

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1059

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato MORONI

Disposizioni per la prevenzione e la cura delle malattie mentali

Presentata il 9 giugno 2006

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge modifica e integra la legislazione vigente in materia di assistenza psichiatrica, come definita dalla normativa costituita dagli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge n. 833 del 1978, e successive modificazioni, a conferma ed integrazione della legge n. 180 del 1978.

Con la proposta di legge si intende sia salvaguardare alcuni principi introdotti con la citata legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, sia modificare indirizzi non adeguati, quando non dannosi, previsti dalla medesima legislazione.

Va salvaguardato e rafforzato il principio sanitario introdotto con la legislazione del 1978 per cui un malato psichiatrico va considerato come una persona bisognosa di cure, superando in tal modo lo spirito della legislazione del 1904 che considerava il malato psichiatrico come un pericolo sociale.

Poiché dall'esperienza fattuale in materia viene in evidenza un principio di realtà secondo il quale non può negarsi che entrambi gli aspetti (quello della malattia come psicopatologia e quello della malattia nella sua rilevanza sociale) sussistono ed anzi sono spesso concomitanti, la presente proposta di legge declina il principio della tutela sanitaria, evidenziando che la sua attuazione deve anche tenere presente l'impatto sociale della malattia psichiatrica.

Nello spirito del citato principio sanitario va garantito al malato un percorso sanitario completo, costituito da una assistenza territoriale ed ospedaliera che garantisca una reale continuità terapeutica.

L'attuale psichiatria territoriale ha avuto il pregio di valorizzare l'assistenza psichiatrica ambulatoriale; nella pratica ciò si è tradotto nella possibilità concreta per molti malati psichiatrici di rimanere

inseriti, assistiti e curati nel proprio contesto familiare, sociale e lavorativo, conservando una propria dignità ed esprimendo le proprie potenzialità.

È evidente che, dopo più di venti anni dall'entrata in vigore della legge di riforma psichiatrica del 1978, sono emersi problemi nuovi da affrontare e risolvere.

Da un lato la legge vigente definisce nel dettaglio l'attribuzione ai tecnici degli strumenti per intervenire in situazioni urgenti e di crisi, in merito alle quali è tuttavia necessario migliorare gli strumenti legislativi esistenti, salvaguardando il principio del ricovero per motivi sanitari, ma tenendo conto del contesto sociale in cui avviene l'assistenza del malato; dall'altro non è altrettanto precisa nel definire gli strumenti per affrontare quelle situazioni che potrebbero essere definite cronicamente gravi. Ci si riferisce a malati psichiatrici che per ragioni diverse non sono minimamente in grado di autogestirsi nel quotidiano, che rifiutano alternative valide ad un vivere nell'abbandono, a volte nel degrado, o da soli o in famiglie che soffrono e che loro stessi fanno soffrire. Ci si scontra a volte con situazioni drammatiche, per le quali la sola assistenza territoriale, anche intervallata da ricoveri, è assolutamente inefficace, e di fronte alle quali i tecnici non hanno strumenti di intervento adeguati. Ciò nella pratica ha determinato quei fenomeni di abbandono, che non erano nelle finalità della legge di

riforma del 1978 e che da questo punto di vista pongono la stessa legge e il manicomialismo sullo stesso livello, a causa della mancanza di cure adeguate per il mercato. Vi è quindi la necessità di salvaguardare alcuni contenuti di tale riforma, di implementarne altri e di superare ritardi ingiustificati.

In particolare deve essere superata la dicotomia tra percorsi assistenziali territoriali ed istituzionali intesi come ricovero in senso lato (dal gruppo appartamento, al ricovero per acuti), frutto di presupposti ideologici obsoleti, con un riequilibrio della assistenza psichiatrica nel nostro Paese, centrato sui bisogni del malato e che abbia come riferimento l'integrazione delle conoscenze delle grandi aree psicologica, farmaco-biologica e sociale.

