

COMMISSIONE XIV  
IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

16.

SEDUTA DI VENERDÌ 28 APRILE 1978

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE MARTINI MARIA ELETTA

INDICE

|  | PAG.  |
|--|---|
| <b>Sostituzioni:</b>   |   |
| PRESIDENTE . . . . .   | 167   |
| <b>Disegno di legge (Discussione e rinvio):</b>                              |   |
| Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori (2130) . . . . . | 167   |
| PRESIDENTE . . . . .   | 167, 183, 185, 188, 189, 191<br>196, 197, 198, 200, 202           |
| AGNELLI SUSANNA . . . . .  | 188   |
| ANSELMI TINA, <i>Ministro della sanità</i> . . . . .                         | 184<br>188, 191, 200, 201   |
| BERLINGUER GIOVANNI . . . . .  | 183, 196  |
| CIRINO POMICINO . . . . .  | 180, 187, 194, 198  |
| FORNI . . . . .  | 201   |
| FRASCA . . . . .   | 176   |
| MARRAFFINI . . . . .   | 201   |
| MILANO DE PAOLI VANDA . . . . .  | 178, 194, 196, 201  |
| ORSINI BRUNO, <i>Relatore</i> . . . . .                                      | 168, 175, 177, 183<br>186, 188, 189, 191, 193, 195, 196, 198, 202 |
| PALOPOLI . . . . .   | 191, 195, 196, 202  |
| PANNELLA . . . . .   | 168, 172, 176   |
| TIRABOSCHI . . . . .   | 187, 189, 191, 193, 194, 196                                      |
| TRIVA . . . . .  | 182, 186, 189, 191, 194, 195, 200, 201                            |

Sostituzioni.

PRESIDENTE. Comunico che il deputato Venegoni sostituisce il deputato Cecilia Chiovini per la seduta odierna.

**Discussione del disegno di legge: Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori (2130).**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione del disegno di legge: « Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori ».

Comunico ai colleghi che mi è pervenuta una richiesta scritta da parte del presidente del gruppo radicale, con la quale, ai sensi del sesto comma dell'articolo 39 del Regolamento, l'onorevole Pannella chiede che non vengano applicati limiti di tempo agli interventi dei deputati del gruppo radicale. Ricordo che nei giorni scorsi il Presidente della Camera si è pronunciato sull'argomento precisando che la deroga ai limiti di tempo prevista dal sesto comma dell'articolo 39 del Regolamento può applicarsi solo ai membri effettivi della Commissione, e non ai deputati che partecipino alla seduta a norma dell'articolo 38.

**La seduta comincia alle 16,45.**

FORNI, *Segretario*, legge il processo verbale della seduta precedente.

(È approvato).

Come è noto nessuno dei quattro membri del gruppo radicale è componente di questa Commissione.

La seconda richiesta avanzata dal presidente del gruppo radicale è volta ad ottenere che, ai sensi del terzo comma dell'articolo 83 del Regolamento, si applichi l'ampliamento della discussione sulle linee generali per il disegno di legge oggi in esame. Al riguardo, oltre la considerazione sopra formulata che concerne anche questo comma dell'articolo 83, vorrei aggiungere che, per il quarto comma dello stesso articolo 83, « le richieste di ampliamento della discussione sulle linee generali devono, di regola, essere formulate non meno di 24 ore prima dell'inizio della discussione ». La richiesta del gruppo radicale è pervenuta soltanto un'ora fa.

PANNELLA. Circa le richieste del mio gruppo, signor Presidente, mi limiterò ad osservare che se sollevassi un richiamo al Regolamento sui punti da lei indicati, ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo 41 del Regolamento, la seduta dovrebbe essere sospesa. Infatti, in base all'ultimo comma dell'articolo 41, ogni questione di interpretazione del Regolamento che sorga nel corso di sedute di Commissioni in sede legislativa deve essere sottoposta al Presidente della Camera.

Tuttavia, ho adoperato il condizionale, perché non intendo avvalermi di questo mezzo non volendo gravare sui lavori di questa Commissione per i motivi che specificherò nel corso del mio intervento in sede di discussione sulle linee generali.

PRESIDENTE. L'onorevole Bruno Orsini ha facoltà di svolgere la relazione.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Il fatto che questa legge sia stata affidata alla Commissione in sede legislativa non credo possa esimermi dal sottolineare la grande rilevanza ed il grande significato che trascende, io credo, gli aspetti tecnici della politica sanitaria per investire il più generale problema del rapporto tra i sani ed i diversi, ovvero il rapporto dei più nei confronti di minoranze fastidiose, talvolta pericolose, e comunque diverse, de-

finite — con un'espressione sintomatica di un atteggiamento psicologico fondamentalmente errato — come alienati, e cioè come persone la cui mente è considerata aliena, estranea, diversa da quella dei cosiddetti normali.

Tale atteggiamento è condizionato dalla scarsa conoscenza dell'esatta natura delle malattie mentali, da pregiudizi e da paure irrazionali che, per il loro carattere collettivo, spesso determinano reazioni espulsive, largamente eccedenti le corrette necessità di una giusta difesa sociale.

Sarebbe fuori luogo ricordare qui la lunga e drammatica storia che i malati psichici hanno vissuto nel corso dei secoli. È noto che fino alla fine del '700 il malato mentale venne considerato, quasi esclusivamente, come un individuo pericoloso ed inguaribile e, come tale, spesso rinchiuso in carcere. Non a caso uno dei pezzi forti dell'agiografia psichiatrica positivista è costituito dalle immagini di Chiarugi e di Pinel che, proprio negli anni tra il 1700 ed il 1800, liberano i pazzi dalle catene in cui erano avvinti nei luoghi di detenzione per portarli nei primi ospedali psichiatrici, da loro stessi fondati.

Permeato di cultura positiva, il 1800 propose alla società del tempo un'interpretazione della malattia mentale formulata in termini rigidamente biologici; evidentemente la cultura positivista, per la sua stessa natura, considerava soltanto marginali ed accessori i fatti sociologici, culturali e psicologici, incidenti sulla genesi e sul manifestarsi e divenire delle malattie mentali.

Tuttavia, il concetto allora prevalente nell'opinione pubblica, e quindi nel legislatore, era ancora quello dell'inguaribilità e della pericolosità dei malati di mente, i quali, pertanto, dovevano essere prima di tutto custoditi e poi, magari, anche curati in luoghi per lo più lontani dai centri abitati, dove dessero cioè il minor fastidio.

Le terapie di *shock* (oggi certo discusse, ma la cui efficacia, in determinati casi è fuori discussione), in primo luogo, e quelle psicofarmacologiche, in secondo luogo, consentirono di capovolgere la pro-

gnosi di molte malattie mentali, e — comunque — di ridurre drasticamente nel tempo e nell'entità le autentiche manifestazioni di pericolosità.

Naturalmente, la stessa crescita delle potenzialità terapeutiche poneva in crisi le istituzioni psichiatriche di ricovero; a mano a mano che esse si trasformavano in entità capaci di guarire, diventava intollerabile l'atmosfera poliziesca che gravava su di esse. Il personale reclutato per custodire si dimostrava numericamente e qualitativamente non idoneo a curare; gli stanziamenti — sufficienti per una istituzione statica — erano palesemente inadeguati per una struttura che doveva necessariamente assumere, ed assumeva per quanto possibile, un ruolo attivamente terapeutico. Inoltre, le acquisizioni della psichiatria dinamica consentivano di identificare e descrivere disturbi psichici da spedalizzazione protratta: in altri termini, veniva dimostrato che molte manifestazioni psicopatologiche regressive, presentate da malati lungodegenti negli ospedali psichiatrici, non erano diretto effetto della malattia originaria, bensì della nociva azione esplicata su di essi dalla desocializzazione conseguente alla condizione di ricoverato cronico. Tuttavia tali fatti oggettivi ed incontestabili e tali intuizioni scientifiche non riuscirono a produrre modificazioni sostanziali nelle strutture, palesemente inadeguate e per molti aspetti antiterapeutiche, delle istituzioni psichiatriche sociali italiane incentrate sugli ospedali psichiatrici, sino al 1968, allorché si concretizzarono pur timide misure legislative riformatrici.

I motivi di tale pauroso ritardo, per cui abbiamo pagato e stiamo tuttora pagando un durissimo prezzo in termini di sofferenza umana e di costi sociali, credo siano stati almeno tre: il primo di ordine culturale, il secondo di ordine socioeconomico, il terzo connesso alle generali vicende della politica sanitaria italiana nel suo complesso.

Oggi appare, finalmente, evidente la necessità che i servizi psichiatrici facciano parte integrante del servizio sanitario nazionale a pieno titolo e in condizioni di

assoluta parità, prevedendo a tal fine che ogni provvedimento in materia tenga conto di due essenziali principi: la necessità di garantire una continuità terapeutica, e di conseguenza l'unitarietà del servizio stesso; l'inserimento sempre più intimo dei servizi psichiatrici nella trama sociale.

A queste finalità si è ispirato il disegno di legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale che inserendo i servizi psichiatrici in un sistema sanitario ristrutturato poteva dare una risposta adeguata alle esigenze che ho ricordato.

