



LEGGE 833/78

PROPOSTA MODIFICA NORME IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA

1. Premessa

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, emanava norme relative alla assistenza psichiatrica (art. 33-34-35-64), a conferma ed integrazione della legge di riforma 180/78.

Alla luce delle esperienze degli oltre 20 anni trascorsi, la legge si è rivelata del tutto inadeguata, e per molti aspetti incongrua, rispetto alla realizzazione degli obiettivi enunciati, seppur validi, di umanizzazione delle cure al malato mentale.

In tale direzione il superamento delle norme preesistenti (**legge 14 febbraio 1904, n. 36: Disposizioni sui manicomi e sugli alienati**), incentrate soprattutto sulla pericolosità del malato mentale e sul Manicomio, come esclusivo luogo di custodia, più che di cura, costituiva una tappa non esaustiva, peraltro già in parte realizzata da leggi precedenti.

Infatti il primo intervento di rilievo, a modifica della legge 36/1904, nella direzione indicata, stranamente ignorato o sottovalutato, nel giudizio corrente della pubblica opinione e degli stessi addetti, era stato la emanazione della **legge 18 marzo 1968, n. 431: Provvidenze per l'assistenza psichiatrica**.

Con essa venivano realizzati alcuni passi avanti importanti quali:

1- Forte potenziamento e distribuzione generalizzata dei *servizi territoriali* (**Centri di Igiene Mentale**), con la determinazione del personale, articolato in équipe multi professionali, comprensive anche di esperti nell'età evolutiva.

2- Introduzione del *ricovero volontario*

3- Cancellazione dell'obbligo della *iscrizione nel casellario giudiziario* per i malati ricoverati.

4- stanziamento di *cospicui finanziamenti* per la realizzazione delle strutture previste nel quadriennio successivo.

Normative, come si può dedurre, fortemente innovative e immediatamente operative. Il limite della legge era nella conferma dell'Ospedale psichiatrico come unica struttura di ricovero, malgrado un tentativo di razionalizzazione attraverso norme sulla organizzazione in divisioni e sul personale.

In virtù di tale legge si avviava comunque un forte processo di cambiamento che portava, nel decennio successivo, alla deistituzionalizzazione di circa la metà dei pazienti degenti in OP.

Occorreva tuttavia un progetto riformatore organico, con il valore di legge, e con adeguata copertura finanziaria, che delineasse compiutamente **il nuovo modello di servizio psichiatrico**, fondato su una corretta definizione clinico scientifica della malattia mentale, nei suoi aspetti medici-psicopatologici, con le sue strette correlazioni a livello socio ambientale. Un modello cioè a misura del paziente.

Il successivo intervento legislativo, le leggi appunto 180/833 del 1978, declamato come *riforma psichiatrica*, in realtà, anziché dare risposta a tale esigenza, si limitava pressoché esclusivamente alle norme di carattere negativo. Queste riguardavano la *immediata disattivazione dell'Ospedale Psichiatrico* e di tutte le strutture, pubbliche e private, di degenza fino allora in funzione, quali le case di cura psichiatriche.

Ciò senza alcuna programmazione nei tempi e nei modi delle strutture alternative, con l'unica eccezione della struttura di ricovero per le acuzie nell'ospedale generale (**Servizio psichiatrico di diagnosi e cura / SPDC**). Struttura peraltro definita in maniera contraddittoria ed ambigua, così come le norme collegate sul Trattamento Sanitario Obbligatorio (**TSO**).

Così come formulate, le norme in questione non costituivano un *progetto di riforma*, bensì un *programma con velleità rivoluzionarie*, a netta impronta ideologica, poggiante sulla sostanziale negazione della malattia mentale come realtà clinica corposa e dolorosa.

Ne derivava un impatto fortemente traumatico per pazienti e famiglie, che per molti anni ha nei fatti arrestato il processo di ordinato completo superamento dell'Ospedale Psichiatrico, attivato dalla precedente legge 431/68.

2. Analisi critica della legge 833/78

Un esame, seppur sommario, delle principali incongruenze ed inadeguatezze della legge 180/833 evidenzia:

2.1. Assistenza ospedaliera volontaria ed obbligatoria

Per tale tipo di assistenza, indispensabile per la diagnosi e la cura di gran parte della patologia acuta, è previsto esclusivamente un Servizio nell'ambito degli Ospedali Generali (art. 34 – 35), (Servizio psichiatrico diagnosi e cura – SPDC), con un massimo di 15 posti letto.

