

CAMERA DEI DEPUTATI N. 152

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CÈ

Norme per la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica
e per la tutela dei malati di mente

Presentata il 30 maggio 2001

ONOREVOLI COLLEGHI! — La proposta di legge in esame mira a modificare la normativa sull'assistenza psichiatrica prevista dalla legge n. 180 del 1978 e successivamente confermata dalla legge n. 833 dello stesso anno. Una legge, la « 180 », simbolo di un'epoca, di una cultura, pesantemente condizionata da ideologie antipsichiatriche; sentita dalle forze che l'hanno consapevolmente voluta come una bandiera e come tale difesa nonostante le sue evidenti lacune ed incongruenze e la conseguente incapacità di affrontare i problemi dei pazienti psichiatrici. Per anni agli appelli, alle proteste, alle denunce dei familiari, sulle cui spalle era stato scaricato il peso, spesso insostenibile, della assistenza di questi pazienti, è stato opposto un muro di silenzio.

Oggi, più che mai, è necessario superare l'atteggiamento di fideismo acritico

dei sostenitori della « 180 » per poter comprendere che il fallimento della riforma psichiatrica è dovuto all'effetto combinato sia di mancate od errate applicazioni locali della legge, sia di interventi finanziari insufficienti e non coordinati, sia di carenze intrinseche della legge stessa. A queste conclusioni giunsero, già molti anni fa, psichiatri come il professor Ravizza dell'università di Torino, il professor Casano dell'università di Pisa, il dottor Bocalatte, il dottor Crosignani e molti altri che non è possibile ora citare singolarmente, i quali promossero dibattiti e convegni ove, in uno spirito di critica costruttiva, fosse possibile evidenziare le lacune e gli errori della citata legge n. 180 del 1978 e proporre i necessari emendamenti, senza per altro negare i suoi importanti pregi: l'aver affidato il trattamento delle fasi acute delle malattie mentali all'ospedale

generale, su un piano di parità con le altre patologie mediche; l'aver previsto una rete di ambulatori psichiatrici, estesa a tutto il territorio nazionale; l'aver voluto, con un tentativo originale unico al mondo, il superamento e la chiusura degli ospedali psichiatrici.

Chi oggi, però, pensasse che la soluzione consiste nel riconoscere l'errore di allora e nel riaprire gli ospedali psichiatrici, farebbe, a nostro parere, un errore altrettanto grave. Tornare indietro sarebbe praticamente impossibile e vanificherebbe tutti gli sforzi, le sofferenze ed i sacrifici di questi anni. Bisogna quindi andare avanti, correggendo gli errori della « 180 », e rendendo compatibili le buone intenzioni, che riconosciamo a molti che vollero quella legge, con la dura realtà della malattia mentale.

Il più noto errore della « 180 », ormai quasi universalmente riconosciuto, è quello di aver negato implicitamente l'esistenza della cronicità psichiatrica e, di conseguenza, la necessità di prevedere strutture anche per trattamenti di lunga durata. Dopo aver di malavoglia ammesso la possibilità di fasi acute della malattia, che possono avere necessità di ospedalizzazione, sia pure per il tempo assurdamente breve di sette giorni, gli estensori della legge n. 180 del 1978 nulla infatti prevedono per esigenze di ricovero prolungato, coerentemente con le loro teorie che vedono nella cronicità psichiatrica nient'altro che un prodotto della lunga istituzionalizzazione in manicomio. Teorie purtroppo sbagliate perché, dal 1978 ad oggi, pazienti che non sono mai stati ricoverati in ospedale psichiatrico o in altre istituzioni sono comunque cronicizzati nella loro malattia, a casa propria o vagabondando per l'Italia. L'ospedale psichiatrico non era la causa, ma un tentativo di risposta alla cronicità psichiatrica. Un tentativo inadeguato e superato e talora anche dannoso, perché dava una risposta unica ed indifferenziata ai bisogni molteplici e diversissimi delle varie malattie mentali nelle successive fasi della loro evoluzione. La legge n. 180 del 1978 faceva un passo avanti prevedendo il servizio

psichiatrico nell'ospedale generale e l'ambulatorio psichiatrico sul territorio: due risposte, tuttavia, ancora troppo limitate e carenti a fronte dell'indubbia complessità dei disturbi mentali. Perciò quasi tutte le proposte di modifica della legge n. 180 del 1978 presentate nelle precedenti legislature prevedono altre strutture, dal *day-hospital* ai presidi residenziali, per le esigenze di media o lunga degenza, più o meno esplicitamente e coraggiosamente definite tali, per l'allora perdurante timore di ostracismo nei confronti di chi osasse parlare apertamente di cronicità. Anche nella presente proposta di legge si prevedono nuovi e diversi presidi, che non pretendono certamente di dare una soluzione ottimale a tutti i possibili problemi (per fare questo occorrerebbe, in teoria, una struttura diversa per ogni persona ammalata) ma che forniscono ai pazienti, ai familiari, ai medici curanti un ventaglio di risposte sufficientemente ampio per affrontare adeguatamente i problemi più frequenti e più gravi. L'altro e sicuramente più grave difetto della legge n. 180 del 1978 è il modo superficiale e contraddittorio con cui viene affrontato il delicato e serissimo problema dei trattamenti sanitari obbligatori (TSO) nei malati psichici. Demagogicamente con la legge n. 180 del 1978 si fa finta di credere che il malato psichico grave è altrettanto libero e responsabile quanto una persona sana, per riscoprire improvvisamente che non lo è soltanto dopo che ha commesso un reato, quando gli si applicano le norme del nostro codice penale. Il tutto « in barba » a quella prevenzione tanto osannata nella « 180 ». In pratica chi ha provato a segnalare la potenziale pericolosità di un paziente ai giudici e alla polizia si è sentito rispondere, e non poteva essere altrimenti, che loro avevano sì strumenti per reprimere, ma non per prevenire i reati di un malato psichico e che se la pericolosità nasceva dall'interazione fra patologia ed un determinato contesto sociale, toccava ai sanitari curare la patologia o tenere lontano il soggetto da quel contesto e che questa era l'unica prevenzione concretamente possibile. Una modifica alla legge