Tuttavia, per le note ragioni, si è reso necessario ciò che nessuno di noi voleva: cioè una ennesima legge stralcio che, non potendo affrontare i problemi della salute mentale nel complesso del servizio sanitario nazionale, in qualche modo li regolamenti senza pregiudicarne l'inserimento finale nel servizio sanitario del nostro paese.

È nata così la legge ora al nostro esame, che parte da un principio che in molti abbiamo sostenuto: il principio che i trattamenti sanitari obbligatori non sono una caratteristica esclusiva dei disturbati psichici, che, con adeguate garanzie, è possibile adottare anche senza il consenso e la volontà del soggetto, ma che la loro adozione va ricondotta a motivi di salute connessi primariamente allo stesso interesse dell'individuo, e secondariamente, all'interesse della salute di tutti.

Si è sostenuta per decenni la necessità di una legislazione speciale per i malati di mente, argomentando che i disturbi psichici potevano creare a volte condizioni pericolose, per cui era necessario predisporre situazioni di intervento terapeutico anche contro la volontà del malato e che ciò rendeva necessarie una serie di misure particolari che garantissero il rispetto dei diritti costituzionali.

Il provvedimento al nostro esame rileva giustamente che, se è necessario il trattamento sanitario obbligatorio in determinate situazioni psicopatologiche (ma meno frequentemente di quanto si possa immaginare), esso può avvenire anche per moti-

vi di altra natura (vaccinazioni, quarantene). Per questo il disegno di legge parla, in linea generale, di trattamento sanitario obbligatorio. Peraltro esso affronta in modo specifico il trattamento sanitario obbligatorio per le malattie mentali, dato che per le malattie non psichiatriche esiste un'ampia legislazione, che va certamente coordinata, ma che regola sufficientemente la materia anche se dispersa in testi diversi per natura, sede, temporalità di emanazione. Per i trattamenti sanitari obbligatori di interesse psichiatrico era ed è necessario un ampio rinnovamento della normativa vigente, per le ragioni che ho accennato all'inizio. E il disegno di legge al nostro esame risponde pienamente a questa necessità di innovazione.

L'articolo 1 contiene i principi di ordine generale della nuova disciplina sugli accertamenti e i trattamenti sanitari volontari e obbligatori, e precisa che essi vanno espletati nel rispetto dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione e nella consapevolezza della necessità di promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento sanitario.

L'articolo 2 introduce in modo diretto la tematica relativa ai trattamenti sanitari obbligatori di interesse psichiatrico e definisce le condizioni per le quali essi possono essere adottati, condizioni che ripudiano il concetto difensivistico e reattivo dell'accertamento della vera o presunta pericolosità del malato di mente nei confronti degli altri; sottolinea inoltre la necessità che il trattamento sanitario obbligatorio avvenga in condizioni di degenza ospedaliera, se constatato da più sanitari che tale trattamento può essere espletato correttamente solo in ospedale, per l'assenza di condizioni *extra* ospedaliere che ne consentano l'effettuazione senza il ricovero.

Nel provvedimento si sottolinea ripetutamente che il trattamento sanitario dei malati di mente — ove possibile — non deve avvenire in condizione di ricovero, ma nelle condizioni ambientali ordinarie

di vita del soggetto e si mette in risalto la priorità dell'intervento nell'ambito territoriale e la concentrazione degli sforzi, dell'organizzazione, delle spese nell'ambito *extra* ospedaliero, pur regolamentando, come necessario, quelle situazioni eccezionali in cui il trattamento sanitario obbligatorio deve avvenire in condizioni di ricovero ospedaliero.

L'articolo 3 contiene le modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori e sanziona il diritto alla scelta del medico e del luogo di cura sulla base del principio di libertà sancito dalla Costituzione e ribadito dal disegno di legge di riforma sanitaria. La politica cui si ispira appunto l'istituzione del servizio sanitario nazionale è caratterizzata da quattro principi fondamentali che sono quello della globalità del trattamento sanitario, della universalità dei destinatari, dell'uguaglianza del trattamento sanitario e del rispetto della dignità della persona, comprendendo in questo il suo diritto di scelta, per quanto possibile libera, del luogo di cura e del medico.

L'articolo 4 disciplina il procedimento attraverso cui può essere stabilito il trattamento sanitario obbligatorio e introduce una serie di garanzie, come l'intervento del magistrato a tutela della decisione presa dal sindaco in quanto autorità sanitaria. La decisione del trattamento obbligatorio è solo di carattere sanitario, nell'interesse del malato, e l'intervento del giudice non è un intervento decisionale, ma di controllo e di convalida di un provvedimento. Il sistema delle garanzie è successivamente rafforzato dagli articoli 5 e 6 in cui si prevede la possibilità di ricorso sia in sede amministrativa che giurisdizionale facoltizzando chiunque, non solo l'interessato, a controllare l'adeguatezza del provvedimento previsto dalle norme, molto civili, della legge.

I successivi articoli 7 e 8 sono di carattere organizzativo e riprendono sostanzialmente i contenuti dell'articolo 54, elaborato dalla Commissione sanità della Camera, del disegno di legge istitutivo del servizio sanitario nazionale.

Questo sistema organizzativo prevede l'attribuzione immediata alle regioni, che sono costituzionalmente titolari dei compiti di assistenza sanitaria ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica e in particolare delle funzioni di programmazione e di coordinamento per l'integrazione dei presidi e dei servizi psichiatrici di igiene mentale *extra* ospedalieri con le strutture ospedaliere. Debbo precisare che il disegno di legge al nostro esame, che è un provvedimento-ponte in previsione del più organico sistema della riforma sanitaria, compie una scelta che qualcuno può anche giudicare timida e che è oggettivamente parziale, mantenendo alle province la titolarità di alcuni servizi, cercando peraltro di superare il rischio della dicotomia che si può determinare tra una competenza amministrativa regionale del servizio ospedaliero e una competenza provinciale dei servizi *extra* ospedalieri prevedendo delle convenzioni e sottolineando la competenza programmatica della regione sul complesso della materia.

Personalmente avrei preferito che sin d'ora tutta l'assistenza psichiatrica passasse alle regioni, camminando così più velocemente verso quel disegno che è comune a tutte le forze politiche, cui questa proposta si avvicina sensibilmente, ma che sarà raggiunto solo con l'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Il disegno di legge prevede, altresì, un progressivo adeguamento delle responsabilità, dei compiti e dei trattamenti economici e normativi degli operatori psichiatrici a quelli di tutti gli altri operatori sanitari e questa esigenza di perequazione, di superamento della frammentarietà e della divisione normativa, organizzativa e gestionale del sistema sanitario italiano costituisce uno dei compiti principali cui tende la linea di politica sanitaria complessiva che abbiamo indicato.

Anche in questo caso dobbiamo registrare che la legge costituisce un passo in avanti anche se, come viene sottolineato nel testo, altri passi debbono essere percorsi rinviando in sede di riforma sa-

nitaria la completa perequazione, sia pure in una prospettiva graduale, delle condizioni degli operatori psichiatrici a quelle degli altri operatori sanitari italiani di uguale categoria e con le stesse responsabilità.

Desidero ora soffermarmi brevemente sul destino degli ospedali psichiatrici. Il disegno di legge stabilisce che i ricoveri obbligatori e volontari debbono essere attuati in specifici servizi psichiatrici da istituirsi negli ospedali generali indicati dalla regione, non casualmente, ma nel quadro di un disegno programmatico che dovrebbe condurre all'istituzione di questi servizi ospedalieri per ogni unità sanitaria locale. Nel testo del disegno di legge (la Commissione potrà perfezionare questo punto) si prevede una stretta integrazione con i servizi psichiatrici sul territorio, ma occorre sottolineare la priorità, almeno quantitativa, degli interventi sul territorio rispetto a quelli ospedalieri.

Pertanto, gli attuali ospedali psichiatrici assumeranno sempre di più la caratteristica, che già in gran parte hanno, di una realtà diretta a reagire alle situazioni di cronicità e sedimentazione che si sono stabilite nel corso dei decenni e troveranno il loro progressivo superamento da un lato nella inevitabile diminuzione degli ospiti, che il disegno di legge indurrà, e dall'altro in un'accorta politica regionale che sappia destinare all'area di interventi assistenziali ciò che surrettiziamente viene oggi contrabbandato come una realtà medica acuta, mentre non lo è.

Chi come me ritiene che la psichiatria sia medicina non può non rendersi conto che molte volte, attraverso il meccanismo degli ospedali psichiatrici, si è cronicizzata una patologia che non è medica e che semmai è di sradicazione e di impossibilità della nostra società di mantenere nel suo seno elementi che hanno la caratteristica degli emarginati e degli esclusi piuttosto che dei malati in senso stretto.

Si apre un grande spazio per l'iniziativa delle regioni (il Parlamento dovrà continuare ad indicare i principi negli strumenti legislativi di tipo sanitario ed assistenziale che sono allo studio) affinché

questa triste popolazione di oltre cinquantamila italiani, che stanno negli ospedali psichiatrici il più delle volte senza che sia indispensabile la loro enucleazione dal contesto sociale, trovi, nei modi e nelle forme compatibili con le loro condizioni e con le possibilità del paese, forme di reinserimento parziale o totale nella vita sociale.