Tale denominazione restrittiva ed il limite dei posti letto fissato rigidamente, a fronte della realtà clinica di osservazione quotidiana, risultano del tutto privi di plausibili motivazioni.

Altrettanto privo di serie motivazioni risulta il divieto esplicito (art. 64 - norme transitorie) di “.istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche..”, che appare arbitrariamente discriminatorio per i malati di mente all'interno dell'ospedale, in totale contrasto con l'esigenza di piena equiparazione a tutti gli altri malati, nella uniformità della assistenza. Divieto peraltro eluso interamente da tutti i servizi attualmente in funzione, che risultano pertanto *fuori legge*, a riprova della velleità della norma.

Le contraddizioni ed ambiguità sopra enunciate hanno costituito, oltre che impedimento insuperabile ad una definizione corretta del nuovo modello di presidio psichiatrico nel contesto ospedaliero, grave motivo di ritardo nella dotazione di un adeguato numero di posti letto, causando grossi sprechi economici.

E' mancata inoltre la definizione delle specifiche esigenze per la psichiatria in fatto di personale e strutture del Servizio ospedaliero.

2.2. Trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

Per tale tipo di intervento le citate norme prevedono, in maniera confusa ed ambigua:

a) *Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) in degenza*, nell'ambito esclusivo dell'SPDC, in caso di urgenza, di rifiuto della cura da parte del paziente e della impossibilità di prestare adeguata assistenza extra ospedaliera (art. 35). Tale tipo di intervento prevede di norma la durata fino a 7 giorni, salvo proroghe successive, e procedura laboriosa (certificazioni di due sanitari di cui uno convalidante della unità sanitaria locale), con emanazione di Ordinanza da parte del Sindaco quale Autorità Sanitaria locale).

Sia la limitazione temporale quantificata che le procedure macchinose previste, spesso inattuabili, risultano del tutto arbitrarie ed ingiustificate.

Resta il fatto che tale intervento, rigorosamente delimitato nella struttura del SPDC, ha costituito fino ad oggi pressoché l'unico tipo di intervento realizzato per la cura dei malati non consenzienti e di conseguenza del tutto inadeguato a garantire la cura di tali pazienti per la durata effettiva del loro stato di bisogno, spesso ben al di là dai limiti temporali sopra indicati.

b) *TSO extra ospedaliero*, che in teoria dovrebbe costituire la prassi normale ma che nella realtà risulta pressoché costantemente disatteso, in ossequio ad una lettura “ipergarantista” delle legge, non a caso, su tale punto, confusa ed ambigua.

2.3. Servizi e strutture alternative residenziali e semiresidenziali di cura e riabilitazione

Per la fascia di utenza, spesso la più grave e bisognosa, per la quale si rende necessario un prolungamento del trattamento intensivo oltre la fase della acuzie, la legge, mentre dispone la immediata disattivazione delle strutture private convenzionate operanti (che però continuano ad operare abusivamente), non prevede specifiche strutture, pubbliche o private, con precisi standard, lasciando, sulla base di fumosi “progetti obiettivo” mai attuati”, alle iniziative delle amministrazioni locali totale discrezionalità, con la conseguente generale grave carenza nel settore.

La conseguenza è l’attuale pratico abbandono di tali pazienti o il loro carico interamente alle famiglie.

2.4. Assistenza pubblica e privata

In contraddizione con i principi della libera scelta e dell’equiparazione pubblico - privato, a parità di condizioni, sanciti dalla Costituzione, la legge pronuncia perentoriamente la decadenza di ogni forma di convenzione con strutture private che svolgano esclusivamente attività psichiatrica (art, 64).

Di fatto, nella pratica impossibilità di colmare con l’assistenza pubblica i vuoti che determinerebbe l’effettiva attuazione di tale disposizione, le case di cura psichiatriche continuano ad operare in maniera illegittima, al di fuori da ogni regolamentazione e programma di riconversione. Esse costituiscono infatti tuttora, ad oltre 20 anni dalla riforma, il fulcro della assistenza nel settore..

2.5. Norme finanziarie sull’assistenza psichiatrica

Nessuna norma di vincolo finanziario, finalizzata all’attuazione della riforma psichiatrica, era contenuta nella legge 833/78, a conferma dell’inconsistenza del Progetto. Altrettanto privi di precise disposizioni sono rimasti i successivi due Progetti Obiettivo emanati in materia, che pertanto, per la loro natura non vincolante, ed in assenza della determinazione delle risorse finanziarie, costituiscono un mero “libro dei sogni”.