n. 180 del 1978 che non affronti questo problema chiave o che lo faccia in modo parziale, con insufficienti chiarezza e coerenza nell'individuare diritti e doveri di ognuno, lascerebbe parenti, terapeuti e collettività nell'attuale stato di impotenza e, di fatto, precluderebbe la possibilità di fornire aiuti reali ai pazienti più gravi, che negano la malattia e rifiutano di proseguire le terapie necessarie per evitare le ricadute. Per affrontare questo problema in modo più adeguato, nella stesura della presente proposta di legge ci si è confrontati con la più recente legislazione dei Paesi europei in materia di salute mentale. Legislazione che, non casualmente, è concorde nel porre i TSO come problema centrale.

Descriviamo, infine, brevemente i singoli articoli della presente proposta di legge. All'articolo 1 sono dettati i principi generali.

L'articolo 2 reca disposizioni per la chiusura o la riconversione degli ex ospedali psichiatrici.

All'articolo 3 si prevede la riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica attraverso l'effettiva creazione del dipartimento di psichiatria. Nel comma 1 si indicano i compiti del dipartimento. Nel comma 3 è descritta la rete dei presidi psichiatrici del dipartimento, che comprende, oltre ai già esistenti centri di salute mentale per l'attività psichiatrica ambulatoriale, ed ai servizi di diagnosi e cura per i trattamenti ospedalieri, anche nuove strutture quali:

a) il pronto soccorso psichiatrico che provvede a rispondere alle urgenze psichiatriche;

b) le strutture residenziali psichiatriche, che fungono da centri riabilitativi psichiatrici e sono articolate in comunità protette residenziali, case alloggio e centri diurni.

Ai commi 4 e 5 sono previste le possibilità di convenzione con enti, associazioni e strutture private e di collaborazione con organizzazioni di volontariato.

All'articolo 4 sono dettate le nuove norme per gli accertamenti ed i TSO. In particolare, i commi 4 e 5 definiscono le caratteristiche del TSO prevedendo anche l'istituto del TSO di urgenza.

All'articolo 5 sono stabilite le modalità per la dimissione in affidamento ed è creata la figura dell'« affidatario », realizzando una valida alternativa alla necessità di ricoveri ospedalieri in TSO eccessivamente prolungati, grazie alla possibilità di trattamenti sanitari obbligatori extra-ospedalieri.

All'articolo 6 sono previste le modalità di cessazione del TSO.

L'articolo 7 dispone l'istituzione delle commissioni per i diritti del malato psichico e le procedure relative ad opposizioni e ricorsi su atti concernenti i TSO.

L'articolo 8 è dedicato ai diritti del malato psichico e dei suoi familiari, mentre all'articolo 9 sono definite le misure di sostegno e di assistenza alle famiglie dei soggetti affetti da minorazioni psichiche.

L'articolo 10 stabilisce il divieto di ogni forma di pubblicità non rispettosa della dignità del malato psichico.

All'articolo 11 si stabiliscono le modalità del potere sostitutivo in caso di inadempienza alle disposizioni della legge da parte delle aziende ospedaliere o dei dipartimenti di psichiatria o delle regioni.

L'articolo 12 disciplina la concessione delle strutture.

All'articolo 13 e all'articolo 14 sono istituite, rispettivamente, la Commissione nazionale permanente e la commissione regionale per la psichiatria e sono indicati i loro compiti.

L'articolo 15 reca norme sull'istituzione dell'ufficio regionale di psichiatria ad opera delle regioni, collocato nell'ambito degli assessorati regionali alla sanità.