Questo disegno di legge, come ho già detto, costituisce un importante passo avanti per risolvere tale problema. Credo che il provvedimento sia perfettibile, ed i singoli commissari e i diversi gruppi politici potranno migliorarne le caratteristiche. Ad ogni modo, si tratta di un provvedimento civile ed umano in linea con gli orientamenti nazionali ed internazionali in materia di prevenzione e riabilitazione dei disturbati psichici e proprio per questo con serena coscienza ne raccomando l'approvazione.

**PRESIDENTE.** Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali.

**PANNELLA.** Desidero premettere brevissime osservazioni sulle valutazioni del Presidente della Camera, che lei signor presidente ha richiamato all'inizio della seduta, e che si riferiscono alle nostre richieste di derogare ai limiti di tempo prescritti, secondo il sesto comma dell'articolo 39 del Regolamento, e di ampliamento della discussione secondo il terzo comma dell'articolo 83.

In merito al primo punto desidero ribadire in questa sede, dopo averlo fatto questa notte e questa mattina in altra sede, che riteniamo profondamente immotivata, ma forse motivata solo politicamente, la conclusione del Presidente che contrasta totalmente con l'articolo 38 del Regolamento, in cui si dice in modo chiaro, inequivocabile e perentorio che i deputati hanno pieno accesso a tutte le fasi del processo formativo della volontà legislativa, sia che avvenga in sede referente, legislativa o redigente, salvo il diritto di voto.

Ad uso, invece, delle esigenze ostruzionistiche della maggioranza sia rispetto al-

la riforma sanitaria che a tutte le altre cose che segnano il passo, in questi dieci giorni si stanno ledendo i diritti dei parlamentari e le prerogative della Camera, provocando molti più danni di quanti la maggioranza non abbia tentato di fare in questi trent'anni. La nuova maggioranza sta stracciando i diritti dei parlamentari e non solo quelli della minoranza, di cui poco mi cale perché ritengo che i diritti dei parlamentari siano ancora più importanti.

Questo comportamento è conseguente alla volontà di ottenere dal Parlamento in poche ore e contemporaneamente, utilizzando la sede legislativa, l'avallo ed il suggello del tutto formale dei gruppi parlamentari, prima ancora che dei parlamentari, secondo un'economia che non è quella del diritto positivo in ordine al modo di legiferare, ma quella di tutelare comunque gli interessi presunti della maggioranza a discapito della serietà del lavoro legislativo.

Ciò premesso, mi dolgo di quello che lei ha detto in merito alla nostra richiesta di ampliamento della discussione generale, perché è vero che il quarto comma dell'articolo 83 del Regolamento stabilisce che le richieste di ampliamento della discussione sulle linee generali devono, di regola, essere formulate non meno di 24 ore prima dell'inizio della discussione, ma è altrettanto vero che la comunicazione di questa riunione è pervenuta ai gruppi al massimo otto, nove ore prima del suo inizio. Pertanto, si tratta di meno di 24 ore. Ora, poiché non vengono computate le ore notturne, mi pare che sarebbe fiscale pretendere che i gruppi si trovasse pronti al momento della discussione. Ho detto questo per principio perché, non accogliendo l'invito rivolto dal relatore a tutti i commissari a dare un contributo alla redazione definitiva del disegno di legge, il nostro gruppo si limiterà a questo unico intervento più che altro per spiegare i motivi per cui non ritiene di poter fornire una collaborazione seria in questa sede. Ha luogo in questi giorni un'aggressione al Parlamento, che gli impedisce di maturare le sue scelte seria-

mente. Il fatto che siano riunite contemporaneamente due Commissioni in sede legislativa, il fatto che la Commissione inquirente sia stata convocata per motivi tanto gravi, significa che tutti i gruppi che non abbiano almeno 60 componenti si trovano in gravissima difficoltà nel fornire quello che è loro richiesto.

Venendo al mio intervento nella discussione generale, la prima considerazione che desidero fare è che il legislatore dovrebbe muoversi in un'ottica per cui ci si deve far carico di varare la più intellegibile delle leggi possibili, in modo che la sua laicità, la sua chiarezza siano rese percorribili al cittadino e non solo ai clerici del potere, sanitario, giuridico o amministrativo che sia.

D'altra parte, per quanto la relazione a questo provvedimento si ingegni a voler affermare che l'origine di questa nostra attività è altra, è indubbio che essa nasce invece dall'iniziativa presa da 700 mila elettori italiani per incidere su norme che non sono affatto desuete, ma che continuano a prendere corpo ancora oggi, senza che in nessuna delle vostre forze politiche questo abbia mai suscitato grossa emozione, fino a quando il partito radicale non s'è fatto carico di mettere in piedi il *referendum* minacciando — perché di questo si tratta — la partecipazione popolare ad uno dei temi più importanti della vita di ogni giorno. Quindi, innanzi tutto, un ringraziamento va fatto, signor presidente, a questi 700 mila cittadini che ci consentono di fare ora questo lavoro. Ma se a costoro va dato un riconoscimento, credo che dobbiamo anche sottolineare che prepariamo oggettivamente una truffa a noi stessi, prima ancora che a loro.

Il metodo dello stralcio è un metodo sul quale c'è stato l'unanime consenso di tutti. Lo stralcio serve a realizzare pessime iniziative; serve, secondo l'unanime filosofia vostra, a ritardare i tempi della riforma di struttura che è necessaria per realizzare effettivamente quanto oggi stiamo esaminando. E voi siete gli stessi che hanno votato in aula contro il compimento dell'*iter* legislativo della riforma sani-

taria. Quindi, mi sia consentito rilevare che quando nella relazione al provvedimento è detto che, al di fuori dell'attuazione della riforma sanitaria, tutto questo poggia sulla sabbia, in realtà si tratta di lacrime di cocodrillo anticipate.

Ci si dice che dobbiamo legiferare di urgenza, in quanto potere e violenza continuano a prendere corpo in 50 mila donne e uomini: e, sensibili a questo, occorre sentire l'urgenza del problema e intervenire. Ma intervenite per non fare. Avete fatto ancora una volta una sceneggiatura, non un disegno di legge. Aderite ad una sceneggiatura che manca di fantasia e di rigore e, soprattutto — ciò mi pare ancora più grave — avete concepito una situazione che disegna un mediocre processo kafkiano nella parte che va dall'articolo 5 agli articoli 7 e 8. Avete creato la classica ripetizione inconsapevole in termini antropologici di una situazione per la quale le cronache ci diranno poi quanti processi kafkiani saranno vissuti da quei 50 mila che vivono oggi processi di violenza letale.

Quello che fate non è umanitario. È in atto un *revival* di Beccaria e dell'umanitarismo, del quale siamo lusingati. Ma quando dite che il presupposto della riforma sanitaria è questo stralcio, voi sapete che, in realtà, create il caos, create una situazione senza punti di riferimento chiari; e vedremo poi come il linguaggio da sceneggiatura e non da diritto positivo è in rapporto necessario di causa ed effetto con questa *vacatio*.

Non avete altra alternativa che quella di portare avanti la riforma sanitaria. Pure, fate ostruzionismo a qualsiasi riforma pur di impedire il *referendum*; quindi, fate ostruzionismo anche alla riforma sanitaria, perché vi date solo il tempo per impedire il fatto politico dei *referendum*. Voi state compiendo un atto di irresponsabilità.

Avete operato uno stralcio. Quando avete varato una legge di portata analoga — mi riferisco a quella sull'aborto — in termini di diritto positivo, avete notato il carattere sabbioso della terra sulla quale vi muovevate ed avete almeno tentato

di trovare degli alibi, o di dimostrare la vostra buona volontà. In quel caso, avete stanziato delle cifre. Ma nel caso di questo provvedimento, nella relazione si dice che esiste non solo un problema relativo al servizio sanitario nazionale, un problema di strutture, ma che esiste anche un problema di disponibilità finanziarie, perché abbiamo *deficit* di migliaia di miliardi nel settore. E siete così convinti della lealtà vostra che non vi siete nemmeno fatti carico, come nel caso dell'aborto, di dire che è necessario stanziare *tot* miliardi. Non avete nemmeno compiuto questo gesto. Con quali mezzi allora andremo incontro alla riforma? E, così come i consultori, strutture di aborto o di non aborto, nella gran parte dei casi non esistono — ma almeno si prevede il volontariato, mentre qui nemmeno questo — così parlate delle unità sanitarie locali, e sapete che state legiferando solo per impedire il *referendum*, state legiferando solo perché il giorno dopo la pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale* questa legge entri in vigore.