Vanno infine menzionati come punti importanti totalmente ignorati dalla legge:

- Norme chiare e vincolanti sulla dotazione di Servizi Salute Mentale (DSM) da parte degli **Istituti Universitari**, compresi quelli con scuola di specializzazione in psichiatria per i medici.
- Espliciti riferimenti per la **Formazione degli operatori** nel nuovo modello di servizio.
- Norme sulle **strutture alternative all’Ospedale Psichiatrico Giudiziario**, ormai anacronistico.
- Precise indicazioni sui **Servizi territoriali di emergenza**.
- Norme sullo stretto coordinamento tra Servizi per l’assistenza psichiatrica in età adulta (Dipartimento salute mentale – DSM) e **Servizi psichiatrici per l’età evolutiva**, fase fondamentale per ogni programma di prevenzione , cura e riabilitazione precoci.
- Norme di **tutela per l’utenza**.
- Indicazione degli **Organi collegiali di programmazione e verifica** sullo stato dei servizi, a livello nazionale e regionale.

3 Proposte di modifica della legge 833/78

Dalla analisi sia pur sommaria che precede si evince la necessità ed urgenza di una nuova legge di riforma sulla assistenza psichiatrica, che abroghi le norme palesemente distorte ed ambigue della legge 833/180 e dia finalmente, infrangendo inaccettabili tabù, nette e vincolanti indicazioni su un nuovo *modello di servizio psichiatrico a misura del paziente*, venendo a configurare finalmente una *riforma psichiatrica*, in senso positivo propositivo.

Nella passata legislatura, e già dall'inizio di questa in corso, sono state presentate proposte di legge, complete ed articolate, di cui alcune già in discussione, con indubbi elementi di interesse, anche se, a nostro avviso, fatalmente, data la complessità della materia, suscettibili di molteplici rilievi critici o comunque di emendamenti sostanziali.

Pur apprezzando tali iniziative, innanzitutto per il grande significato di svolta, nella direzione del riconoscimento di un serio problema da risolvere radicalmente e rapidamente, vincendo remore e resistenze spesso di tipo esclusivamente ideologico, a nostro avviso, per il perseguimento dell'obiettivo, si rende oggi opportuna una via diversa.

Il tipo di legge a nostro avviso oggi proponibile e realizzabile in tempi ragionevoli da una parte, che, dall'altra assuma rilevanza ed efficacia per un serio processo riformatore nel settore, deve avere le caratteristiche seguenti:

- a) Abrogazione di quelle norme della legge 180/833, che per il loro carattere ingiustificatamente limitativo, in ragione del loro significato squisitamente ideologico, costituiscono di fatto un ostacolo insormontabile ad ogni programmazione razionale nel settore, venendosi a sommare perversamente con la già carente volontà delle amministrazioni, anche per i noti, ma non per questo legittimi ostacoli e rigidità di bilancio.
- b) Formulazione precisa e vincolante di obiettivi e strumenti (anche finanziari) fondamentali per la realizzazione del nuovo modello di servizio.

In definitiva quella che oggi s'impone, ed è realisticamente praticabile ed efficace, è non già una legge complessa e minutamente articolata, che pretenda di sciogliere alla radice ogni problema, relativamente a precisi standard di presidi..

Una legge che, per tali caratteristiche, attiverebbe inevitabilmente un confronto inesauribile tra le diverse anime anche dei riformatori in buona fede, in quanto vuole fissare in anticipo parametri rigidi, su materie in cui, per la loro complessità, sono fisiologiche opzioni diverse.

C'è inoltre una seconda ragione di fondo che rende oggi impraticabile ed improponibile una legge del tipo sopra delineato, essendo radicalmente mutato ed in fase di ancora più sostanziale evoluzione il quadro normativo generale. Intendiamo riferirci al sempre più netto spostamento dallo Stato alle Regioni delle competenze di legislazione, programmazione, attuazione e controllo dei servizi sanitari.

Per le ragioni sopra indicate si indica come tipo di proposta adeguata alla materia e compatibile con l'attuale quadro normativo generale una **legge quadro**.

