



DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori CARRARA, BIANCONI e COLLI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 MAGGIO 2008

Modifiche alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia
di assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. - La singolarità che ha da sempre caratterizzato la psichiatria rispetto alle altre specializzazioni della medicina è nella differenza, talvolta radicale, fra l'area di riferimento razionale in cui si muove il medico e quella in cui si muove il malato. Un'area, quest'ultima, caratterizzata dalla mancanza di critica di malattia, dalla gravissima frattura del rapporto di realtà e quindi, in una parola, dalla incapacità del malato di esprimere sia un valido consenso sia un valido dissenso alla presa in carico terapeutica.

La riforma psichiatrica varata nel 1978 con la legge 13 maggio 1978, n. 180, di seguito denominata «legge n. 180», ha aperto la via a profondi cambiamenti culturali ed organizzativi a tutti i livelli delle istituzioni pubbliche preposte al settore. La nuova disciplina legislativa ha postulato un diverso approccio alla malattia mentale, modificando gli obiettivi fondamentali dell'intervento pubblico dal controllo sociale dei malati di mente alla promozione della salute e della prevenzione dei disturbi mentali, spostando l'asse portante delle istituzioni assistenziali dagli interventi fondati sul ricovero ospedaliero a quelli incentrati sui servizi territoriali.

In questo senso la «legge n. 180» ha voluto affrontare con estrema cautela la materia rappresentata dall'obbligatorietà dei trattamenti, intuendo i sottesi rischi di rimanicomializzazione da un lato e di paralisi operativa nell'assistenza psichiatrica dall'altro.

In effetti, una sorta di processo di rimanicomializzazione si può intravedere in quelle condotte operative che intendano correlare il dissenso, non validamente espresso dai malati di mente, con un intervento «sanitario» obbligatorio finalizzato al controllo soprattutto comportamentale dei malati stessi, controllo che, quando impossibile da otte-

nersi mediante la somministrazione di «terapie», deve comunque ottenersi in termini custodialistici, sfruttando cioè l'obbligo di residenza implicito nell'obbligo di trattamento residenziale, secondo il ragionamento, tutto manicomiale, per cui se i comportamenti malati non sono stati «guariti» dal trattamento, quel medesimo trattamento, ancorché inefficace, deve continuare e il malato deve rimanere rinchiuso. Dove non arrivano le cure, arrivano dunque i muri di recinzione, ovviamente solo ai fini di una pretesa tranquillità sociale.

Attualmente il principale riferimento normativo in materia di sanità psichiatrica si ritrova nella legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, in particolare agli articoli 33, 34 e 35. In questi ultimi, infatti, sono confluiti i contenuti sostanziali della «legge n. 180». Ciò ha portato l'ordinamento italiano a non avere una legge specifica per la tutela della salute mentale, che rientra così nei compiti istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

Il presente disegno di legge prevede una serie di modifiche alla suddetta legge che, in sintesi, mirano a:

- a) snellire le procedure di trattamento sanitario obbligatorio psichiatrico;
- b) istituire trattamenti sanitari extra-ospedalieri;
- c) ristrutturare, in senso liberale, il sistema delle garanzie.

Ad oggi, infatti, il procedimento di autorizzazione per i trattamenti sanitari obbligatori psichiatrici è piuttosto complesso: la proposta motivata del medico deve essere convalidata da un altro medico dell'azienda sanitaria locale. Il provvedimento inoltre ha una validità di soli sette giorni, con la necessità di frequenti disposizioni di proroga.

Tale procedura, piuttosto gravosa e articolata, è stata originariamente pensata per evitare rischi di abuso e per assicurare all'infermo di mente idonea tutela giuridica nella fase della decisione amministrativa. Tuttavia tali rischi si sono dimostrati inesistenti e sicuramente contrastati sufficientemente dall'azione degli stessi psichiatri del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero (SPDCO), cosicché la procedura è divenuta solo un inutile ostacolo alla cura e all'assistenza obbligatoria del malato.

L'articolo 3 del presente disegno di legge, riscrivendo l'articolo 35 della legge n. 833 del 1978, semplifica il procedimento relativo ai trattamenti sanitari obbligatori (TSO) in condizioni di degenza ospedaliera, prevedendo che il TSO ospedaliero venga disposto dal sindaco entro dodici ore dalla proposta medica motivata, eseguito entro e non oltre le successive quarantotto ore e annullato o convalidato dal medico psichiatra del SPDCO.

Quest'ultimo può altresì, sulla base della propria valutazione personale: dimettere il paziente annullando il TSO; trasformare il TSO in trattamento sanitario volontario oppure attuare il TSO come trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero (TSOO).