Consideriamo per un istante l'articolo 1 di questo disegno di legge. Ho già detto che non parteciperò ulteriormente alla discussione perché il nostro gruppo ha ritenuto che ciò in parte non fosse possibile per motivi di tempo, ma soprattutto perché non ce la siamo sentita di veder trattare i moltissimi emendamenti che questo provvedimento avrebbe richiesto come pretesti ostruzionistici. Io credo che i migliori emendamenti che il nostro gruppo ha proposto — spesso soltanto di pochissime parole, perché anche una sola parola può mutare il significato di un testo — siano nati non perché altrimenti ci avreste potuto accusare di essere interessati soltanto al *referendum*, ma perché si trattava di tentare la modifica di testi legislativi che a noi sono apparsi aberranti e pericolosamente distanti dai veri problemi.

All'articolo 1 date subito dimostrazione del vostro solito stile con la frase: «...nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti

dalla Costituzione». Succede anche qui quanto è successo per l'aborto: la donna è messa sotto processo, però sempre «nel rispetto della dignità della persona» ecc., ecc. Questo però potrebbe anche voler dire che in tutte le leggi, e sono la maggioranza, dove la suddetta precisazione manca, del rispetto della dignità della persona, eccetera, se ne può fare a meno. È così? Se non è così, vuol dire allora che si tratta di una precisazione superflua.

Passando all'articolo 2, se non avessi a disposizione solo 45 minuti e non avessimo deciso di sollevarvi dall'onere del contributo radicale all'elaborazione di questo testo, avremmo da dire molte cose. Al secondo comma si dice che il ricovero ospedaliero può essere disposto solo se esistano gravi alterazioni psichiche e condizioni e circostanze che lo giustifichino. Ci siamo, come per la legge per l'aborto. Si parla di «gravi alterazioni psichiche» come se i parametri fossero unici a livello scientifico. E poi, quali sono le condizioni e le circostanze che giustificano il ricovero? Per chiarire aggiungete «per la impossibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura». Ma allora le condizioni possono essere anche di tipo sociale e non più di tipo medico, ed in tal caso chi è che deve giudicare? Il medico, perché se il medico sa che esiste la struttura pubblica, ma la ritiene non buona perché conosce di persona il primario, quel medico avrà il dovere di ritenere opportuna l'adozione di idonee misure sanitarie di altra natura.

In questo modo continuate a non dare indicazioni precise, anzi, cadete addirittura nel permissivismo come tutti gli autoritari quando decidono di essere liberali. Si tratta infatti di un'indicazione che non serve a nient'altro che ad evidenziare la conflittualità sociale le cui radici affondano in interessi di natura diversa.

Passiamo all'articolo 3. I trattamenti sanitari obbligatori debbono essere accompagnati da una iniziativa: di che tipo? Non si sa. E quello che soprattutto ci sorprende è che l'iniziativa deve essere



volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento. Mi fa paura francamente questo comma, lo raccomando alla vostra attenzione. « I trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da ogni iniziativa volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento ». E se sono economiche, se sono sociali? Create i soldi? Create il lavoro? Perché non solo Basaglia, o il collega Orsini, ma tutti gli psichiatri riconoscono che anche questi elementi incidono nelle condizioni psichiche del diverso, dell'ineguale. Questo comma è quindi una proclamazione, e mi auguro che il relatore ci precisi non quello che si intendeva dire, ma come ritiene che possa venire inteso. Se promuovere il più rapidamente possibile le condizioni per il consenso dell'infermo significa rimuovere le cause del disturbo, questo non può certo farlo rapidamente il trattamento sanitario obbligatorio. Come ha detto il relatore, le cause le conosciamo, sono più complesse, non sono quelle della scuola positivista, ma sono altre, più concrete.

Vi state muovendo secondo moduli identici a quelli della legge per l'aborto e otterrete risultati identici e avrete la mina vagante di una legge che aumenterà la conflittualità sociale e le frustrazioni giorno dopo giorno, ed esploderà contro di voi e lo Stato (forse ne facciamo parte anche noi oltre le brigate rosse!).

E passiamo all'articolo 4. « Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero, corredato dalle certificazioni mediche indicate nell'ultimo comma dell'articolo 2 deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, a mezzo di messo comunale al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune ». Ed entriamo nel processo.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Onorevole Pannella, gradirei l'indicazione di proposte alternative.

PANNELLA. Sono stato impedito dalla maggioranza di far questo. Tutto il nostro gruppo è impedito dal far questo, nel momento in cui contemporaneamente ci si impone di approvare in sede legislativa progetti di legge che voi avete trascinato per anni nel Parlamento e che ora pretendete il Parlamento voti tutti entro dieci giorni.

Ma proseguo la lettura dell'articolo: « Nei casi in cui il trattamento sanitario debba protrarsi oltre il settimo giorno il responsabile sanitario della struttura di ricovero è tenuto a formulare, in tempo utile... » (il relatore ci spieghi, se lo può, cosa significa: utile a chi? a quale tempo? a quale fase del processo?) « ...una proposta motivata al sindaco del luogo di residenza, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare del luogo di residenza dell'infermo con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso ». Quanto tempo ha il giudice tutelare? Il giudice tutelare non ha tempo, se non quello della crisi della giustizia. Il giudice tutelare a Lodi ha certi tempi, a Roma o a Napoli ne ha altri. 48 più 48, più il tempo utile... ma non vi viene il dubbio che questa storia duri un po' troppo a lungo proprio nella sua fase preliminare e garantista? Percorrete da soli l'itinerario ulteriore di questo processo. Io, liberato dalla vostra legge, vi accompagno fino qui. Si dice che l'infermo, anche appena ricoverato, può vedere chiunque e comunicare con chi vuole, ma entro i limiti della disciplina dell'ospedale, con tutto quello che ciò comporta. E voi lo sapete, come sapete che non vi sono negli ospedali le sezioni per questi malati: le sezioni partorienti negli ospedali sono ormai i corridoi e i cessi e il ministro della sanità non ci ha affatto tranquillizzato sul problema del sovraffollamento degli ospedali romani, su quanto accade ancora nella regione Lazio che, malgrado la maggioranza di sinistra, non è riuscita (non per cattiva volontà) a conseguire certi risultati. Esiste il problema della ca-

pienza e del sovraffollamento degli ospedali, esiste il problema dell'attesa per i ricoveri anche per malattie gravi. I soldi li avete dati o li darete ai consultori, che costituiranno un altro di quegli enti inutili e parassitari. Ma a questo punto gli ospedali avranno bisogno delle sezioni aborto e delle sezioni per infermi affetti da malattie mentali, e voi di questo non vi fate carico. Si vuole approvare una legge contro la vacanza legislativa che il referendum può porre, ma un provvedimento come questo lo potete approvare solo se vi sono determinate strutture, e non nella situazione presente. Dovreste demolire domani gli ospedali psichiatrici, i *lager*, e non lo potete fare. Dovete trovare una serie... di che? Di situazioni ancora una volta non legali, di situazioni che di fatto legalizzerete attraverso questa o altre norme di eccezione e dalle quali si potrebbe sperare di uscire fuori solo adottando un nuovo sistema. Per gli infermi attualmente ricoverati l'articolo 8 prevede che entro novanta giorni il primario responsabile della divisione debba comunicare al sindaco i nominativi dei degenti che richiedono il ricovero e per l'omissione di questa comunicazione si configura il reato di omissione di atti di ufficio. Collega Orsini, dopo che cosa succede? Vi è forse un termine al di là del quale non si può continuare a tenere sequestrata una persona?

Concludo dicendo che il gruppo radicale è venuto in questa sede semplicemente per dare una testimonianza di rammarico, perché il clima generale che si è creato attorno ai nostri lavori farebbe sorgere il sospetto che vogliamo instaurare un rapporto sado-masochista. Pertanto, vi auguro di concludere l'esame del disegno di legge entro poco tempo.

FRASCA. Nell'esprimere brevemente il parere del gruppo socialista, desidero dire innanzi tutto che se l'esame del disegno di legge non fosse avvenuto sotto l'urgenza dello svolgimento del referendum e nell'eccezionalità della situazione

politica in cui si trova il nostro paese, molto probabilmente si sarebbe potuta svolgere una discussione più approfondita e il nostro voto favorevole non sarebbe stato garantito così semplicemente. Con ciò non intendo creare un distinguo nell'ambito della maggioranza, ma evidenziare il nostro punto di vista che tiene conto di un'impostazione culturale che su questo problema stiamo portando avanti da venti anni e dei rilievi mossi a questo disegno di legge dalle amministrazioni provinciali e regionali, dagli operatori sanitari e dalle loro associazioni.

Bisogna precisare che per questo disegno di legge è stata adottata una metodica che alcune forze politiche intendevano portare avanti sin dalla precedente legislatura, nel momento in cui si era affermata l'esigenza di procedere alla riforma sanitaria per tappe o per stralci. Questo tentativo, che è stato respinto e che anzi è rientrato, oggi ritorna perché, come ho già detto, vi è l'urgenza del referendum e l'eccezionalità della situazione politica.

Ad ogni modo, deve essere chiaro al Governo, alle forze politiche che formano la maggioranza parlamentare e anche alle altre che, per la parte che ci riguarda, l'approvazione di questo disegno di legge non deve significare rinvio o aggiornamento della riforma sanitaria.

PANNELLA. E allora perché votate contro la riforma sanitaria?