Una legge agile, limitata a poche norme essenziali, che costituisca la premessa e lo stimolo per iniziative concrete ed incisive a livello regionale e locale, nel rispetto delle esigenze di sperimentazione ed autodeterminazione delle singole realtà locali, in senso tecnico e politico amministrativo.

Una legge che però, e questo va ribadito con estrema chiarezza ed energia, che, non riproponga, per la sua genericità e mancanza di prescrittività la ingloriosa storia dei due *progetti obiettivo* sin qui varati, autentici *libri dei sogni*, si notava in premessa.

In conclusione, una proposta di legge quadro, quella che ci accingiamo a presentare, aperta ma con caratteristiche di incisività e vincoli, anche finanziari, non eludibili:

Una legge che realizzi in positivo, partendo dall'analisi critica precedentemente sviluppata sulla normativa in vigore, i seguenti obiettivi fondamentali:

1. Definizione precisa ed articolata di un nuovo **modello di servizio ospedaliero**, corrispondente ai reali bisogni dei pazienti, per la diagnosi e la cura della "crisi", con le seguenti caratteristiche: a) Collocazione nell'Ospedale Generale – b) Superamento degli arbitrari limiti di posti letto e denominazione, con completa equiparazione a tutte le altre divisioni dell'Ospedale – c) Definizione di standard di personale e di struttura che siano compatibili con una degenza a fini diagnostico-terapeutici, specificamente determinati in rapporto alla specificità del disturbo psichiatrico. Comprendenti perciò un'équipe multi professionale adeguata e la definizione di spazi adeguati, condizioni che caratterizzino l'ambiente in senso *comunitario*, dove cioè la qualità della vita e delle relazioni configurano, costituiscano un fattore terapeutico determinante.
2. Definizione degli spazi e delle procedure del **Trattamento sanitario obbligatorio**, che, senza ambiguità o remore ideologiche, e con l'eliminazione di ogni inutile intralcio burocratico, stabiliscano la pari legittimità del TSO extra ospedaliero rispetto a quello ospedaliero, in tutte le strutture pubbliche e convenzionate accreditate, sulla base di precisi standard.
3. Definizione della tipologia e degli standard di **strutture e servizi residenziali e semiresidenziali terapeutici riabilitativi**, senza arbitrari vincoli di tempo di permanenza e di posti, e senza artificiosa burocratizzazione delle procedure di accreditamento.
4. Superamento dell'artificiosa separazione e discriminazione **pubblico - privato**, sulla base della determinazione precisa di standard e conseguenti procedure di accreditamento.
5. Categorica determinazione, per legge, della configurazione del Dipartimento Psichiatrico come **Dipartimento a struttura**. Una organizzazione cioè che sancisca la autonomia del Dipartimento (rispetto a Distretti e Presidi ospedalieri della ASL) e la stretta integrazione dei suoi presidi (ospedalieri ed extraospedalieri), a garanzia della **Continuità terapeutica**. Per la realizzazione di tale modello, **vincolo delle risorse finanziarie**, con fissazione del tetto non al di sotto del 5% del budget complessivo della ASL.
6. Norme e vincolanti per gli **Istituti Universitari**, in special modo quelli comprensivi di scuole di specializzazione, per l'attivazione di Dipartimenti Salute Mentale in tutte le loro articolazioni.
7. Integrazione dei **Servizi psichiatrici per l'età evolutiva** nel Dipartimento salute mentale, in un contesto organizzativo finalizzato prioritariamente alla **Prevenzione**.
8. Definizione precisa del **Servizio territoriale di emergenza** come servizio di secondo livello.
9. Disposizioni articolate per la **Formazione degli operatori** nel nuovo modello di servizio.
10. Configurazione **Strutture alternative Ospedale Psichiatrico Giudiziario**.
11. Norme per la **tutela dell'utenza**.
12. Definizione degli **Organi collegiali di programmazione e verifica**, nazionale e regionali, sullo stato dei servizi psichiatrici, con poteri di sanzione e surroga delle Amministrazioni inadempienti.

PROPOSTA DI LEGGE
Norme per la riforma dell'assistenza psichiatrica

Art. 1
(Principi generali)

1. Le norme della presente legge costituiscono quadro vincolante in materia di assistenza psichiatrica per i soggetti di tutte le fasce di età.
2. Le norme si applicano alle Regioni a statuto ordinario, alle Regioni a statuto speciale, alle Provincie autonome di Trento e Bolzano.