La durata del TSO viene fissata in trenta giorni, trascorsi i quali, decade automaticamente anche se è soggetta a proroghe mensili sempre su proposta del medico psichiatra del SPDCO, con relativa ordinanza sindacale.

Queste modifiche vogliono garantire che i TSO, superando il dissenso del malato, trovino una loro ragion d'essere in un progetto continuamente riveduto, corretto e rifinalizzato al fine di scongiurare l'instaurarsi di una residenzialità vuota, deprofessionalizzata, senza risultati dichiarati e attesi, senza prospettive di osmosi verso un livello di minor disautonomia.

In questa direzione si muovono in particolare le disposizioni previste dall'articolo 4 che istituisce i TSO extra-ospedalieri, pensati anche questi, essenzialmente, come obbligo

di trattamento piuttosto che come obbligo di residenza. Trattamento significa un programma, significa un'entrata e un'uscita, significa controllo dei risultati onde evitare rischi di rimanicomializzazione legata al concetto di residenza e custodia.

In questo senso e con queste specifiche garanzie, si ipotizzano due tipi di TSO extra-ospedalieri:

a) di tipo domiciliare, con l'obbligo per il paziente di seguire un programma ambulatoriale o semiresidenziale predisposto dal medico psichiatra del Centro di salute mentale (CSM);

b) di tipo riabilitativo residenziale comunitario, con l'obbligo per il paziente di seguire un programma terapeutico riabilitativo di tipo residenziale, con sede principale presso una comunità terapeutica, anch'esso predisposto dal medico psichiatra del CSM.

La durata di tali trattamenti è fissata in sei mesi, prorogabili a giudizio del medico psichiatra del CSM, previo parere del medico psichiatra responsabile della comunità terapeutica nel caso di TSO extra-ospedaliero riabilitativo residenziale comunitario.

Infine il presente disegno di legge ristruttura, in senso liberale, il sistema delle garanzie che ad oggi, in base all'attuale normativa, è risultato inefficace per la reale tutela del malato.

Viene così ridefinito all'articolo 4, capoverso articolo 35-ter, il ruolo del giudice tutelare che in pratica è stato privato di autonomia di giudizio e, oseremmo dire, è stato relegato ad un semplice ratificatore di decisioni altrui, investendolo di maggiore potere decisionale in ordine all'attivazione della commissione psichiatrica di garanzia istituita con il successivo articolo 35-quater. L'istituzione di tale commissione è importante al fine di creare un organismo *super partes* che contempererà le decisioni dei prescrittori ed esecutori del TSO e che sia effettivamente garante, rispondendo al giudice tutelare, dei diritti dei malati.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) nella rubrica sono soppresse le parole: «gli accertamenti ed»;

b) al primo comma sono soppresse le parole: «Gli accertamenti ed»;

c) al secondo comma sono soppresse le parole: «accertamenti e»;

d) il terzo comma è sostituito dal seguente:

«I trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria, su proposta motivata di qualsiasi medico autorizzato all'esercizio della professione sul territorio dello Stato.»;

e) il quarto comma è sostituito dal seguente:

«I trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presidi e servizi sanitari pubblici e privati accreditati e, ove necessari la degenza ospedaliera, esclusivamente nelle strutture ospedaliere pubbliche accreditate.»;

f) al quinto comma, nel primo periodo, sono soppresse le parole: «Gli accertamenti e» e, nel secondo periodo, le parole: «L'unità» sono sostituite dalle seguenti: «L'Azienda»;

g) all'ottavo comma, dopo le parole: «dieci giorni» sono inserite le seguenti: «anche avvalendosi di presidi di garanzia previsti dalla presente legge».

Art. 2.

1. All'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) nella rubrica sono soppresse le parole: «Accertamenti e»;

b) al primo comma, le parole: «della unità sanitaria locale» sono sostituite dalle seguenti: «delle aziende sanitarie locali»;

c) al terzo comma, dopo le parole: «presidi territoriali» sono inserite le seguenti: «ospedalieri ed»;

d) il quarto e il quinto comma sono sostituiti dai seguenti:

«Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) può essere proposto nei confronti del malato per il quale il medico proponente, di cui all'articolo 33, terzo comma, certifichi lo stato di malattia psichica e la necessità di cure medico-psichiatriche indifferibili a cui il paziente si oppone assolutamente. Può essere altresì proposto nei confronti del malato che si sottrae attivamente alla valutazione medica e per il quale il medico possa motivare il ragionevole sospetto di stato di malattia psichica necessitante di urgenti cure psichiatriche.