Infine, all'articolo 16 sono definite le modalità di finanziamento, un problema che se non trova una soluzione adeguata rende inutile ed inefficiente qualsiasi legge sull'assistenza psichiatrica. Si potrebbe obiettare che l'impegno finanziario previsto è particolarmente elevato e scarsamente compatibile con le attuali difficoltà

del bilancio statale. Replichiamo che se quell'impegno comporta dei sacrifici per altri settori della sanità, riteniamo che sia un atto di riparazione dovuto per l'enorme, storica ingiustizia commessa ai danni dei malati psichici e dei loro familiari dal 1978 ad oggi. Il costo finanziario della presente proposta di legge è comunque nulla di fronte al costo umano di sofferenze e di lutti provocato dalla legge « 180 ». Secondo una stima pubblicata dal professore Trabucchi nel 1982 i morti causati dalla legge « 180 » erano già allora

dai 2 ai 3 mila. Non esistono ricerche attendibili, ed è una grave omissione che dovrà essere sanata, sull'entità globale di quella che qualcuno ha definito la tragedia dei *desaparecido* della psichiatria italiana. Tragedia che nacque da un voto del Parlamento. Perciò oggi si chiede a voi, nuovi parlamentari eredi di quel vecchio Parlamento, come atto riparatorio per quelle vittime, un voto che metta fine a quel folle esperimento con cavie umane che è stata, inconsapevolmente e incoscientemente, la legge n. 180 del 1978.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi generali).

1. La presente legge detta i principi dell'ordinamento in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati psichici, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge entro sei mesi dalla data della sua entrata in vigore.

3. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale ed alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

4. Ogni cittadino ha diritto alla tutela della salute e alla prestazione di cure adeguate, anche qualora non sia in grado di rendersi conto, temporaneamente o definitivamente, del suo stato di malattia.

5. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi a malattie mentali sono attuati dai presidi e dai servizi psichiatrici territoriali ed ospedalieri del Servizio sanitario nazionale (SSN), ivi comprese le strutture private convenzionate, secondo parametri definiti.

ART. 2.

(Chiusura o riconversione degli ex ospedali psichiatrici).

1. Le regioni, entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispongono il piano regionale psichiatrico contenente le misure attuative della presente legge, nonché la definizione degli ambiti territoriali dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3, in modo da garantire, ove possibile, la coincidenza tra

l'ambito territoriale del suddetto dipartimento e quello delle aziende sanitarie locali.

2. Le regioni garantiscono, entro un anno dalla definizione del piano regionale di cui al comma 1, l'effettiva chiusura o riconversione in centri di salute mentale o in comunità riabilitative di cui all'articolo 3, degli ospedali psichiatrici esistenti, anche se con diversa denominazione. Nel caso in cui le citate strutture non siano idonee ad essere riconvertite, esse devono essere alienate e il ricavato deve essere destinato alla realizzazione o all'adeguamento dei presidi di cui all'articolo 3.

3. Il personale dei reparti ospedalieri e delle comunità esistenti negli ex ospedali psichiatrici deve essere integrato nelle strutture dei dipartimenti di psichiatria, all'atto della loro istituzione.

4. Entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in ogni regione sono istituiti i relativi dipartimenti di psichiatria, costituiti dai servizi e dalle strutture di cui all'articolo 3. Il personale dei dipartimenti può essere reperito anche in deroga alle norme vigenti sulle assunzioni, sui trasferimenti e sugli inquadramenti.

ART. 3.

(Dipartimento di psichiatria).

1. Il dipartimento di psichiatria è istituito in un'area con una popolazione compresa fra i 100 mila e i 150 mila abitanti, ed ha il compito di garantire:

a) la programmazione e il coordinamento degli interventi integrati di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie di natura psichiatrica, nella popolazione adulta, attuati dai presidi psichiatrici ospedalieri ed extra-ospedalieri presenti nel territorio di propria competenza;

b) la collaborazione e il coordinamento, nel rispetto delle reciproche competenze, con i servizi deputati alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione

dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi alcolcorrelate e delle patologie connesse alla farmacodipendenza e alla tossicodipendenza;

c) la consulenza sulle patologie di pertinenza psichiatrica, con particolare riferimento alla consulenza ai familiari dei pazienti affetti da tali patologie;

d) la consulenza sulle patologie psicosomatiche e sulle problematiche inerenti il disagio e la sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche;

e) la promozione dell'educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica, anche in collaborazione con le autorità scolastiche per compiti di prevenzione della malattia mentale e di informazione al corpo insegnante ed agli studenti;

f) l'aggiornamento professionale del personale operante, nel proprio territorio di competenza, nel settore della cura, prevenzione e riabilitazione delle malattie psichiatriche, in collaborazione con gli organi regionali e nazionali competenti per la formazione;

g) la raccolta e la valutazione delle informazioni derivanti dalle attività di ricerca e diagnostiche, nonché la promozione e la gestione delle medesime attività, al fine di verificare la qualità delle prestazioni terapeutiche, i costi, i benefici e la validità delle metodologie di lavoro;

h) la verifica della corretta esecuzione degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori TSO;

i) la verifica e il controllo del funzionamento delle strutture private psichiatriche convenzionate.

2. L'organico del dipartimento di psichiatria deve essere costituito dal personale amministrativo ed ausiliario, nonché dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere professionale specializzato in

assistenza psichiatrica, del terapeuta della riabilitazione psichiatrica, del terapeuta occupazionale e dell'educatore professionale. Il dipartimento di psichiatria si avvale obbligatoriamente della consulenza esterna del giudice tutelare.