Art. 2
(Abrogazione norme legge 833/78)

1. Sono immediatamente abrogati gli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 3
(Dipartimento di Psichiatria)

1. Il Dipartimento di Psichiatria (DP) ha come fine specifico e primario quello di rendere possibile la prevenzione, primaria e secondaria, della salute mentale e la cura delle patologie psichiatriche.

2. Per patologie psichiatriche si intende quel vasto e complesso ambito di disturbi e di malattie che presentano peculiari specificità tali da rendere necessarie non solo la creazione di apposite strutture, ma anche norme specifiche che tutelino la salute mentale e le alterazioni di questa.

Le patologie psichiatriche non debbono e non possono essere concepite come meri disturbi biologici da danno od alterazione del Sistema Nervoso Centrale, per i quali esiste già una specifica disciplina, la Neurologia; bensì come *disturbi psichici*, e quindi relazionali, che spesso possono determinare anche modalità comportamentali più o meno dannose per il paziente stesso o per gli altri.

Il recupero da parte della Psichiatria della *dimensione medica*, pur costituendo un notevole passo avanti rispetto alla negazione della *malattia (mentale)* non può essere utilizzato per trasformare la psichiatria in una disciplina che, accettando il paradigma del riduzionismo biologico, inevitabilmente propone come unico rimedio la psico farmacologia.

Con altrettanta decisione va rifiutato ogni riduzionismo sociologico, che interpreta il disturbo psichico come mera espressione di conflitto o *contraddizione sociale*.

Come conseguenza di tali premesse, sul piano terapeutico il DP deve offrire un'ampia possibilità di interventi, garantendo un programma integrato dove, accanto agli interventi farmacologici, l'intervento psicoterapico sia fondamentale, sia in forma tecnica specifica che di cultura del Servizio. Ciò secondo il principio di autonomia e di rispetto del paziente, garantendo quindi: a) un progetto terapeutico specifico adeguato per ogni paziente; b) la continuità terapeutica, sulla base di una precisa assunzione di responsabilità (presa in carico) da parte dei vari presidi e dei singoli operatori compresi nel progetto terapeutico; c) una costante formazione del personale medico e paramedico.

A quest'ultimo scopo il DP, insieme ad altri Enti (Università, etc, ..) deve disporre della possibilità di organizzare e gestire autonomamente, con appositi fondi nel Budget assegnato dalla ASL, tutte le iniziative formative necessarie (simposi, congressi, corso di aggiornamento), evitando che siano appannaggio di Enti privati o Imprese commerciali, con propri specifici interessi.

3. Tutti gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione della malattia mentale sono assicurati o coordinati dal Dipartimento di Psichiatria nell'ambito delle Aziende Sanitarie Locali.
4. Il Dipartimento di Psichiatria assicura altresì, ove necessario, gli interventi di consulenza specialistica ed appoggio per le patologie di non diretta competenza psichiatrica (deficit di sviluppo psichico, deterioramento psichico su base organica, abusi e dipendenze da sostanze, etc).
5. Il Dipartimento di psichiatria si configura come **Dipartimento a struttura**, ossia con funzioni autonome di programmazione e gestione, rispetto agli altri Dipartimenti ed ai Distretti e Presidi Ospedalieri della Azienda Sanitaria Locale, con stretta integrazione dei suoi presidi , territoriali ed ospedalieri, a garanzia della *continuità terapeutica*.
6. Per la realizzazione di tale modello si fa obbligo, in sede di disposizioni finanziarie dello Stato, delle Regioni e delle Aziende Sanitarie Locali, del **vincolo del tetto minimo del 7 % nel budget complessivo** della ASL per le spese correnti, in aggiunta ai finanziamenti a vario titolo in conto capitale.
7. Sono altresì vincolate come risorse aggiuntive quelle derivanti (vendita o locazione) dalla dismissione delle strutture degli ex Ospedali Psichiatrici.
8. Per l'espletamento dei compiti derivanti dalla sua configurazione quale dipartimento a struttura, nella gestione delle risorse per il perseguimento dei propri obiettivi di efficienza, efficacia, beneficiabilità, oltre alle figure professionali ed ausiliarie, l'organico del DP deve comprendere personale amministrativo idoneo qualitativamente e quantitativamente.

