei confronti dei cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno ed al consolato competente, tramite il prefetto».

Art. 3.

1. La legge regionale organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale, entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. Il dipartimento di salute mentale ha il compito di tutelare la salute mentale dei

cittadini residenti nel territorio attraverso attività di prevenzione e cura e riabilitazione. Il dipartimento di salute mentale si articola:

a) in un servizio o centro territoriale di salute mentale per ogni unità sanitaria locale con compiti di diagnosi e trattamento precoce, di reinserimento di soggetti già ospedalizzati e di prevenzione ed educazione sanitaria. Detto servizio deve assicurare la sua funzionalità anche attraverso la reperibilità per ventiquattro ore al giorno compresi i giorni festivi ed istituire e gestire nel territorio di propria competenza centri ambulatoriali ed altre strutture alternative al ricovero, come *day hospital* e piccole strutture residenziali protette. Il centro territoriale di salute mentale, ove possibile, garantisce altresì un servizio di assistenza domiciliare per i pazienti residenti nel territorio di competenza;

b) in un servizio di pronto soccorso psichiatrico presso ospedali generali, nella misura non inferiore ad uno per provincia, con una dotazione di posti letto fissata dal piano sanitario regionale in misura non inferiore ad uno ogni centomila abitanti. Si applicano a detto servizio le stesse normative vigenti per i presidi di pronto soccorso;

c) in un servizio psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento degli stati acuti in regime di ricovero ospedaliero, con una dotazione di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale e comunque non inferiore ad uno ogni 10.000 abitanti residenti nel territorio;

d) in servizi di assistenza psichiatrica per trattamenti protratti con fini prevalentemente psico-riabilitativi e dotati di strutture di ricovero, anche se parziale diurno o notturno, e di presidi ambulatoriali nel rispetto del principio della continuità terapeutica. Dette strutture possono essere dotate di servizi particolari, come comunità terapeutiche per il recupero degli psicotici giovani o servizi ambulatoriali di psicoterapia, e devono altresì essere dotate di servizi di animazione

qualificati che garantiscano la mobilitazione fisica e psichica dei pazienti ai fini riabilitativi;

e) in servizi residenziali per lungodegenti, come le case albergo, distinti tra quelli a carattere sanitario e quelli di assistenza socio-sanitaria con annessi servizi di riabilitazione psicofisica e di animazione. I servizi residenziali di assistenza socio-sanitaria svolgono funzioni di lungodegenza e di riabilitazione indirizzate a soggetti parzialmente auto-sufficienti e non auto-sufficienti. Essi, integrandosi all'interno del dipartimento di salute mentale, partecipano alla costituzione di una rete di presidi differenziati le cui tipologie, numero e qualità, vengono definite dalle norme attuative del piano sanitario nazionale.

3. Nel rispetto del principio della continuità terapeutica, il dipartimento di salute mentale ha un organico unico ed opera in connessione e continuità di intervento con i servizi socio-sanitari di base e con gli altri servizi sociali degli enti locali.

Art. 4.

1. Il dimensionamento e la tipologia delle strutture dei dipartimenti di salute mentale sono stabiliti dal piano sanitario regionale entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge e tenuto conto della popolazione assistita, dei posti letto pubblici e convenzionati esistenti sul territorio, della incidenza delle patologie psichiatriche nella regione e degli obblighi derivanti dalla presente legge.

Art. 5.

1. Nei territori regionali in cui hanno sede le cliniche universitarie, le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono affidare alle singole università la gestione di uno o più dipartimenti di salute mentale.

2. Le convenzioni di cui al comma 1 prevedono anche che le università, nello svolgimento delle relative attività, si attengano agli stessi profili organizzativi e funzionali stabiliti per i dipartimenti di salute mentale dal Ministro della sanità e dalla regione competente.

3. È assicurata in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alla prestazione di assistenza psichiatrica a favore di alcuni bacini di utenza multizonale ed interregionale, nonché alle esigenze della attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Art. 6.

1. Il Ministro della sanità determina con proprio decreto, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le modalità con cui le regioni devono provvedere alla vigilanza sull'attività svolta e sui risultati conseguiti nelle strutture pubbliche e private convenzionate comprese nei territori e sotto la giurisdizione dei servizi di tutela di salute mentale.

2. Ai fini di cui al comma 1 sono costituite commissioni regionali con funzioni consultive di proposta e vigilanza composte da un funzionario del Ministero della sanità, un funzionario della regione, un funzionario del comune capoluogo di regione, un docente universitario di clinica psichiatrica, un coordinatore per ogni dieci dipartimenti di salute mentale, due rappresentanti dei familiari dei pazienti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentate nella regione, un rappresentante delle case di cura convenzionate designato dall'associazione maggiormente rappresentativa nella regione.

3. La commissione, entro il 31 gennaio e il 31 luglio di ogni anno, riferisce all'assessore regionale alla sanità sulla attività svolta.

4. Nel primi tre anni successivi all'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità convoca annualmente gli assessori regionali alla sanità per conoscere lo stato di attuazione della stessa legge.

Art. 7.

1. Per il finanziamento dell'assistenza psichiatrica ed in particolare dei servizi di salute mentale assicurati dai dipartimenti di cui alla presente legge è vincolata una quota di spesa corrispondente ad un ammontare del 5 per cento del Fondo sanitario nazionale, sia per la parte corrente, sia per la parte in conto capitale.

2. Al finanziamento dei servizi di salute mentale sono altresì destinati i proventi delle alienazioni, trasformazioni o permutate dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici.

Art. 8.

1. Qualora le regioni non abbiano adottato la legge regionale che organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, o qualora non abbiano provveduto a realizzare le strutture previste dalla presente legge e dalla legge regionale entro il termine massimo di due anni, il Ministro della sanità è tenuto a provvedere con propri atti agli adempimenti risultanti parzialmente o totalmente disattesi; a tal fine è sottratto, dalle quote di ripartizione del Fondo sanitario nazionale spettanti alle regioni inadempienti, l'insieme delle spese e degli impegni finanziari previsti per l'intervento ministeriale sostitutivo.