La presente proposta di legge ha la finalità di garantire una risposta sanitaria sia territoriale che di ricovero secondo i bisogni espressi dai malati. Per tale fine l'assistenza psichiatrica territoriale ed istituzionale è articolata in una serie di servizi che rappresentano la tipologia di base (con la relativa dotazione di personale e di mezzi) per una realistica assistenza psichiatrica, alla luce delle esperienze di più di venti anni di applicazione della legge di riforma, tenendo anche conto del nesso tra finalità terapeutiche e risorse finanziarie, con lo sforzo di delineare una rete assistenziale qualificata per i malati sofferenti di disturbi psichici.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Principi generali).

1. La presente legge detta i principi generali dell'ordinamento in materia di assistenza psichiatrica, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.

2. Gli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati dai presìdi territoriali e ospedalieri del Servizio sanitario nazionale (SSN) e dalle strutture private convenzionate.

3. Le regioni a statuto ordinario e a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le disposizioni dei rispettivi statuti e delle relative norme di attuazione, adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge entro sei mesi dalla data della sua entrata in vigore.

ART. 2.

(Dipartimento di psichiatria).

1. Il Dipartimento di psichiatria (DP) è istituito presso ogni azienda sanitaria locale (ASL) per aree di popolazione fino a 150.000 abitanti. Nelle ASL eccedenti tale numero di abitanti è istituito un unico DP suddiviso in un numero di moduli dipartimentali, ognuno dei quali ricopre aree con popolazione non eccedente i 150.000 abitanti, fino a comprendere tutta la popolazione della ASL, salvo eventuali variazioni per documentate ed evidenti esigenze locali.

2. Il DP è un dipartimento a struttura, con direzione unica e con funzioni autonome di programmazione e di gestione.

3. Al DP sono attribuiti i seguenti compiti:

a) programmazione e coordinamento degli interventi di prevenzione, di cura e di

riabilitazione delle patologie psichiatriche nella popolazione adulta;

b) promozione della educazione sanitaria sui temi di pertinenza psichiatrica;

c) aggiornamento professionale del personale operante nel campo delle patologie psichiatriche;

d) raccolta e valutazione delle informazioni derivanti dalle attività di ricerca e diagnostiche effettuate sulle patologie specialistiche;

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

4. Il DP è diretto da un medico psichiatra.

5. Per l'attuazione dei compiti di cui al comma 3, al DP è attribuita una quota pari ad almeno il 7 per cento delle risorse finanziarie complessive della ASL di competenza.

6. Sono altresì destinate al DP come risorse aggiuntive quelle derivanti dalla vendita o dalla locazione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici.

7. Il DP è articolato nel servizio territoriale di psichiatria ed è in rapporto funzionale con il servizio psichiatrico ospedaliero istituito ai sensi dell'articolo 4.

ART. 3.

(Servizio territoriale di psichiatria).

1. Il servizio territoriale di psichiatria è costituito dai seguenti presidi: il centro di salute mentale, la comunità protetta residenziale, la casa alloggio e il centro diurno.

2. Il centro di salute mentale (CSM) garantisce l'assistenza per una popolazione compresa tra 50.000 e 75.000 abitanti e un orario compreso tra le ore 8 e le ore 20 per sei giorni alla settimana; qualora sia previsto, per comprovate esigenze locali, un orario di apertura di durata minore, si provvede all'individua-

zione di servizi sostitutivi per l'urgenza psichiatrica. In particolare, il CSM assicura attività di visita ambulatoriale e domiciliare programmata ed urgente, di consulenza e di *day hospital*. Le attività d'urgenza sono garantite durante gli orari di apertura del CSM e integrate con quelle del pronto soccorso psichiatrico. Ai fini della copertura dell'area di popolazione di competenza nonché dell'attuazione dei propri compiti, il CSM dispone di medici psichiatri, in numero non inferiore a uno ogni 10.000 abitanti domiciliati nel bacino d'utenza del CSM, di infermieri, in numero non inferiore a 1,5 ogni 10.000 abitanti domiciliati nel bacino d'utenza del CSM, di psicologi, in numero pari a quattro per un bacino d'utenza da 50.000 a 75.000 abitanti, e di ulteriori otto unità per un bacino d'utenza da 50.000 a 70.000 abitanti, tra le quali operatori appartenenti ai ruoli tecnici e dell'educatore professionale, dell'assistente sociale o ad altro profilo professionale assimilabile.