Art. 4

(Articolazione del Dipartimento di Psichiatria)

1. Il Dipartimento di Psichiatria (DP), con Direzione unica, relativamente alla tipologia dei presidi, si articola in due aree (Servizi).
 - 1.1. Servizio Psichiatrico Ospedaliero(SPO).
 - 1.2. Servizio Territoriale(ST).
2. I vari presidi delle due aree, strettamente integrati, ai fini della continuità terapeutica, sono organizzati per ambiti territoriali corrispondenti a quelli dei Distretti Sanitari, con cui sono collegati funzionalmente, mantenendo la piena autonomia di gestione, in quanto presidi di Dipartimento a struttura.

Art. 5

(Servizio Psichiatrico Ospedaliero)

1. Il Servizio Psichiatrico Ospedaliero (**SPO**), collocato nell'ambito dell'Ospedale Generale, assicura l'assistenza psichiatrica di diagnosi e cura in fase di degenza ospedaliera, fino a completamento del ciclo terapeutico dell'episodio acuto, che consenta il proseguimento del trattamento nell'ambito del Servizio Territoriale, nel presidio ambulatoriale o in un presidio residenziale

2. Il SPO si configura di norma come *Divisione Psichiatrica*, ed in quanto tale è regolato dalle norme comuni alle altre divisioni dell'Ospedale.

3. Il SPO deve altresì assicurare, nella sua organizzazione interna, in rapporto alla specificità dei suoi compiti:
 - 3.1. Spazi adeguati, sul piano quantitativo e qualitativo, non solamente alle esigenze mediche (posti letto), ma anche e soprattutto ad una residenza confortevole, ad impronta nettamente *comunitaria*; organizzazione che garantisca pertanto ambienti con diverse possibilità di coabitazione tra pazienti (ma sempre al di sotto dei 3 pazienti per lo stesso ambiente) per le esigenze personali ed ambienti vasti e differenziati per le diverse forme di attività socializzanti e riabilitative. Indispensabile, in tale ottica, risulta la disponibilità di spazi verdi collettivi, e, se possibile individuali o di gruppo.
 - 3.2. Risorse di personale in grado di corrispondere alle diverse esigenze: quindi accanto a figure professionali mediche specialistiche ed infermieristiche, che garantiscono numericamente un rapporto personalizzato, altre figure indispensabili quali: psicologi, assistenti sociali, terapisti della riabilitazione. I parametri quantitativi dell'organico SPO devono essere corrispondenti a quelli della normativa dei servizi ospedalieri con compiti di terapia intensiva.

4. Il SPO, nella sua struttura architettonica e nella organizzazione interna, deve consentire la Individuazione di tre aree distinte, anche se comunicanti, per le diverse fasi dell'intervento: Pronto soccorso psichiatrico e pre-osservazione all'ingresso, degenza vera e propria, fase propedeutica alla dimissione .

5. Nell'ambito della Divisione va collocata un'area distinta, ma comunicante, di **Day Hospital (DH)**, per pazienti esterni, strettamente integrata con l'area degenza, per quanto attiene le attività socializzanti ..

6. La distribuzione dei SPO a livello regionale deve rispettare il parametro di almeno 1 posto letto per 10.000 abitanti.

7. Ogni Ospedale Generale con DEA deve essere dotato di **Pronto Soccorso Psichiatrico (PSP)**, cui spetta il compito di garantire, eventualmente con il ricorso alla reperibilità, gli interventi di emergenza nel territorio, ad integrazione e come secondo intervento rispetto al Servizio medico infermieristico di base 118.

Art. 6 **(Servizio Territoriale)**

1. Il Servizio Territoriale (**ST**) assicura gli interventi specialistici ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali per i propri utenti, e le attività di consulenza per le Istituzioni a livello locale, nel rispettivo ambito territoriale.

2. Deve essere assicurata la presenza di almeno un **presidio ambulatoriale** per ogni area di 100.000 abitanti.
Ogni presidio territoriale utilizza quale strumento per la propria **attività ambulatoriale domiciliare o nel territorio una èquipe specialistica multidisciplinare** costituita da diverse figure professionali: medico psichiatra, psichiatra infantile, infermiere , psicologo, Assistente Sociale, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. L'organico complessivo deve essere costituito da almeno un operatore tecnico per 1500 abitanti.

L'attività del Presidio ambulatoriale deve essere assicurata per almeno 12 ore al giorno per sei giorni la settimana.