3. Il dipartimento di psichiatria, per rispondere in modo efficace, articolato e completo ai molteplici problemi posti dalle diverse malattie mentali e dai differenti stadi evolutivi delle medesime malattie, è costituito da una complessa rete di presidi consistente in:

a) il centro di salute mentale. È un presidio che svolge, per una popolazione compresa fra i 50 mila e i 75 mila abitanti, attività psichiatrica di diagnosi, cura e riabilitazione ambulatoriale e domiciliare, visite specialistiche, attività di consulenza sull'opportunità dei ricoveri e di programmazione delle terapie utili al malato, attività di educazione sanitaria e di prevenzione. Effettua la presa in carico del paziente sottoposto al TSO di cui all'articolo 4, mediante la convalida del trattamento medesimo nonché attuando la programmazione ed il coordinamento di tutti i necessari interventi, anche in riferimento all'individuazione delle soluzioni da adottare al termine del TSO. Garantisce, altresì, al nucleo familiare del paziente psichiatrico, un servizio specifico di informazione, di documentazione ai fini previdenziali e assistenziali, di assistenza e di sostegno psicoterapeutico. Segue e controlla il passaggio del malato nelle varie strutture, tenendone costantemente informati i familiari, ovvero il tutore, ed il medico curante. Infine assicura al malato i necessari esami periodici a domicilio, da svolgere con cadenza almeno trimestrale, per un puntuale controllo del suo stato di salute. Il personale che opera in tale centro deve, in caso di bisogno, recarsi obbligatoriamente al domicilio del paziente, su richiesta motivata o se il paziente interrompe il programma di cura e riabilitazione con relativo danno alla sua persona. Il mancato intervento, nella situazione di cui al periodo precedente, configura il reato di omissione di soccorso;

b) il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che provvede alla diagnosi e cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamento, volontario o obbligatorio, con ricovero in ambiente ospedaliero. Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura deve prevedere posti letto separati dal resto della degenza per ricoveri in TSO. È previsto almeno un posto letto ogni 10 mila abitanti. L'ubicazione deve tenere conto delle particolari esigenze del malato psichico che necessita di spazi adeguati e di aree verdi. È fatto obbligo, al momento del ricovero del paziente, di richiedere immediatamente la cartella clinica ed eventuali ulteriori informazioni al centro di salute mentale di appartenenza e di aggiornare periodicamente il medesimo centro di salute mentale in riferimento allo stato di salute del paziente e alle terapie praticate, nonché di avvisarlo preventivamente sulle dimissioni del malato;

c) il pronto soccorso psichiatrico, situato presso ogni ambiente ospedaliero dotato del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che provvede a rispondere alle urgenze psichiatriche ovvero alle emergenze di tipo sanitario riferibili a pazienti affetti da patologie psichiatriche, anche demandate dal pronto soccorso generale. Il pronto soccorso psichiatrico garantisce, altresì, gli interventi domiciliari urgenti per i casi di acuzie psichiatriche;

d) le strutture residenziali psichiatriche (SRP), che fungono da centri riabilitativi psichiatrici, ove vengono effettuati gli interventi di riabilitazione psichiatrica e di risocializzazione, anche in situazioni di residenzialità protetta diurna e notturna o continuativa, fornendo la risposta più adeguata a seconda del tipo di patologia mentale, della gravità e dell'evoluzione della malattia. Tali strutture comprendono:

1) la comunità protetta residenziale: è una struttura socio-sanitaria per gli ammalati cronici, ossia per i soggetti lungo-degenti con costanti alterazioni psichiche, incapaci di provvedere in modo

autonomo ai propri bisogni personali e sociali. La comunità protetta residenziale può ospitare un massimo di venti persone. Tale struttura deve essere organizzata tenendo conto della gravità della patologia e garantendo, altresì, una effettiva umanizzazione e personalizzazione degli spazi. Le comunità protette sono dotate di almeno tre posti letto ogni 10 mila abitanti dell'area territoriale di competenza;

2) la casa alloggio: è una struttura socio-assistenziale che ospita, anche per breve tempo, i pazienti parzialmente autosufficienti e quindi bisognosi di continuare il percorso terapeutico; tali strutture possono ospitare un massimo di cinque persone e sono dotate di almeno due posti letto ogni 10 mila abitanti dell'area territoriale di competenza;

3) i centri diurni psichiatrici, ovvero *day-hospital* psichiatrici, aperti ogni giorno feriale per almeno dodici ore, per quei pazienti che necessitano di terapie intensive farmacologiche o di partecipare a psicoterapie di gruppo o ad attività risocializzanti di tipo occupazionale e formativo. Tali strutture possono ospitare un massimo di venti persone. Deve essere garantito un centro diurno psichiatrico ogni 75 mila abitanti.

4. Per lo svolgimento delle attività del dipartimento di psichiatria le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono anche avvalersi, nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione vigente, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e delle case di cura di cui all'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Inoltre, per la realizzazione e la gestione anche parziale delle comunità protette residenziali, delle case alloggio e dei centri diurni di cui al comma 3 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono stipulare apposite convenzioni con le associazioni operanti nel settore, previa verifica del possesso dei seguenti requisiti:

a) personalità giuridica di diritto pubblico o privato, o natura di associa-

zione ai sensi del capo I del titolo II del libro I del codice civile e del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 febbraio 2000, n. 361;

b) disponibilità di locali ed attrezzature adeguati al tipo di attività prescelta;

c) personale in possesso di adeguati titoli formativi in materia di psichiatria e in numero sufficiente.