FRASCA. Non abbiamo votato contro la riforma sanitaria; abbiamo fatto semplicemente proposte di rinvio o di anticipazione dell'esame di determinati argomenti tenendo sempre conto di un quadro d'insieme. Per questo siamo socialisti e non radicali: ognuno faccia il proprio mestiere.

Il disegno di legge contiene due proposte innovative che desidero sottolineare al di là di un certo trionfalismo espresso con fretteolosità nel momento in cui il Consiglio dei ministri ha deliberato sul

disegno di legge. Gli elementi positivi sono l'abolizione dei manicomi e l'impostazione del trattamento psichiatrico in modo da rendere la partecipazione dell'infermo al trattamento la più rapida possibile, avendo riguardo anche a tutta la impostazione culturale che abbiamo maturato sul problema della sanità nel nostro paese e che pone la prevenzione al centro del nuovo sistema sanitario. E sappiamo che soltanto con la prevenzione vi può essere una partecipazione dell'utente alla gestione del problema della salute.

Il disegno di legge al nostro esame poteva rappresentare un'occasione per modificare integralmente la legge manicomiale del 1904, invece segue le orme della nota sentenza in materia della Corte costituzionale, e quindi si limita a stabilire soltanto alcune innovazioni, e da questo punto di vista mi si consenta di dire che potrebbe essere considerato non solo una riforma-stralcio ma anche una piccola riforma all'italiana.

Nel momento in cui si ammette il passaggio dell'assistenza psichiatrica dalle amministrazioni provinciali alle regioni, si mantiene in vita la gestione degli ospedali psichiatrici, almeno di quelli esistenti, da parte delle amministrazioni provinciali, e pertanto si viene a creare una confusione di ruoli che non agevola il cammino della riforma. L'onorevole Triva sta facendo cenni di dissenso, ma la interpretazione che noi diamo dell'articolo 7 mi sembra conforme a quanto sto dicendo. Pertanto, questo non è un rilievo secondario ma di fondo.

Desidero inoltre aggiungere che, una volta che si era accettato il principio dello stralcio, si poteva fare uno sforzo per recuperare alcuni articoli portanti del progetto di riforma quali il 15, il 30 ed il 54. Ciò non è stato fatto, anzi debbo dire che rispetto a questi articoli si fa un passo a ritroso nell'articolato del disegno di legge. In modo particolare intendo riferirmi all'articolo 1 che è totalmente in contrasto con l'articolo 15 che ho citato. A questo riguardo sollecitiamo delle modifiche in modo da armonizzare l'artico-

lo 1 con l'articolo 15 del progetto di riforma sanitaria.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Si riferisce al testo approvato dalla Commissione?

FRASCA. Sì. In merito agli accertamenti ed ai trattamenti sanitari obbligatori, mi sembra che la competenza sia assegnata ad un qualsiasi medico, mentre nell'articolo 15 del progetto di riforma si parla di un medico dell'unità sanitaria locale, e pertanto bisogna apportare una modifica che vada in tal senso.

Non mi sembra opportuno mettere sullo stesso piano le strutture pubbliche e quelle private. Anche da questo punto di vista bisogna creare un'armonizzazione con il progetto di riforma sanitaria.

Desidero precisare un ultimo dato molto importante su cui richiamo l'attenzione dei colleghi. Si tratta di questo: ci sembra che si vogliano sostituire i manicomi con appositi servizi psichiatrici da istituire all'interno degli ospedali generali. Secondo noi ciò non ha ragione di essere, perché in questo modo si verrebbe a ripetere un'esperienza da cui si tende ad uscire.

Bisogna rilevare inoltre che rimane insoluta il problema del personale su cui insistono le varie organizzazioni dei medici psichiatrici, perché era venuto il momento di armonizzare e di creare uniformità di trattamento tra il personale medico che cura l'ammalato di mente e quello che cura gli altri ammalati. Non intendo citare tutte le dichiarazioni di buona volontà che sono state fatte sia da parte dei gruppi politici sia da parte del Governo nel momento in cui sono state approvate delle leggi che non solo non hanno modificato, ma hanno aggravato le differenze di trattamento tra una categoria e l'altra di personale.

Infine, devono essere fissate delle date, che attualmente mancano nel disegno di legge. Ad esempio, al secondo comma dell'articolo 7 si dice che « sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria le province continuano ad esercita-

re le funzioni amministrative relative alla gestione degli attuali presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale». Il signor ministro la pensa come la Sibilla cumana del nostro Parlamento — l'onorevole Ugo La Malfa — che afferma la necessità di fare slittare di un anno la riforma sanitaria, oppure la pensa in modo diverso? Credo che la buona volontà da parte sua e del Governo possa essere dimostrata proprio specificando meglio questa disposizione. Questa data, di cui al secondo comma dell'articolo 7, dovrebbe essere uniformata con l'altra contenuta all'ultimo comma dello stesso articolo, dove è previsto che, «a partire dal 1° gennaio 1979, in sede di rinnovo contrattuale si provvederà al graduale adeguamento del trattamento economico», eccetera. Mi pare che queste due date potrebbero collimare, così mi pare che i due commi potrebbero essere armonizzati.

C'è poi un'altra questione, sulla quale vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi e del ministro. Si ha l'impressione che gli estensori di questo disegno di legge abbiano pensato agli ospedali psichiatrici come espressione di una singola provincia, senza prendere in considerazione gli ospedali psichiatrici consortili. Mi interessa citare l'ospedale consortile di Nocera Inferiore, costituito da quattro organizzazioni provinciali, tra le quali una della mia provincia di provenienza. Il personale ospedaliero proviene da più province, in quanto ciascuna provincia cerca di essere garantita con una quota di personale presso l'ospedale consortile. Questo personale graverà su una sola provincia, o farà capo a quella di provenienza? È un nodo che dovrebbe essere sciolto. Ritengo che con una dichiarazione del ministro dovrebbe essere garantito il diritto di opzione del personale.

Inoltre, vorrei che il ministro ci dicesse qualcosa in più sul problema della riqualificazione del personale, soprattutto di quello infermieristico. Chi ha fatto un minimo di esperienza di ospedali psichiatrici, sa che gli infermieri in questo campo non hanno titoli specifici, ma so-

no autentici carcerieri o manovalanza della più varia origine. Che cosa aspettiamo per procedere alla loro riqualificazione professionale? Aspettiamo che si dia inizio alla riforma, o vogliamo interessarci alla questione fin d'ora, in modo che il loro passaggio dagli ospedali psichiatrici a quelli generali non determini traumi per loro e per l'organizzazione degli ospedali? Mi pare che di questo problema il disegno di legge dovrebbe farsi carico.

Per quanto riguarda la soluzione di questi aspetti del provvedimento, noi ci sforzeremo di dare il nostro contributo sia in contatti formali sia in contatti informali, convinti come siamo che, nonostante i limiti cui ho fatto cenno, tuttavia questa legge rappresenti un passo avanti per la realizzazione del nuovo ordinamento sanitario del nostro paese, che tanto sta a cuore al gruppo socialista.

MILANO DE PAOLI VANDA. Non intendiamo in questa sede riprendere tutti i temi che, relativamente all'annosa e drammatica questione psichiatrica, sono stati, a nostro giudizio, già approfonditi sia in Commissione, durante la stesura del testo unificato della riforma sanitaria, sia durante la discussione sulle linee generali che si è svolta in aula attorno al testo stesso.

Vorremmo in questa sede soltanto riaffermare che, a giudizio del nostro gruppo, gli articoli 30 e 54 del testo di riforma sanitaria all'esame dell'Aula sono momenti qualificanti della riforma stessa, e ciò per vari motivi: essi superano il giudizio di disvalore che la cultura positivista e la logica del sistema avevano legato ai malati di mente; riaffermano l'unitarietà del concetto di salute, inteso come benessere complessivo psico-fisico della persona e, conseguentemente, la completezza e l'unitarietà dell'intervento in ordine alla tutela della salute, in osservanza dei principi costituzionali e, in particolare, dell'articolo 32 della Costituzione; si pongono come punto di riferimento concreto per operare alla luce di una maturazione culturale e politica acquisita, che in se

stessa contiene gli elementi di superamento della legge manicomiale del 1904, e si pongono come punto di riferimento per la generalizzazione delle esperienze avanzate che in Italia, più che in altri paesi, si sono realizzate. Da ultimo, ma non in ordine di importanza, tali articoli, nel complesso della riforma e in linea con i principi che la ispirano, restituiscono dignità alla persona che soffre il disagio psichico e alla società, che recupera dignità nella misura in cui è in grado di gestire questa sofferenza nei termini del rispetto del singolo e della collettività e nella prospettiva di un modello di vita nuovo e migliore.

Non vi è dubbio che la soluzione complessiva dei problemi psichiatrici e di tutta la tematica degli interventi sanitari che limitano la libertà personale acquista un giusto spazio solo in un disegno complesso e complessivo di riforma sanitaria, che affronti in unità e completezza i problemi dei livelli istituzionali, dell'organizzazione delle strutture, del coordinamento dei servizi, e così via. Per quanto riguarda la problematica psichiatrica, essa trova la sua soluzione all'interno non solo della riforma sanitaria, ma anche di una serie di riforme che migliorino le condizioni dell'individuo in generale e che, quindi, servano a risolvere tutta una serie di conflittualità.