Nei casi di disposizione di provvedimento di TSO, con le modalità previste dal quarto comma del presente articolo nonché dall'articolo 33, terzo comma, il malato deve essere accompagnato alla valutazione psichiatrica presso l'ospedale generale in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale comprendenti anche i presidi e i servizi extra-ospedalieri, al fine di garantire la continuità terapeutica. I servizi ospedalieri di cui al presente comma sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale».

Art. 3.

1. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 35. - (*Procedimento relativo ai trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale*).
- 1. Il TSO in condizioni di degenza ospedaliera è disposto con ordinanza del sindaco del comune in cui il malato è stato visitato, da emanare entro dodici ore dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma. Copia dell'ordinanza è inviata contestualmente al giudice tutelare di cui all'articolo 35-ter ed all'ufficio di coordinamento dei medici di medicina generale (CMMG) presso l'azienda sanitaria locale competente.

2. Se il provvedimento di cui al comma 1 è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al comma 1 è adottato nei confronti di cittadini stranieri o apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto.

3. Il TSO è eseguito, quanto prima e comunque entro le successive quarantotto ore, dall'ufficio di vigilanza urbana, anche mediante l'impiego di idonea ambulanza, con l'accompagnamento del malato al servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero.

4. Il TSO è annullato o convalidato dal medico psichiatra del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero il quale può altresì, sulla base della propria valutazione professionale:

a) annullare il TSO e dimettere il paziente;

b) annullare il TSO e trasformarlo in trattamento sanitario volontario (TSV);

c) attuare il TSO come trattamento sanitario obbligatorio ospedaliero (TSOO).

5. Il medico psichiatra di cui al comma 4 è comunque tenuto a dare comunicazione scritta dell'avvenuta valutazione, entro quarantotto ore, al sindaco, al giudice tutelare e al CMMG presso l'azienda sanitaria locale. Analogamente il medico psichiatra provvede, nel corso del TSOO, a segnalare l'avvenuta cessazione dello stesso e l'eventuale trasformazione in TSV.

6. La omissione di comunicazioni, previste dalla presente legge, determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

7. Il TSOO dura di norma trenta giorni, trascorsi i quali decade automaticamente. Può essere prorogato di trenta giorni in trenta giorni su proposta del medico psichiatra del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero con relativa ordinanza sindacale e segnalazione al giudice tutelare e alla azienda sanitaria locale competente».

Art. 4.

1. Dopo l'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono inseriti i seguenti:

«Art. 35-bis. - (*Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale extra-ospedalieri*). - 1. Nei casi in cui, successivamente alla prima naturale scadenza del TSOO, di cui all'articolo 35, comma 7, il malato versi in condizioni psichiche che richiedano l'applicazione di idoneo trattamento terapeutico riabilitativo territoriale di medio o lungo periodo a cui il malato, per ragioni di malattia, si opponga, può essere disposto il trattamento sanitario obbligatorio extra-ospedaliero (TSO extra-ospedaliero).

2. Il TSO extra-ospedaliero è proposto e convalidato da due medici psichiatri del Dipartimento di salute mentale, di cui uno operante nel centro di salute mentale di riferimento, ed è disposto con ordinanza, entro quarantotto ore dalla proposta, dal sindaco

del comune dove è ubicato il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura ospedaliero; copia dell'ordinanza è inviata al giudice tutelare e al CMMG presso la competente azienda sanitaria locale.

3. Il TSO extra-ospedaliero può essere:

a) di tipo domiciliare, che comporta l'obbligo per il paziente di seguire un programma ambulatoriale o semiresidenziale predisposto dal medico psichiatra del Centro di salute mentale (CSM) e allegato, sotto la forma del certificato prescrittivo, alle espresse proposta e convalida; il medico psichiatra del CSM può avvalersi, al fine di attuare il previsto programma di TSO, dell'ufficio di vigilanza urbana; il medico psichiatra del CSM prende atto della cessazione delle condizioni di opposizione del malato trasformando il trattamento di cui alla presente lettera in TSV domiciliare e dandone segnalazione al sindaco, al giudice tutelare e al CMMG presso l'azienda sanitaria locale competente;

b) di tipo riabilitativo residenziale comunitario, che comporta l'obbligo per il paziente di seguire un programma terapeutico riabilitativo di tipo residenziale, con sede principale presso una comunità terapeutica, predisposto dal medico psichiatra del CSM e allegato, sotto la forma del certificato prescrittivo, alle espresse proposta e convalida; la comunità terapeutica è individuata fra quelle accreditate e non può avere dimensioni di capienza superiore ai venti posti letto; il medico psichiatra del CSM può avvalersi, al fine di attuare il previsto programma di TSO, dell'ufficio di vigilanza urbana; il medico psichiatra del CSM, tenuto conto del parere dello psichiatra responsabile della comunità terapeutica, prende atto della cessazione delle condizioni di opposizione del malato trasformando il trattamento di cui alla presente lettera in TSV e dandone segnalazione al sindaco, al giudice tutelare e al CMMG presso l'azienda sanitaria locale competente.