5. Per le attività a carattere socializzante e riabilitativo di tipo non sanitario i dipartimenti di psichiatria possono avvalersi anche della collaborazione di organizzazioni di volontariato ai sensi dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e delle disposizioni vigenti in materia.

ART. 4.

(Trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattie mentali).

1. Gli interventi per accertamenti diagnostici, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono, di norma, volontari. I suddetti interventi sono attuati dai servizi e presidi psichiatrici territoriali ed ospedalieri del SSN, di cui all'articolo 3.

2. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono interventi terapeutici, il TSO per malattia mentale è attuato dopo che sia stato espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se questi è minore di quattordici anni, dei genitori o di chi esercita la potestà parentale. Il suddetto trattamento deve essere effettuato nel rispetto dei criteri di protezione del paziente e di soggetti terzi ed altresì con la modalità meno invasiva possibile, compatibilmente al contesto generale di ogni singola situazione contingente.

3. Il TSO per malattia mentale prevede, qualora esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, l'erogazione di cure che possono essere prestate a domicilio ovvero, se tali

cure non sono praticabili presso il domicilio del paziente, in condizioni di degenza ospedaliera.

4. Il TSO si articola in:

a) TSO di urgenza, che prevede l'immediato ricovero del paziente presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, ha validità per un massimo di settantadue ore e non è rinnovabile. Tale trattamento deve essere effettuato unicamente qualora si riscontrino alterazioni psichiche tali da arrecare danno o pregiudizio al malato o a terzi. I medici del servizio psichiatrico di diagnosi e cura possono, ove non ravvisino gli estremi di urgenza, rifiutare il ricovero od interromperlo, avvisando tempestivamente il medico curante, i familiari o il tutore e il centro di salute mentale;

b) TSO che può essere effettuato:

1) qualora una persona, verosimilmente affetta da patologia psichica e, pertanto, bisognosa di accertamenti e di cure, non essendo in grado di valutare il proprio stato di salute, non accetti volontariamente i necessari accertamenti diagnostici o gli interventi terapeutici, esponendosi, così, al rischio di un aggravamento del proprio stato;

2) se le condizioni di salute mentale del paziente possano ricevere un oggettivo miglioramento dalle prestazioni di cura ovvero un sensibile peggioramento dalla loro mancanza;

3) nel caso in cui, conseguentemente allo stato di malattia, il paziente sia incapace di provvedere a se stesso, di tutelare i suoi interessi ovvero sia pericoloso per la salute fisica e psichica, per i beni e per la sicurezza propri ed altrui.

5. Il TSO può consistere in visite mediche a domicilio o presso il centro di salute mentale, in somministrazione a domicilio dei farmaci, in ricoveri presso le strutture residenziali e di alloggio, nonché presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, in esami clinici e di laboratorio presso ospedali pubblici e convenzionati. Esso ha una durata massima di un mese

ed è prorogabile per un massimo di due volte. Può essere richiesto dal medico di base o di guardia medica, da uno psichiatra o dal personale socio-sanitario del centro di salute mentale, ma deve essere confermato, dall'*équipe* multidisciplinare del centro di salute mentale territorialmente competente, entro le settantadue ore successive all'effettuazione del trattamento stesso, ovvero, qualora si tratti di TSO di urgenza, entro quarantotto ore dall'avvenuto ricovero.

6. Il TSO, sia esso adottato con procedura di urgenza o meno, deve essere effettuato, di norma, con personale sanitario e infermieristico e garantendo il massimo rispetto delle relazioni sociali e della dignità del malato. Solo qualora si ravvisi una situazione di evidente pericolosità può essere richiesto l'intervento della forza pubblica, che interviene con la sola funzione di protezione nei confronti degli operatori. Se il TSO viene effettuato mediante ricovero in struttura residenziale od ospedaliera, nella scelta della struttura medesima, ove possibile, deve essere rispettata l'indicazione fornita dal malato, dai familiari o dal tutore dello stesso ovvero dagli operatori sociali che l'hanno in cura. Il responsabile del centro di salute mentale, appena viene attuata la convalida del TSO di cui al comma 5, deve inoltrare alla commissione per i diritti del malato psichico, di cui all'articolo 7, la notifica del TSO con motivazione dello stesso, gli obiettivi del trattamento medesimo, nonché la sua presumibile durata. Con uguale sollecitudine lo stesso responsabile deve inviare alla suddetta commissione eventuali ricorsi dei malati avverso il TSO.

ART. 5.

(Dimissione in affidamento).