Tuttavia, la crisi di Governo, le vicende politiche note hanno di fatto prorogato i tempi di approvazione della riforma sanitaria, che pure rimane uno dei punti programmatici di fondo della nuova maggioranza. Nel contempo, la legge n. 36 del 1904 è oggetto del *referendum* e ciò pone vari problemi. Io credo che tutti giudichiamo l'istituto del *referendum* come un istituto democratico, e mi pare che nessuno voglia ignorare l'importanza delle 700 mila firme raccolte. Ma credo che sia anche compito delle forze politiche porsi i problemi che il *referendum* fa nascere. Credo che tutti siamo profondamente convinti che la legge manicomiale debba essere superata — su questo credo che esista una convinzione diffusa —; ma siamo altrettan-

to convinti che lo strumento del *referendum* non sia di per sé né sufficiente né idoneo a superarla di fatto. Infatti nell'ipotesi anche che il *referendum* abbia esito positivo per l'abrogazione della legge, esso sembra sì depenalizzare la malattia mentale, ma lascia anche scoperta a livello di norme e di punti di riferimento un'ampia fascia della sofferenza. Tutto ciò, mentre da un lato crea separazione dagli altri tipi di sofferenza, con il rischio della criminalizzazione del disagio psichico, dall'altro lato fa emergere il pericolo di contropunte reazionarie nel tessuto culturale e sociale, senza peraltro superare in effetti la dolorosa realtà manicomiale.

Da questa valutazione nasce la volontà concorde dei partiti della maggioranza di giungere ad una definizione del problema, anche se parziale e transitoria, al di fuori del *referendum*. Un testo di legge che, al di fuori del progetto di riforma sanitaria, affronti parzialmente questo problema, deve assolvere pertanto a due finalità: essere comunque transitorio, ma transitorio nel senso che ci sia la volontà politica di farlo rimanere tale; deve inoltre non far slittare la riforma, allo stesso tempo recuperando i valori che negli articoli 30 e 54 erano contenuti.

Non credo che sarebbe stato possibile stralciare i due articoli *sic et simpliciter*, poiché essi fanno riferimento a tutto l'impianto della riforma che in questo momento non è in discussione. Mi rendo quindi conto che questo disegno di legge da un lato non può che essere più complesso dei suddetti articoli, e da un altro è rispetto ad essi limitativo, in quanto calato in un contesto diverso da quello della riforma. Tuttavia penso che esso in gran parte si ricolleggi agli articoli 30 e 54.

Osservazioni, emendamenti ed approfondimenti varranno in questa sede a puntualizzare il disegno di legge, ad accentuarne gli aspetti positivi ed a chiarire eventuali ambiguità. Ma vogliamo sin d'ora osservare che questo provvedimento, opportunamente verificato e migliorato, pur nella sua transitorietà, ha la finalità di aprire la strada ad un superamento

reale della situazione manicomiale. Al di là della formulazione dei singoli articoli questo disegno di legge nel suo complesso riafferma il principio costituzionale del diritto alla salute di ogni cittadino, e del diritto dello stesso ad ogni garanzia di tutela della propria dignità e libertà.

Consideriamo positiva l'introduzione del trattamento sanitario obbligatorio nei confronti del disagio psichico, soprattutto perché essa avviene attraverso un'iniziativa di carattere sanitario e non attraverso un'iniziativa di pubblica sicurezza. Inizia in questo modo un processo di superamento del manicomio, processo che sicuramente sarà lungo e non privo di dolore e di problemi, e che, per essere valido - torno a ripetere - non si realizzerà esclusivamente nella riforma sanitaria, ma in una più generale volontà di condurre avanti una linea politica complessiva tendente alla conquista di una dimensione di vita più civile. A parte questo, è ovvio che il processo di superamento del manicomio comincia a realizzarsi nel momento stesso in cui ne chiudiamo l'accesso come ricovero. Certo, resta il problema di non spostare semplicemente i termini della questione; credo che la volontà di tutti sia diretta in questo senso, però il pericolo sussiste egualmente, il pericolo di non considerare questo come un elemento transitorio ed eccezionale del momento terapeutico del disagio psichico.

Altri problemi che questa legge stralcio ci propone sono quelli del ruolo - in coerenza con le leggi dello Stato - degli enti locali e delle regioni, nonché quello del diritto del cittadino alla propria libertà personale anche quando è ammalato.

Infine, l'ultimo problema da non sottovalutare è quello dell'applicabilità di questa legge-stralcio, perché non è sufficiente che noi ci si pieghi ad una politica di tipo tradizionale al fine di risolvere alcuni problemi urgenti, se poi il provvedimento che emaniamo non viene applicato in maniera corretta e corrispondente ad una visione più giusta, nuova e civile dell'intera materia.

CIRINO POMICINO. Non mi soffermerò in generale sulla posizione della Democrazia Cristiana perché lo ha già ampiamente fatto il relatore, e poi il dibattito ci ha portato ad alcune considerazioni di carattere politico che testimoniano la nostra volontà di giungere il più rapidamente possibile al varo del provvedimento in esame.

Si è detto che bisognerebbe ringraziare i 700 mila italiani firmatari per il *referendum*. Noi aderiamo alla volontà di larga parte della opinione pubblica che ritiene necessario il superamento della legge manicomiale, ma se oggi si dice che forse questa legge avrebbe dovuto trovare nel contesto della riforma sanitaria la sua più giusta collocazione, è chiaro che la responsabilità di ciò spetta a chi ha voluto gestire in maniera politicamente distorta la volontà comune del superamento della struttura manicomiale e della legislazione speciale.

Infatti, se oggi non ci trovassimo di fronte ad un'iniziativa abrogativa, forse ci occuperemmo diversamente della legge per collocarla nel più generale contesto della riforma sanitaria. Quindi oggi la maggioranza parlamentare assume la responsabilità di una legge stralcio a fronte del rischio di un *referendum* abrogativo che certamente non rappresenta una soluzione ma richiama e sottolinea la grave responsabilità di chi non ha ritenuto diversi misurare con i reali problemi dell'assistenza psichiatrica limitandosi ad una richiesta abrogativa che ha impedito di fatto di discutere di questi problemi nel contesto della riforma sanitaria.

Il lungo tempo trascorso dalla legislazione speciale del 1904 ad oggi ha determinato una progressiva medicalizzazione del problema psichiatrico, rispetto all'antico carattere giudiziario poliziesco ed emarginante che vi era nella legge del 1904. Il rischio però altrettanto grave è quello di voler socializzare totalmente tutti i meccanismi psico patogeni all'interno del settore psichiatrico, non cogliendo le interazioni di fattori medici e sociali che condizionano l'insorgere e l'evolversi della malattia psichica

Il dato positivo del disegno di legge al nostro esame è rappresentato dal tentativo di cogliere in maniera nuova quanto esiste nella problematica più strettamente sociale capace di condizionare l'insorgenza e l'evolversi della malattia psichiatrica, senza per altro respingere il problema di natura medica spesso all'origine dell'insorgenza della patologia psichiatrica.

Vorrei ricordare che già durante la presentazione alla Camera del programma del primo Governo Andreotti si era manifestata la disponibilità del Governo, dei partiti che lo sostenevano e dei partiti dell'astensione al superamento della legge manicomiale, indicando nella riforma sanitaria la giusta collocazione di una nuova normativa in proposito.

Occorre ricordare però che se ciò non è avvenuto, nonostante l'inizio dell'esame della legge di riforma avviata dall'aula con l'approvazione dei primi 10 articoli, il motivo è da ricercare nell'apertura della crisi di Governo prima e nelle scadenze referendarie dopo.

Gli oratori finora intervenuti nella discussione hanno messo in risalto la parzialità del provvedimento al nostro esame, il cui completamento potrà avvenire solo in sede di riforma sanitaria e hanno messo in risalto la mancanza di un necessario dettagliamento di alcune condizioni. A tale proposito vorrei sottolineare come un settore delicato come questo, in cui si assiste ad una continua evoluzione culturale e professionale, non richieda una legge rigida e dettagliata, legge che in tal modo impedirebbe il recepimento delle continue evoluzioni che in questo campo possono avvenire determinando una scelta autoritaria che non consentirebbe alle forze politiche a livello istituzionale (Regioni e comuni) di gestire quanto di nuovo può verificarsi nei prossimi anni. Ci troviamo in un campo difficilmente inquadrabile, come può essere invece quello delle malattie infettive che consente e richiede appunto una legislazione abbastanza rigida e dettagliata.

Ecco perché non è stata né la fretta, né una dimenticanza il non voler dettagliare questo provvedimento per quanto

riguarda gli aspetti di natura organizzativa e strutturale, ma è stata una scelta politica appropriata, perché siamo convinti che le realtà locali, proprio per quel giusto richiamo fatto da alcuni sull'importanza dei fattori sociali capaci di condizionare l'insorgenza e l'evolversi delle malattie mentali, potranno determinare un modello più appropriato e continuamente adattabile di intervento.