4. I TSO extra-ospedalieri hanno la durata di sei mesi e possono essere prorogati a giudizio del medico psichiatra del CSM, sentito, nel caso di TSO extra-ospedaliero di cui al comma 3, lettera *b*), il medico psichiatra responsabile della comunità terapeutica; della cessazione o della proroga è data comunicazione al sindaco, al giudice tutelare e al CMMG presso l'azienda sanitaria locale competente.

5. Il medico psichiatra del CSM, nel caso del TSO extra-ospedaliero, di cui al comma 3, lettera *a*), e il medico psichiatra responsabile della comunità terapeutica, nel caso del TSO extra-ospedaliero, di cui al comma 3, lettera *b*), possono in ogni momento e in relazione alle accertate condizioni cliniche del malato procedere:

a) al trasferimento del paziente al TSOO;

b) alla trasformazione del TSO in TSV;

c) alla dimissione definitiva del malato;

d) alla dimissione del malato dal TSO extra-ospedaliero di cui al comma 3, lettera *b*), per passaggio al TSO extra-ospedaliero di cui al comma 3, lettera *a*).

6. Delle decisioni di cui al comma 5 è data comunicazione al sindaco, al giudice tutelare e CMMG presso l'azienda sanitaria locale competente, da parte del medico procedente.

Art. 35-ter. - (Ruolo del giudice tutelare).

- 1. Il giudice tutelare può, in ogni momento e motivatamente, annullare le procedure di TSO, previste dalla presente legge, dandone avviso al medico psichiatra competente, al sindaco e al CMMG presso l'azienda sanitaria competente.

2. Il giudice tutelare può attivare, durante lo svolgimento di un TSOO o di un TSO extra-ospedaliero e ogniqualvolta lo ritenga opportuno, una procedura di garanzia incaricando la commissione psichiatrica di garanzia, di cui all'articolo 35-*quater*, di un sopralluogo. Il giudice tutelare tiene conto di

eventuali richieste di attivazione della commissione psichiatrica di garanzia provenienti dal sindaco, dal malato in trattamento obbligatorio o da chiunque ne abbia interesse.

3. Il giudice tutelare deve attivare, durante lo svolgimento di un TSOO o di un TSO extra-ospedaliero, della durata superiore, per proroghe, ai sei mesi, una procedura di garanzia incaricando la commissione psichiatrica di garanzia di un sopralluogo. In caso di ulteriore prosieguo del trattamento, il sopralluogo è disposto annualmente.

Art. 35-quater. - (Commissione psichiatrica di garanzia). - 1. La commissione psichiatrica di garanzia, di seguito denominata «commissione» è presieduta e nominata dal giudice tutelare, mediante incarico non prorogabile conferito a due medici psichiatri specialisti, dipendenti dal Servizio sanitario regionale, in qualità di titolari e da due medici psichiatri specialisti, dipendenti dal Servizio sanitario regionale, in qualità di supplenti.

2. La commissione è attivata, con l'incarico di un sopralluogo, dal giudice tutelare, nei casi previsti dal comma 2 dell'articolo 35-ter, allo scopo di verificare le condizioni cliniche del malato (diagnosi), la correlata necessità di idoneo trattamento terapeutico o riabilitativo (necessità di cure e riabilitazione), il persistere dell'opposizione del malato al trattamento (opposizione al trattamento) ed esprimere quindi un giudizio di convalida o meno della procedura di TSO in corso.

3. La commissione ha competenza sui casi relativi a pazienti in riferimento assistenziale all'azienda sanitaria locale provinciale e dura in carica tre anni.

4. I commissari redigono e consegnano al giudice tutelare, entro cinque giorni dalla data dell'incarico e salvo concessione di proroga, relazione scritta.

5. A ciascuno dei commissari e per ciascun sopralluogo peritale è riconosciuto un compenso economico, a carico dell'azienda

sanitaria locale provinciale, pari al 50 per cento del compenso-base previsto per l'attività peritale psichiatrica in favore dei tribunali ai sensi dell'articolo 24 delle tabelle allegate al decreto del Ministro della giustizia 30 maggio 2002, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 182 del 5 agosto 2002, oltre al rimborso delle spese documentate.

6. Il paziente in TSO, nel caso di sopralluogo annuale, può segnalare preventivamente al giudice tutelare il nominativo di un medico psichiatra di propria fiducia che è autorizzato a partecipare, come consulente di parte, al sopralluogo. Di questa opportunità ogni paziente deve essere informato in forma scritta all'atto dell'inizio del TSO».