3. La comunità protetta residenziale è una struttura per lungodegenti cronici. Essa può ospitare al massimo dieci pazienti, assistiti da un turno di due infermieri, con la presenza o la supervisione di un medico. Sono previsti due posti letto ogni 10.000 abitanti dell'area di competenza del DP e sono garantite specifiche attività riabilitative personalizzate per ogni paziente.

4. La casa alloggio ospita i pazienti parzialmente autosufficienti. Essa ha una disponibilità abitativa massima di cinque persone, una dotazione di due posti letto ogni 10.000 abitanti domiciliati nell'area di competenza del DP ed è soggetta alla supervisione del CSM.

5. Il centro diurno è aperto ogni giorno feriale per almeno otto ore e accoglie pazienti con patologie psichiatriche croniche che necessitano di una assistenza farmacologica e di una terapia relazionale intensive, non garantite dalle cure ambulatoriali. È istituito un centro diurno per aree di popolazione non eccedenti i 100.000 abitanti.

ART. 4.

(Servizio psichiatrico ospedaliero).

1. Il servizio psichiatrico ospedaliero è istituito presso un'azienda ospedaliera o un ospedale della ASL dotati del dipartimento emergenza e accettazione (DEA), è posto alle dipendenze della direzione sanitaria della medesima struttura ospedaliera, garantisce l'assistenza per i pazienti psichiatrici acuti e subacuti ed è costituito dalle seguenti unità operative: la degenza psichiatrica acuta, il pronto soccorso psichiatrico, il *day hospital* e la degenza psichiatrica subacuta.

2. La degenza psichiatrica acuta (DPA) garantisce il ricovero dei pazienti con patologie psichiatriche acute sia volontari sia in trattamento sanitario obbligatorio. È individuata una dotazione minima in ambito provinciale e regionale di un posto letto ogni 10.000 abitanti domiciliati nell'area di competenza del DP. La dotazione ordinaria è altresì individuata in quindici posti letto con cinque medici e diciotto infermieri. I posti letto non possono comunque eccedere il numero di venti, fermo restando che l'assistenza medica e infermieristica è incrementata in maniera proporzionale al numero degli assistiti. La DPA assicura la consulenza psichiatrica alla struttura sanitaria nella quale è inserita; a tale fine, per ospedali eccedenti i 1.000 posti letto e per ogni 1.000 posti letto è garantita alla DPA una unità medica aggiuntiva.

3. Il pronto soccorso psichiatrico è istituito presso ogni azienda ospedaliera od ospedale dotato di DEA e ha compiti di osservazione e di trattamento dei casi urgenti psichiatrici a eziologia funzionale o funzionale-organica. Il pronto soccorso psichiatrico opera in stretta integrazione con l'attività d'urgenza del CSM, con i servizi di guardia medica, con le centrali operative del sistema di emergenza 118 nonché con il pronto soccorso generale. Il pronto soccorso psichiatrico, unitamente al servizio di urgenza territoriale, si configura come la struttura che garantisce consulenze e interventi psichiatrici di ur-

genza nell'intero arco delle ventiquattro ore e che provvede alla proposta e all'esecuzione degli accertamenti sanitari obbligatori in caso di mancato intervento da parte del servizio di urgenza territoriale. Il pronto soccorso psichiatrico dispone di una struttura di osservazione intensiva con cinque posti letto, eventualmente messi a disposizione della DPA, contigui al DEA, di tre medici per la copertura delle dodici ore diurne o con eventuale funzione di consulenza per la struttura ospedaliera, e di sei infermieri per i turni diurni. I turni notturni dei medici e degli infermieri sono organizzati utilizzando il personale del CSM.