Ma il provvedimento al nostro esame coglie anche il giusto equilibrio tra le esigenze di natura medica e la necessità di rimuovere gli ostacoli di natura sociale che condizionano l'insorgenza e l'evolversi della malattia psichica, quando ipotizza un tipo di iniziativa terapeutica che non è rappresentata esclusivamente dal ricovero ospedaliero, ma al contrario, individua nei servizi *extra* ospedalieri la struttura portante dell'iniziativa terapeutica nel campo psichiatrico.

Uno dei concetti più nuovi del disegno di legge è rappresentato dal discorso della continuità terapeutica. Viene per la prima volta riconosciuto che uno dei mali di tutta la struttura sanitaria del paese è quello della separazione del momento curativo da quello riabilitativo, nei vari settori della medicina e si individua, come supporto essenziale della nuova legislazione, la continuità terapeutica che caratterizza oggi il disegno di legge al nostro esame per il settore psichiatrico, ma che dovrà caratterizzare sempre di più l'interazione dei vari momenti anche negli altri settori di intervento del servizio sanitario nazionale. Aver voluto indicare in questo provvedimento una struttura capace di realizzare questa continuità terapeutica, con l'utilizzazione del personale sia nelle strutture ospedaliere che *extra* ospedaliere, rappresenta un elemento di novità e la risposta più logica e moderna all'esigenza, sottolineata da più parti, della rimozione delle cause non sempre di natura medica che determinano l'insorgenza della malattia psichica.

Si è voluto inoltre indicare il dipartimento come l'unico tipo di struttura che, proprio per la diversa origine dell'insor-

genza delle malattie psichiche, richiede sul piano terapeutico il recupero di competenze diverse ma complementari rispetto all'obiettivo della salute mentale e che non sono solo di natura medica. Cioè l'aver indicato nella struttura dipartimentale la struttura cardine in cui si realizza la continuità terapeutica e la complementarità delle competenze, rappresenta il taglio nuovo rispondente alle esigenze che le forze culturali e sociali e politiche hanno portato avanti in questi anni in dibattiti ed iniziative.

Condivido le affermazioni fatte dall'onorevole Milano in ordine alla transitorietà della legge, ma con una specificazione: la volontà delle forze politiche, che si apprestano ad approvare il disegno di legge, di affrontare rapidamente e concludere la riforma sanitaria sarà il modo di sottolineare politicamente ed in maniera incisiva la transitorietà del provvedimento al nostro esame che dovrà trovare il suo completamento nella riforma sanitaria. Però, starei attento ad enfatizzare l'elemento della transitorietà rispetto al momento dell'approvazione della riforma sanitaria, perché non vorrei che sul piano della gestione periferica e degli altri livelli istituzionali questa transitorietà venisse intesa come momento paralizzante e di « attendismo » rispetto alla riforma sanitaria. Le forze politiche e parlamentari debbono farsi carico anche della capacità attuativa di questa legge sin dalla sua approvazione.

Mi permetto di sottolineare alle forze politiche ed al Governo (vedremo meglio questo aspetto quando passeremo all'esame dei singoli articoli) che, per la realizzazione di alcune strutture negli ospedali generali, bisognerà intravedere i mezzi finanziari anche modesti (qui il ministro della sanità opererà di concerto con i ministri finanziari) che dovranno essere devoluti alla regione, pur considerando le scadenze ben precise stabilite nel disegno di legge. Non vorrei, infatti, che si combinarsero l'elemento della transitorietà che qui è stato richiamato con la mancanza dell'individuazione dei mezzi finanziari per realizzare le nuove strutture negli ospedali

generali. Non mi riferisco alla gestione dei nuovi servizi (la scelta è di mantenere la responsabilità sui bilanci delle amministrazioni provinciali), bensì all'istituzione di quei nuovi servizi all'interno degli ospedali generali che potranno consentire almeno l'inizio del superamento degli attuali ospedali psichiatrici, per cui bisognerà fare mente locale per individuare un minimo di mezzi finanziari che permettano di dare inizio a questo tipo di realizzazione. In caso contrario, le transitorietà e la non certezza dei mezzi finanziari...

TRIVA. Per fortuna non c'è l'onorevole Pannella!

CIRINO POMICINO. ...finiranno per impedire qualsiasi pur minima attuazione al disegno di legge (ciò accadrebbe in molte regioni ma in particolare in quelle meridionali dove il dramma è più acuto).

Mi avvio alla conclusione del mio intervento dando così una risposta all'urgenza di limitare al massimo la discussione sulle linee generali. Rilevo solo che esiste già una larga convergenza sul testo presentato dal Governo e noi dobbiamo compiere uno sforzo, se vogliamo intendere la transitorietà come propedeutica alla riforma sanitaria e non come un *escamotage* per superare alcune scadenze referendarie affinché anche all'interno delle strutture esistenti e gestite dall'amministrazione provinciale si possa, per quanto è possibile con questo disegno di legge, arrivare ad una omogeneizzazione di condizioni atte a consentire nel breve volgere di alcuni mesi — questo è il nostro augurio — un più facile recepimento della riforma sanitaria. Se, invece, lasciassimo inalterate le strutture giuridiche di alcuni settori, come quello della psichiatria, probabilmente non faremo che aggravare i momenti divaricanti all'interno della gestione provinciale e regionale e rischieremo così di allontanare o di rendere più disagiata il recepimento del futuro testo di riforma sanitaria. Anche per questo il gruppo della democrazia cristiana si riserva, in sede di discussione dei sin-



goli articoli, di dare il proprio contributo attraverso la presentazione di emendamenti che consentano la più completa omogeneizzazione nel settore della spedalità pubblica, psichiatrica e generale, capace di mettere almeno sullo stesso piede di parità settori che dovranno poi essere di nuovo rivisti e gestiti legislativamente nel testo di riforma sanitaria.

**PRESIDENTE.** Nessun altro chiedendo di parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

**ORSINI BRUNO, Relatore.** Desidero fare molto brevemente alcune considerazioni. Si è detto che è enfatico, teatrale ed espressione di una sceneggiatura il fatto che l'articolo 1 del disegno di legge si richiami ai principi della Costituzione. Credo che questa affermazione non sia mai stata così fuori luogo come in questo caso. Avverto profondamente come psichiatra, prima ancora che come deputato, i valori che il disegno di legge rappresenta richiamandosi ad affermazioni che sono di grande significato morale, prima che sociale, per il paese: la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana; è punita ogni violenza fisica e morale sulle persone comunque sottoposte a restrizioni di libertà. Chiunque sappia che cosa sono stati i manicomi italiani e qualche volta che cosa sono...

**BERLINGUER GIOVANNI.** Soprattutto che cosa sono.

**ORSINI BRUNO, Relatore.** ...comprendo che il richiamarsi a questi principi non è superfluo. Dobbiamo tener presente comunque che il cammino che questa legislazione predispone avverrà tra mille difficoltà.

L'onorevole Pannella non è più presente, ma desidero replicare ad alcune sue affermazioni anche per fare rimanere agli atti parlamentari le mie considerazioni. Non è possibile affrontare i più gravi e

complessi problemi della società italiana soltanto con la politica dei no, con abrogazioni, rifiuti o cancellazioni. Credo sia dovere di tutti compiere uno sforzo, in una situazione difficile, per sostituire le norme obsolete ed inique con altre norme positive, aperte ed omogenee con i principi che la Costituzione detta per la vita della società nazionale. Ciò avviene sicuramente in modo perfettibile e qualche volta errato, ma non è possibile opporre ai problemi soltanto la politica dell'exasperazione e della negazione della soluzione che essi richiedono.

So bene che la formulazione dell'articolo 2 concernente i trattamenti sanitari obbligatori è perfettibile, ma questa sera stessa cercheremo di migliorarla. So bene che altre affermazioni possono dar luogo a facili ironie, ma in questa materia ogni soluzione pone problemi alternativi e complessi e il tipo di soluzione che è stato elaborato, e lo sarà ancora, rappresenta un costruttivo, genuino e concorde tentativo delle forze politiche per superare tali difficoltà.

È stato ricordato che il disegno di legge potrà trovare attuazione soltanto nell'ambito della complessiva ristrutturazione del sistema sanitario italiano che la riforma sanitaria prefigura. Io stesso mi sono permesso di dirlo ed è certamente vero: su questo punto si sono soffermati gli onorevoli Frasca, Milano, Cirino Pomicino e Pannella. Devo dire, però, che il cammino che questa legge traccia è un lungo cammino, che comunque avrebbe dovuto essere percorso, anche in presenza di una riforma sanitaria già approvata. Il trasferimento delle funzioni alle regioni, il coordinamento tra i servizi nel territorio, la mobilità del personale, alcuni interventi di pianificazione, costituiscono dei passi che in ogni caso avrebbero dovuto essere compiuti. Essendo questo provvedimento un primo passo nella direzione della riforma sanitaria, le sue disposizioni si muovono in un senso che avremmo dovuto seguire comunque. Questo dico soprattutto all'onorevole Frasca, il quale lamentava il mancato raccordo con l'articolo 15 della

riforma sanitaria. A suo avviso, tutto sarebbe stato più facile se l'articolo 15 fosse stato già operante; devo ripetere che nulla vieta che ci si muova in quella direzione.