- 3 Il ST, per i casi più gravi, ed a più lungo decorso della malattia, assicura :presidi residenziali e semi residenziali così configurati:

- 3.1. **Comunità Terapeutiche (CT)** residenziali,. Assicurano l'ospitalità ed il trattamento dei pazienti clinicamente più gravi o con gravi deficit familiari. Deve garantire, con i suoi requisiti di struttura e di personale: a) Qualità della vita con standard di comfort e privacy, accanto a forti stimoli ed occasioni di socializzazione. b) Organizzazione del tempo libero con attività culturali e ricreative. c) Attività lavorative e/o formative nel campo del lavoro. d) Programma di interventi terapeutici, in special modo psicoterapeutici.

In rapporto a tali finalità opera una équipe multidisciplinare, costituita da diverse figure professionali: medico psichiatra, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione .

Ogni CT può essere costituita da uno o più moduli di 20 pazienti.

Per i presidi residenziali vanno assicurati un numero minimo di 5 posti per 100,000 abitanti

- 3.2 **Centri Diurni (CD)** . Assicurano il trattamento semi residenziale dei pazienti più gravi ma in grado di restare inseriti nel nucleo familiare. I programmi e l'équipe terapeutica sono corrispondenti a quelli dei presidi residenziali.

Art. 7

(Accertamenti e Trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale)

1. Gli **Accertamenti Sanitari Obbligatori (ASO)** per malattia mentale sono disposti, con Ordinanza, dal Sindaco, nella sua qualità di Autorità Sanitaria Locale, con le modalità di cui all'Art. 34 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, su proposta motivata di un medico, previa convalida della stessa da parte di un medico del Presidio del Dipartimento di Psichiatria competente per territorio, o su proposta formulata direttamente dallo stesso medico del Dipartimento.
2. L' Ordinanza, salvo rinnovo, ha validità per un periodo massimo di un mese. L'Ordinanza va trasmessa, a cura del Sindaco, entro le 48 ore dalla sua emissione, al Giudice Tutelare, che, espletati gli accertamenti ritenuti opportuni, entro 48 ore dal suo ricevimento emette provvedimento di convalida o annullamento, notificato al Sindaco.
Gli ASO, disposti per accertamenti ritenuti necessari dal sanitario proponente, in assenza del consenso del paziente, sono effettuati a cura del Dipartimento di Psichiatria competente per territorio, con la collaborazione, ove necessario, delle Forze dell'Ordine Pubblico, a domicilio del paziente o in qualunque altra sua sede.
3. Il **Trattamento Sanitario obbligatorio (TSO)** per malattia mentale si effettua con le procedure di cui al punto precedente (ASO), per l'effettuazione di interventi terapeutici ritenuti necessari dal medico proponente, in mancanza del consenso del paziente.
Il T.S.O. si distingue in:
 - 3.1. **TSO Ospedaliero**, se effettuato nel SPO del Dipartimento di Psichiatria.
 - 3.2. **TSO Extra ospedaliero**, se effettuato fuori dal SPO, a domicilio del paziente o in qualunque altra sua sede.
3. Il **Trattamento Sanitario Obbligatorio di Urgenza (TSOU)**, si effettua, al di fuori delle procedure sopra indicate, sulla base della certificazione di un medico nei casi di grave

emergenza, con rischio di danni per il paziente od altre persone, con l'obbligo di convalida da parte di un medico del Dipartimento di Psichiatria e di successiva notifica al Sindaco entro il termine di 24 ore.

4. Il TSO, nelle modalità sopra indicate, deve costituire un ausilio terapeutico necessario in quei casi ove l'incapacità del paziente di rendersi conto della propria patologia rende inevitabile una momentanea restrizione della libertà, finalizzata esclusivamente all'interesse del paziente.
5. Il personale del Dipartimento direttamente impegnato nella effettuazione di TSO rientra a pieno titolo nella categoria di figure professionali del SSN a rischio.

Art. 8

(Servizi di Psichiatria ed Università)

1. Gli Istituti e Cliniche Universitarie della Facoltà di Medicina, dove si effettuano Corsi di specializzazione in Psichiatria, devono essere dotate di almeno un **Dipartimento di Psichiatria**, che assicura l'attività assistenziale, ove necessario con il concorso di personale del Servizio sanitario regionale
2. L'organizzazione dei Dipartimenti di psichiatria operanti nelle Università, fatte salve le specifiche attività di formazione e ricerca, è del tutto corrispondente a quella dei Dipartimenti di Psichiatria delle Aziende Sanitarie Locali.