4. Il *day hospital* è collegato funzionalmente alla DPA, ma è collocato in un'area autonoma. Il *day hospital* presta assistenza a pazienti esterni con patologie psichiatriche funzionali o funzionali-organiche. Nei casi di mancata istituzione del *day hospital*, le sue funzioni sono esercitate dal pronto soccorso psichiatrico.

5. La degenza psichiatrica subacuta provvede al ricovero dei pazienti dopo la fase acuta della patologia, garantendo la predisposizione e l'attuazione di programmi terapeutico-farmacologici, di riabilitazione e di terapia relazionale. La dotazione minima di posti letto in ambito provinciale e regionale è individuata in 1,5 posti letto ogni 10.000 abitanti dell'area di competenza del DP nonché in quattro medici per l'assistenza diurna e con reperibilità notturna e in venti infermieri per l'assistenza durante l'intero arco delle ventiquattro ore.

ART. 5.

(Sistema informativo nazionale di vigilanza dei pazienti a rischio).

1. È istituito il Sistema informativo nazionale di vigilanza dei pazienti a rischio (SINVIP) costituito da un programma centralizzato di telemedicina psichiatrica, eventualmente utilizzabile anche per i pazienti geriatrici e per i portatori di *handicap*, dotato di un sintonizzatore-decodificatore per ricezione di segnali, de-

nominato « *set top box* », ai sensi del regolamento di cui al decreto del Ministro delle poste e delle telecomunicazioni 25 luglio 1997, n. 307, con le seguenti caratteristiche tecniche:

- a) uscita PAL (televisore);
- b) uscita rete geografica;
- c) videocamera (*webcam*);
- d) antenna di ricezione *digital enhanced cordless telecommunication* (DECT) per segnale specifico di telemetria e telemedicina.

2. Il SINVIP è finalizzato al monitoraggio in tempo reale al fine dell'individuazione dell'identità del paziente e dei suoi parametri di interesse sanitario, tramite un segnale specifico telemetrico DECT. Il SINVIP consente, altresì, al medico specialista di individuare la scelta più appropriata di percorso sanitario per il malato, sulla base della conoscenza della sua anamnesi prossima e remota effettuata in tempo reale e, eventualmente, di richiedere l'inserimento del paziente stesso nel SINVIP qualora questi ne sia escluso.

ART. 6.

(Accertamenti e trattamenti sanitari psichiatrici volontari e obbligatori).

1. Gli accertamenti e i trattamenti sanitari relativi alle malattie mentali sono di norma volontari e sono attuati dai servizi e dai presidi territoriali e ospedalieri, pubblici e privati accreditati, di cui agli articoli 1, 3 e 4.

2. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono interventi terapeutici, gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono attuati dopo che è stato espletato ogni valido tentativo volto a ottenere il consenso del paziente o, in caso di minori di quattordici anni, dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale.

3. L'accertamento sanitario obbligatorio è richiesto, motivandolo, da un medico della struttura pubblica o privata conven-

zionata, disposto con ordinanza dal sindaco del comune in cui si trova il paziente, eseguito dalla polizia municipale del medesimo comune, prevedendo l'eventuale intervento delle Forze dell'ordine nel caso si ipotizzino reati, e attuato presso il CSM nelle ore diurne o presso il pronto soccorso psichiatrico nelle ore notturne e nei giorni festivi.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) può essere domiciliare od ospedaliero.

5. Il TSO domiciliare prevede la proposta motivata circa la psicopatologia del paziente da parte di un medico e la convalida da parte di un medico psichiatra della struttura pubblica, se esistono le seguenti condizioni:

a) il paziente non è in grado di giudicare il proprio stato e non accetta le terapie proposte ovvero, pur manifestando il suo consenso alle terapie, ne impedisce la corretta attuazione;

b) l'evidenza clinica dimostra che il paziente può avere un miglioramento della sua psicopatologia dalla attuazione della terapia proposta.