1. La dimissione in affidamento di un paziente ricoverato in regime di TSO è una modalità di intervento attuata nei seguenti casi e con le seguenti modalità:

a) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura può disporre, in

accordo con il tutore, la dimissione in affidamento di un paziente, mantenendo il regime di TSO, quando:

1) il paziente, nel corso del ricovero, ha raggiunto un sufficiente stato di compenso psichico e la sua malattia non trarrebbe ulteriore giovamento dal prolungamento del ricovero medesimo;

2) è improbabile che il paziente, se dimesso e affidato a se stesso, sia in grado di badare a sé e di sottoporsi con regolarità alle necessarie cure o di tutelarsi da maltrattamenti o tentativi di sfruttamento o di guardarsi dal commettere azioni gravemente irresponsabili;

3) il paziente non si oppone ad essere dimesso ed affidato a terzi, pur mantenendo il regime di TSO, ed appare disponibile ad accogliere le regole dell'affidamento;

4) vi sia una persona idonea a svolgere i compiti dell'affidatario e sia altresì garantita una collocazione adeguata alle necessità di cura del paziente;

b) l'equipe multidisciplinare del centro di salute mentale, ricevuta, da parte del responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, immediata comunicazione dell'avvenuta dimissione in affidamento, presa visione della documentazione inviata, che deve includere il parere del tutore, effettuati gli accertamenti e le indagini ritenuti opportuni, esaminati eventuali esposti presentati dal paziente o da qualsiasi altra persona interessata, convalida, nel tempo massimo di sette giorni, la dimissione in affidamento e la contestuale nomina, effettuata dal responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, dell'affidatario;

c) la nomina di affidatario può essere data a:

1) un familiare;

2) qualsiasi altra persona o nucleo familiare ritenuto idoneo, ad eccezione del tutore, che nel suo ruolo di sostegno del paziente e di difensore dei suoi diritti deve rimanere figura indipendente, in rapporto

dialettico con l'affidatario e con il personale curante;

d) l'affidatario ha il compito di assistere, proteggere, consigliare il paziente, di garantire che sia adeguatamente alloggiato, nutrito e vestito, nel rispetto di condizioni igieniche personali ed ambientali decorose, di vigilare sul suo stato di salute fisica e psichica e di garantire la regolare assunzione delle terapie prescritte, riferendone costantemente al personale curante, nonché di assicurare la sua presenza alle visite di controllo;

e) il paziente, al momento della dimissione, deve essere a conoscenza dei compiti dell'affidatario ed impegnarsi a non ostacolare il loro regolare svolgimento;

f) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura verifica il buon andamento della dimissione in affidamento e, qualora insorga un sensibile peggioramento delle condizioni psichiche del paziente, con l'impossibilità di proseguire nelle cure necessarie, dispone la revoca della dimissione in affidamento. Qualora la situazione assuma le caratteristiche dell'urgenza o della pericolosità per il paziente o per terzi, le autorità sanitarie supportate, se necessario, dalle autorità di pubblica sicurezza, accompagnano il paziente al servizio psichiatrico di diagnosi e cura e danno avvio alle procedure di TSO di urgenza, di cui all'articolo 4, comma 4, lettera a). Nell'arco delle quarantotto ore successive alla revoca della dimissione in affidamento, l'*equipe* multidisciplinare del centro di salute mentale, effettuati gli opportuni accertamenti e indagini, esaminati gli eventuali esposti fatti dal paziente o da chiunque altro sia interessato, convalida la revoca della dimissione in affidamento ed eventualmente valuta la soluzione più idonea per il paziente;

g) il responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura può, motivando la sua decisione, sostituire l'affidatario o modificare la collocazione del paziente, in accordo con il tutore e dandone imme-

diata comunicazione all'*equipe* multidisciplinare del centro di salute mentale che, entro sette giorni, effettuati gli opportuni accertamenti e le indagini ritenuti necessari, esaminati gli esposti presentati dal paziente o da qualunque altra persona interessata, convalida la disposizione.

ART. 6.

(Cessazione del TSO).

1. La cessazione di accertamenti e di TSO è attuata nei seguenti casi e con le seguenti modalità:

a) il responsabile del centro di salute mentale può disporre immediatamente la cessazione di ogni tipo di accertamento, TSO o dimissione in affidamento qualora le condizioni cliniche del paziente consentano di considerarlo sufficientemente migliorato o quando il paziente medesimo dia valido consenso e dimostri affidabilità riguardo alla continuazione, in trattamento volontario, delle terapie necessarie;

b) il responsabile del centro di salute mentale comunica l'avvenuta cessazione del TSO alla commissione per i diritti del malato psichico di cui all'articolo 7, che ne prende atto per quanto di competenza;

c) con la cessazione decadono automaticamente ed immediatamente le nomine del tutore e dell'affidatario ed ogni loro compito.

ART. 7.

(Commissione per i diritti del malato psichico).

1. Presso ogni sede del tribunale per i diritti del malato è istituita una commissione per i diritti del malato psichico, avente funzioni ispettive e di controllo. Tale commissione è composta da un giudice, che la presiede, da uno psichiatra con almeno dieci anni di attività professionale in strutture pubbliche o private convenzionate, da un assistente sociale con

almeno cinque anni di attività professionale in strutture pubbliche o private convenzionate e da un rappresentante delle associazioni dei familiari presenti sul territorio. I membri della commissione durano in carica quattro anni e vengono estratti a sorte da un elenco di dieci candidati fornito, rispettivamente, dalle relative associazioni di categoria e dalle associazioni dei familiari presenti sul territorio.