Art. 9

(Servizi di Psichiatria Pubblici e Privati)

1. I Servizi e Presidi di Psichiatria Privati sono **equiparati ai Servizi e Presidi Pubblici di Psichiatria** sulla base del rispetto di uguali **criteri di accreditamento**, indispensabili per l'autorizzazione allo svolgimento dell'attività in regime di convenzione.

Art. 10

(Ospedale Psichiatrico Giudiziario)

1. L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario cessa di svolgere le sue funzioni, e viene disattivato, entro il termine di un anno dalla entrata in vigore della presente legge.
2. I pazienti attualmente detenuti negli OPG e quelli per i quali l'Autorità Giudiziaria disporrà di Misure di sicurezza in stato di ricovero, sono assistiti in **Comunità Residenziali Protette (CRP)**, con organizzazione analoga a quella delle strutture residenziali del ST, che fruiscono di specifiche misure di protezione.

Art. 11

(Commissione Nazionale per la psichiatria)

1. Presso il Ministero della Sanità è costituita una **Commissione Nazionale per la psichiatria (CNP)** con compiti di verifica sullo stato di attuazione della presente legge, di consulenza e programmazione, per la elaborazione di linee guida per l'organizzazione della assistenza psichiatrica a livello regionale.
2. La CNP, su designazione del Ministro è così costituita:
 - 1.1. Presidente: Esperto designato dal Ministro
 - 1.2. Componenti:

- Direttore Generale Divisione Medicina Sociale Ministero Sanità
 - n. 5 Direttori di Dipartimento di psichiatria;
 - n. 3 Primari responsabili di Dipartimento di Psichiatria universitario.
 - n. 3 Responsabili Ufficio Psichiatria Regioni;
 - n. 5 Esperti
 - n. 5 Delegati Associazioni famiglie utenti psichiatrici, maggiormente rappresentative.
 - N. 2 Rappresentanti Associazioni scientifiche nel settore maggiormente rappresentative.
3. Con cadenza minima annuale, le Regioni presentano alla CNP una relazione sullo stato dei Servizi di psichiatria e la fase di attuazione della presente legge.
 4. Su parere della CNP il Ministro della Sanità nomina un **Commissario straordinario** per l'attuazione del Piano per la psichiatria di cui alla presente legge, in tutto o in parte, in caso di gravi inadempienze da parte di singole Regioni.

Art. 12 **(Commissione Regionale per la psichiatria)**

1. In ogni Regione è costituita una **Commissione regionale per la psichiatria (CRP)**, con compiti di programmazione e verifica della attuazione della presente legge e delle leggi e disposizioni regionali ad essa connesse.
2. La CRP, su designazione della Regione, è così costituita:
 - 2.1. Presidente: Esperto designato dalla Regione.
 - 2.2. Componenti:
 - responsabile Ufficio psichiatria della Regione;
 - i Direttori di Dipartimento di psichiatria della Regione;
 - i Primari responsabili di Dipartimento di psichiatria universitari della Regione;
 - n. 5 esperti;
 - n. 5 Delegati Associazioni famiglie utenti psichiatrici maggiormente rappresentative;
 - n. 2 Rappresentanti Associazioni scientifiche maggiormente rappresentative nel settore.
3. Con cadenza minima annuale la CRP elabora una relazione sullo stato dei servizi di psichiatria e la fase di attuazione della legge nazionale e delle leggi e disposizioni regionali, da proporre alla Regione per la relazione annuale alla CNP.
4. Con legge regionale vengono definiti i criteri per la costituzione, a livello delle singole ASL, di un organo di consultazione (**Consulta**) delle Associazioni degli utenti.
5. Su parere del CRP la Regione nomina un **Commissario straordinario** per l'attuazione dei servizi psichiatrici nelle rispettive Az, UUSLL, in caso di gravi inadempienze.

Art. 13 **(Norme deontologiche per la tutela del malato mentale e della sua famiglia)**

1. I familiari non possono essere obbligati alla convivenza con malati di mente maggiorenni. Devono comunque essere assicurate, in particolare modo dal DP, tutte le forme di aiuto necessarie, soprattutto in erogazione diretta o indiretta di servizi, alle famiglie disponibili a mantenere con sé il malato.
2. L'abbandono del malato mentale, specie nei casi con necessità di TSO, da parte di strutture od Operatori del DP, o di altre Istituzioni pubbliche, configura, salvo che non sussistano estremi di un delitto più grave, omissione di soccorso.

Roma, 10/01/02