6. La procedura del TSO domiciliare prevede: la convalida di ricovero obbligatorio, con specificazione dei tempi, dei modi e dei luoghi in cui la stessa terapia sarà praticata; l'ordinanza di ricovero disposta dal sindaco del comune competente, che è attuata, secondo le modalità e i tempi specificati nella richiesta, dalla polizia municipale e dagli operatori del CSM, con eventuale presenza delle Forze dell'ordine nel caso si ipotizzino reati. Entro quarantotto ore dalla sua emanazione, il sindaco trasmette l'ordinanza di ricovero obbligatorio al giudice tutelare, il quale entro le successive quarantotto ore provvede o meno alla sua convalida. Il TSO ha la durata di quattro settimane, è rinnovabile e decade quando non sussistono più le condizioni che l'hanno determinato. È altresì previsto un TSO in comunità terapeutica al quale si applica la medesima procedura prevista dal presente comma per il TSO domiciliare.

7. Il TSO ospedaliero può essere ordinario o d'urgenza.

8. Il TSO ospedaliero ordinario è disposto quando:

a) il paziente non è in grado di giudicare il proprio stato e non accetta le terapie proposte;

b) l'evidenza clinica dimostra che il paziente può avere un miglioramento nella sua psicopatologia dalla attuazione della terapia proposta;

c) non è praticabile una terapia domiciliare o è seriamente compromessa la possibilità che essa possa essere attuata, anche se il paziente ha manifestato il suo consenso;

d) è stato dato il consenso informato al ricovero da parte di un familiare di primo grado del paziente, oppure, in assenza di tale familiare, esistono le condizioni previste dal protocollo del TSO, in particolare in merito alla compatibilità del ricovero con lo stato psicopatologico e il contesto sociale. Il protocollo del TSO è stabilito con apposito regolamento adottato con decreto del Ministro della salute entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

9. La procedura del TSO ospedaliero ordinario prevede: la richiesta di ricovero motivata circa la psicopatologia del paziente da parte di un medico; la convalida di tale richiesta da parte di un medico psichiatra della struttura pubblica che attesta una o più delle condizioni di cui alle lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)* del comma 8; l'ordinanza di ricovero da parte del sindaco del comune in cui si trova il paziente. Se il paziente è reperito dalla polizia municipale, entro una settimana dalla data dell'emanazione dell'ordinanza del sindaco, egli è ricoverato presso la DPA ed in tale caso la validità dell'ordinanza è prorogata di tre settimane dalla data di emanazione. Se il paziente non viene reperito entro una settimana dalla data di emanazione dell'ordinanza, la stessa cessa di avere efficacia dopo tale periodo. Entro le quarantotto ore successive al ricovero del paziente, il sin-

daco trasmette l'ordinanza di ricovero obbligatorio al giudice tutelare che, nelle quarantotto ore successive, provvede o meno alla convalida della stessa ordinanza.

10. Il TSO ospedaliero d'urgenza è disposto sulla base dei criteri di cui al comma 8 e quando le condizioni cliniche del paziente richiedono una immediata ospedalizzazione. Si applica la procedura del TSO ospedaliero ordinario con l'ulteriore previsione del ricovero urgente presso la DPA, in virtù dello stato di necessità, ai sensi dell'articolo 54 del codice penale e nelle more dell'emanazione dell'ordinanza di ricovero obbligatorio. All'attuazione del TSO d'urgenza sono deputati gli operatori sanitari e le Forze dell'ordine.

11. Il TSO, sia domiciliare sia ospedaliero, è sospeso qualora il paziente esprima il proprio consenso informato all'attuazione delle terapie necessarie.

ART. 7.

(Servizi di psichiatria ed università).

1. Gli istituti e le cliniche universitarie delle facoltà di medicina, nei quali si effettuano corsi di specializzazione in psichiatria, devono essere dotati di almeno un DP, che assicura l'attività assistenziale e di formazione degli specializzandi, ove necessario con il concorso del personale regionale del SSN.

2. L'organizzazione dei DP istituti ai sensi del comma 1, fatte salve le specifiche attività di formazione e di ricerca, è conforme a quella dei DP delle ASL.