2. La commissione per i diritti del malato psichico, che può anche avvalersi dell'opera di consulenti aggiunti, decide in merito a:

a) l'esame dei ricorsi, avverso le decisioni dell'*equipe* multidisciplinare del centro di salute mentale sui TSO, sulle dimissioni in affidamento e sulle cessazioni del TSO, da parte dei malati o di chiunque ne abbia interesse;

b) i reclami e le segnalazioni da parte dei cittadini sul funzionamento delle strutture operanti nel territorio, al fine di valutare l'opportunità di avviare procedimenti di carattere civile o penale.

3. L'opposizione ed i relativi ricorsi concernenti le disposizioni di cui agli articoli 4, 5 e 6, sono attuati con le seguenti modalità:

a) il malato, o chiunque ne abbia interesse, ha la possibilità di rivolgersi in qualsiasi momento alla commissione per i diritti del malato psichico per chiedere la revoca o la modifica dei termini del TSO o della dimissione in affidamento, nonché al fine di contestare la cessazione del TSO. Il ricorso non può essere presentato più di una volta nel corso del TSO o della dimissione in affidamento, fatta salva la possibilità di ripresentarlo, qualora il medesimo trattamento venga rinnovato. La citata commissione ha l'obbligo di comunicare per iscritto le sue decisioni entro una settimana dall'avvenuto ricevimento del ricorso;

b) avverso le decisioni della commissione per i diritti del malato psichico è ammesso ricorso al tribunale competente

per territorio. Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore o farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso. Quest'ultimo può essere presentato al tribunale mediante semplice lettera scritta. Il presidente del tribunale decide entro dieci giorni, sentite le parti ed il pubblico ministero. I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo;

c) la presentazione di opposizioni e ricorsi non ha effetto sospensivo sugli atti e sulle decisioni contestati.

ART. 8.

(Diritti del malato psichico e dei suoi familiari).

1. Il malato psichico ha diritto, ove il suo stato di salute e la sua capacità relazionale lo rendano possibile, a svolgere un lavoro. Il centro di salute mentale ha l'obbligo di ricercare le soluzioni lavorative più consone allo stato psico-fisico e relazionale del malato, nonché di supportare la sua attività lavorativa, in modo che quest'ultima sia di reale utilità alla azienda in cui è inserito. Qualora venga meno la capacità del malato a svolgere un lavoro in una struttura normale, gli deve essere proposto un lavoro in una delle strutture protette allo scopo istituite. Il malato psichico deve ricevere dalla sua attività un emolumento, corrispondente al valore economico del lavoro effettivamente svolto, dal quale devono essere detratte eventuali spese per gli operatori e le strutture. Al malato spetta comunque non meno di un terzo dell'emolumento di sua competenza.

2. Il malato o il genitore esercitante la potestà o il tutore o i familiari hanno diritto a scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e di supporto. A tale fine, le strutture del territorio di appartenenza possono essere adeguatamente proposte, ma non possono essere oggetto di scelta obbligata.

3. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati pericolosi. Le regioni devono prevedere, entro quattro mesi dall'approvazione del piano regionale psichiatrico, forme di sostegno economico al coniuge o al convivente e ad altri familiari disponibili a mantenere in famiglia il malato. Il centro di salute mentale deve operare affinché, in tale ipotesi, i familiari ottengano i necessari aiuti, nonché adeguate pause nella convivenza stessa.

4. Il malato ed i familiari devono essere incentivati a costituire liberamente associazioni finalizzate alla difesa dei loro interessi. Tali associazioni vengono consultate, in via preliminare e prioritaria, in merito a tutte le decisioni adottate, in materia psichiatrica, dalla regione o dalla comunità montana, ovvero dalla conferenza dei sindaci.

ART. 9.

(Assistenza alle famiglie).

1. Al fine di assicurare alle famiglie dei soggetti affetti da minorazioni psichiche il sostegno e l'assistenza necessari per favorire la cura ed il recupero, tutte le spese necessarie sono a carico del SSN.

2. È istituito il Fondo a sostegno delle famiglie per i malati psichici, presso il Ministero della sanità, da ripartire tra le regioni al fine di fare fronte alle spese legali per i reati commessi e per il risarcimento dei danni provocati dai soggetti di cui alla presente legge.

3. Le famiglie interessate ad usufruire delle provvidenze economiche di cui al comma 2 devono presentare per iscritto apposita richiesta accompagnata da certificazione medica; la certificazione deve essere motivata e deve riferire le notizie anamnestiche.

ART. 10.

(Divieti).

1. È vietata ogni forma di pubblicità che non sia rispettosa della dignità del

malato psichico o che lo utilizzi a scopo commerciale. I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 500 mila a lire 50 milioni. L'estratto della sentenza o del provvedimento sanzionatorio deve essere pubblicato, a spese del committente la pubblicità, sui principali quotidiani locali o nazionali, a seconda che si tratti di pubblicità a diffusione locale o nazionale.

2. Sono altresì vietate le sperimentazioni cliniche psico-farmacologiche contro placebo. I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 2 milioni a lire 50 milioni.

ART. 11.

(Potere sostitutivo)

1. In caso di inosservanza da parte delle aziende ospedaliere o dei dipartimenti di psichiatria degli obblighi derivanti dalla normativa statale o regionale, le regioni, decorsi tre mesi dalla relativa richiesta, nominano dei commissari *ad acta* per l'adozione dei necessari provvedimenti.

2. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano non adempiano, entro i termini di cui al comma 1 del presente articolo, agli obblighi derivanti dall'attuazione della presente legge, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

ART. 12.

(Concessione delle strutture).

1. Per la realizzazione dei presidi di cui all'articolo 3 è prevista la concessione di strutture, che risultino idonee allo scopo, con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro delle finanze, adottato di concerto con il Ministro della sanità, possono essere concessi in uso, con convenzione di durata almeno ventennale, ai dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3, edifici, strutture ed

aree facenti parte del demanio o del patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti locali possono concedere in uso, con convenzione di durata almeno ventennale, ai dipartimenti di psichiatria, nonché agli enti ed associazioni convenzionati e del privato sociale, edifici, strutture ed aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3, anche solo parzialmente, le strutture di ospedali, aventi meno di 120 posti letto, destinati alla chiusura.

ART. 13.

(Commissione nazionale).

1. È istituita la Commissione nazionale permanente per la psichiatria, quale organo di consulenza scientifica. La Commissione è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

b) un rappresentante di ogni commissione regionale per la psichiatria di cui all'articolo 14;

c) un esperto del Ministero della sanità;

d) un esperto del Dipartimento per gli affari sociali;

e) un esperto del Ministero della giustizia;

f) tre esperti indicati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichici;

g) tre responsabili dei dipartimenti di psichiatria;

h) un rappresentante dell'associazione dei medici psichiatri.

2. La Commissione di cui al comma 1 ha i seguenti compiti:

a) acquisire elementi specifici di conoscenza sullo stato dell'assistenza psi-

chiatrica, sui programmi regionali e sui risultati ottenuti;

b) richiedere alle regioni i dati epidemiologici concernenti le patologie psichiatriche, raccolti dalla competente commissione regionale di cui all'articolo 14;

c) raccogliere ed elaborare dati statistici ed epidemiologici sull'andamento delle patologie psichiatriche, nonché promuovere studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico ed organizzativo, di intesa con il Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

d) fornire, ove richiesto, un'opera di consulenza alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano sugli *standard* essenziali dei servizi psichiatrici e sui criteri di progettazione e di realizzazione dei presidi di cui all'articolo 3;

e) indicare i criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte;

f) curare i rapporti con gli organismi internazionali e promuovere scambi di informazioni ed esperienze con altri Paesi;

g) verificare e coordinare i programmi di aggiornamento professionale;

h) elaborare verifiche sull'attuazione della presente legge, sul grado di soddisfazione degli utenti e degli operatori e su eventuali proposte da sottoporre al Ministero della sanità;

i) proporre al Ministro della sanità, entro sei mesi dalla istituzione della Commissione stessa, una carta dei diritti del paziente psichiatrico e un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici;

l) coordinare, a livello interregionale, la rete informatica di cui all'articolo 14, comma 1, lettera d), anche mediante la realizzazione di una banca dati nazionale.

3. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario

del Paese, in merito all'attuazione della presente legge.

ART. 14.

(Commissione regionale).

1. In ogni regione è istituita una commissione per la psichiatria, avente i seguenti compiti:

a) vigilare sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3;

b) verificare, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3;

c) raccogliere i dati epidemiologici concernenti le patologie psichiatriche;

d) garantire la realizzazione di una rete di tipo informatico che consenta il collegamento delle strutture di cui all'articolo 3, presenti nel territorio regionale;

e) coordinare la rete informatica di cui alla lettera d), anche mediante la realizzazione di una banca dati regionale.

2. La commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale ai servizi sociali, da esperti in psichiatria designati dalla regione e da due esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici.

ART. 15.

(Ufficio regionale di psichiatria).

1. Nell'ambito dei rispettivi assessorati alla sanità, le regioni istituiscono l'ufficio regionale di psichiatria, avente funzioni ispettive.

2. Le associazioni dei familiari dei malati psichici devono essere chiamate a fare parte delle commissioni ispettive, che sono istituite ai fini di cui al comma 1. Tali commissioni devono effettuare ispezioni almeno due volte l'anno su tutte le

strutture pubbliche e private esistenti nel territorio regionale. Esse hanno altresì il compito di promuovere l'avviamento di esperienze di riabilitazione lavorativa e l'istituzione di cooperative.

3. Le regioni sono tenute al costante controllo dell'aggiornamento professionale degli operatori psichiatrici ed a promuovere appositi corsi di formazione anche con la collaborazione di enti locali e di associazioni private.

ART. 16.

(Finanziamento).

1. Per l'attuazione della presente legge e per la gestione complessiva dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 3, è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale, per gli interventi di costruzione e ristrutturazione delle strutture previste dalla presente legge. È altresì vincolata una quota pari all'8 per cento dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni.

2. I finanziamenti di cui al comma 1 sono attribuiti ad ogni regione ed alle province autonome di Trento e di Bolzano e sono assegnati ai relativi dipartimenti di psichiatria.

ART. 17.

(Abrogazione).

1. La legge 13 maggio 1978, n. 180, è abrogata.