ART. 8.

(Servizi di psichiatria pubblici e privati).

1. I servizi e i presidi di psichiatria privati convenzionati sono equiparati ai servizi e ai presidi di psichiatria pubblici sulla base di criteri di accreditamento e di certificazione uniformi, richiesti per lo svolgimento delle attività di assistenza psichiatrica in regime di convenzione.

ART. 9.

(Commissione nazionale per la psichiatria).

1. Presso il Ministero della salute è istituita la Commissione nazionale per la psichiatria (CNP), con compiti di verifica sullo stato di attuazione della presente legge, di consulenza, di programmazione e di elaborazione delle linee guida nazionali per l'organizzazione dell'assistenza psichiatrica.

2. La CNP è nominata con decreto del Ministro della salute ed è composta da:

a) il presidente, nominato dal Ministro della salute tra una rosa di esperti;

b) il direttore generale della Direzione generale della prevenzione sanitaria del Dipartimento della prevenzione e della comunicazione del Ministero della salute;

c) cinque direttori di DP designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

d) tre direttori dei DP istituiti presso le università ai sensi dell'articolo 7;

e) tre responsabili del servizio sanitario regionale competente per la psichiatria, designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

f) cinque esperti designati dal Ministero della salute;

g) cinque esperti designati dalle organizzazioni sindacali del settore maggiormente rappresentative a livello nazionale;

h) cinque rappresentanti delle associazioni delle famiglie degli utenti psichiatrici maggiormente rappresentative a livello nazionale;

i) due rappresentanti delle associazioni scientifiche del settore psichiatrico maggiormente rappresentative a livello nazionale.

3. Con cadenza almeno annuale le regioni presentano alla CNP una relazione sullo stato dei servizi competenti per la psichiatria e sull'attuazione della presente legge.

4. Previo parere della CNP, il Ministro della salute nomina un commissario straordinario in caso di inadempienze o di ritardi delle regioni nell'attuazione della presente legge.

5. Nel primo decennio a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, la CNP è tenuta a trasmettere al Parlamento, con cadenza almeno biennale, una relazione sullo stato dei servizi competenti per la psichiatria e sull'attuazione della presente legge, sulla base delle relazioni regionali presentate ai sensi del comma 3, ai fini dell'esame da parte delle competenti Commissioni parlamentari.

ART. 10.

(Commissione regionale per la psichiatria).

1. In ogni regione è istituita la commissione regionale per la psichiatria (CRP), con compiti di programmazione e di verifica dell'attuazione della presente legge nonché delle leggi e dei regolamenti regionali in materia.

2. La CRP è nominata con provvedimento regionale ed è composta da:

a) il presidente, nominato dalla regione tra una rosa di esperti;

b) il responsabile del servizio sanitario regionale competente per la psichiatria;

c) i direttori del DP della regione;

d) i direttori dei DP istituiti presso le università della regione ai sensi dell'articolo 7;

e) cinque esperti designati dalle organizzazioni sindacali del settore maggiormente rappresentative a livello regionale;

f) cinque rappresentanti delle associazioni delle famiglie degli utenti psichia-

trici maggiormente rappresentative a livello regionale;

g) due rappresentanti delle associazioni scientifiche del settore psichiatrico maggiormente rappresentative a livello regionale.

3. Con cadenza almeno annuale la CRP elabora una relazione sullo stato dei servizi regionali competenti per la psichiatria e sull'attuazione della presente legge nonché delle leggi e dei regolamenti regionali in materia. La relazione è trasmessa alla CNP, ai fini di cui all'articolo 9, comma 3.

4. Con legge regionale sono definiti i criteri per la costituzione di un organo di consultazione delle associazioni delle famiglie degli utenti psichiatrici presso ogni ASL della regione.

5. Previo parere della CRP, la regione nomina un commissario straordinario in caso di inadempienze dei direttori dei DP regionali nell'attuazione della presente legge nonché delle leggi e dei regolamenti regionali in materia.

PAGINA BIANCA

€ 0,30



15PDL0021580