Non posso che concordare con quanto è stato affermato dall'onorevole Vanda Milano e dall'onorevole Cirino Pomicino. Vorrei anch'io sottolineare che la riforma sanitaria è un impegno della nuova maggioranza, così come era un impegno della precedente maggioranza. Con l'onorevole Vanda Milano vorrei sottolineare la consapevolezza che abbiamo che la cura dei disturbati psichici richiede una crescita complessiva della società italiana, che va al di là della pura legislazione tecnica. Con l'onorevole Cirino Pomicino vorrei sottolineare che è impegno delle forze politiche far sì che questo provvedimento non costituisca soltanto un espediente per evitare il *referendum*, ma costituisca la traccia di un importante, lungo, difficile cammino da percorrere nella direzione dell'umanizzazione della politica per la salute mentale nel nostro paese. Ciò è obiettivo del Governo, ed è obiettivo della grandissima maggioranza delle forze politiche presenti nel paese.

ANSELMI TINA, *Ministro della sanità*. Nel ringraziare il relatore ed i colleghi che sono intervenuti, desidero fare alcune dichiarazioni, senza entrare nel merito dei singoli problemi, che affronteremo poi in sede di emendamenti agli articoli. Innanzi tutto, desidero ricordare che il disegno di legge del Governo, per scelta politica dei partiti, non è nato come iniziativa autonoma del Governo. Infatti, si è voluto che esso ricavasse i suoi contenuti dal testo della riforma sanitaria in discussione alla Camera, in quanto, da una parte, non si voleva vanificare l'approfondimento che già in Commissione era stato portato avanti in modo molto serio e, dall'altra, si voleva ribadire che, se l'imminenza del *referendum* ci ha imposto questo stralcio e questo anticipo di riforma, il collegamento del testo di questo disegno di legge con quello della riforma

sanitaria conferma la volontà del Governo e delle forze politiche di non dilatare i tempi della riforma sanitaria stessa. Con questo disegno di legge, si riafferma l'urgenza e la necessità di portare a compimento la riforma sanitaria, realizzando nel paese in modo compiuto la creazione del servizio sanitario nazionale. Sono profondamente convinta che ogni ritardo nella approvazione della riforma sanitaria, motivato dalla parziale realizzazione di alcuni impegni, significherebbe creare disarmonie e sfasature che peserebbero molto gravemente non solo dal punto di vista della spesa, ma anche e soprattutto dal punto di vista della tutela della salute del cittadino.

Il giorno successivo all'approvazione della mozione di fiducia al Governo, il 17 marzo, abbiamo cominciato, a livello di esperti dei partiti, ad analizzare questa materia, proprio in conseguenza di precisi impegni che erano stati presi. Certamente, come è stato rilevato, anche nell'applicazione di questa legge, come nell'applicazione di tutte quelle misure che saranno prese nell'ambito della riforma sanitaria, si porrà l'esigenza di garantire una omogeneità di trattamento per tutti i cittadini. Devo dire che le preoccupazioni espresse per questo specifico settore devono essere espresse più in generale. A questo fine, nel periodo in cui il Parlamento sarà impegnato nell'esame della riforma sanitaria, intendo predisporre, attraverso il centro studi del Ministero della sanità, tutti quei contributi culturali e tecnici che possano servire da supporto alle regioni, affinché, nella loro autonomia e nella loro responsabilità, abbiano dei punti di riferimento, che garantiscano al massimo la realizzazione più omogenea possibile di strutture, di interventi, di qualificazione dei servizi.

Per quanto riguarda in modo più specifico il disegno di legge al nostro esame, desidero dire che esso certamente si collega all'esigenza non solo di realizzare al più presto dei servizi all'interno delle strutture ospedaliere, ma anche di garantire che in questo settore di intervento

vi sia personale qualitativamente idoneo alla realizzazione di quei fini che vanno raggiunti attraverso la chiusura graduale degli ospedali psichiatrici. In questo modo, certamente si elimineranno alcuni aspetti che, sul piano culturale e civile, non sono più compatibili con la coscienza sanitaria del paese. Mi riferisco all'intervento segregante e, quindi, peggiorativo delle condizioni dell'ammalato. Tuttavia, la chiusura degli ospedali psichiatrici non sarà sufficiente, di per sé, come tutti sappiamo, a risolvere tutti i problemi in questo campo. Per ottenere i fini che ci proponiamo, sarà soprattutto necessario predisporre — come giustamente è stato rilevato — un'azione preventiva, che possa costituire la base per evitare queste forme di malattia.

Ciò significa un impegno globale di tutte le strutture, soprattutto di quelle periferiche, affinché attraverso una più moderna concezione e realizzazione della politica assistenziale sia consentito ridurre al massimo quell'area di 50 mila ammalati che s'impongono alla nostra attenzione in modo tanto drammatico. Noi oggi cerchiamo di realizzare una parte della prevista politica di interventi nel settore, e ciò comporta un notevole sforzo anche nei confronti dell'applicazione del provvedimento in esame, applicazione che dovrà essere la più piena ed idonea possibile.

Tengo infine a sottolineare come l'articolo in esame sia frutto di una lunga elaborazione e di un notevole sforzo compiuto dal Governo assieme alle forze politiche. E questa una precisazione doverosa al fine di evitare che qualcuno nel paese, interessato a togliere valore al disegno di legge, tenti di farlo apparire come una legge improvvisata mentre in realtà esso è stato notevolmente approfondito, ed ha alle sue spalle un lungo dibattito.

Tale precisazione si rivela necessaria anche perché sappiamo quanta sensibilità vi sia intorno a questo problema, ma proprio per questo è logico pensare che se tanta sensibilità si riscontra sull'argomento nell'opinione pubblica, almeno altrettanta sarà riscontrabile nel legislatore

che per mesi ha scavato nella materia cercando di elaborare un provvedimento idoneo e sensibile alle esigenze.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame degli articoli. Do lettura del primo articolo:

ART. 1.

*(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).*

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Tuttavia, accertamenti e trattamenti sanitari possono essere disposti in via obbligatoria dall'autorità sanitaria nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, nei casi di cui alla presente legge e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta medica motivata.

Il relatore Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 1 con il seguente:*

ART. 1.

*(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).*

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari.

Nei casi di cui alla presente legge, e in quelli espressamente previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dalla autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici garantiti dalla Costituzione, compreso per quanto possibile il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di

enti o istituzioni pubbliche sono attuati dai presidi sanitari pubblici territoriali e, ove necessari la degenza, presso le strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio, chi vi è sottoposto ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato.

Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta motivata di un medico.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Questo articolo non è innovativo nei confronti della proposta del Governo, ma raccoglie in un'unica norma le disposizioni che nel testo governativo sono contenute parte nell'articolo 1 e parte nell'articolo 3. Vorrei anche sottolineare come in questo articolo si parli di trattamenti sanitari obbligatori senza specificare che si tratti di interventi di natura psichiatrica.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 1 nel testo sostitutivo proposto dal relatore.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 2.

(*Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale*).

Le misure di cui al secondo comma dell'articolo precedente possono essere disposte nei confronti delle persone affette da malattie mentali.

Qualora il trattamento sanitario obbligatorio comporti il ricovero ospedaliero, esso può essere disposto solo se esistano gravi alterazioni psichiche e condizioni e circostanze che lo giustifichino per la im-

possibilità di adottare idonee misure sanitarie di altra natura.

La proposta di trattamento obbligatorio in regime di ricovero deve essere motivata in relazione ai presupposti indicati nel comma precedente, la cui esistenza va verificata dal medico della struttura di ricovero.

Il relatore Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire il secondo comma con il seguente:*

« Nei casi di cui al precedente comma la proposta di trattamento sanitario obbligatorio può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se gli stessi non vengano accettati dall'infermo e se non esistano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie *extra* ospedaliere ».

I deputati Triva, Palopoli, Milano De Paoli Vanda e Tiraboschi hanno presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'ultimo comma con il seguente:*

« Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 da parte di un medico della struttura sanitaria pubblica e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel comma precedente ».

TRIVA. Il senso del nostro emendamento è molto chiaro. La diversa formulazione dell'articolo 2 mira a rendere evidente che i trattamenti sanitari obbligatori in condizione di degenza devono intervenire solo per determinate situazioni, essendo chiarito esplicitamente nell'articolo stesso che la sede prioritaria per gli interventi sanitari nei confronti delle alterazioni psichiche non è il ricovero ospedaliero, ma sono i presidi *extra* ospedalieri.

All'ultimo comma dell'articolo 1 si legge che gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco, nella sua qualità di autorità sanitaria locale, su proposta medica motivata. Voglio osservare che con il nostro emendamento si assicura al cittadino un ampio arco di garanzie: l'iniziale proposta del medico, la successiva convalida della proposta di trattamento sanitario obbligatorio, la possibilità che il responsabile sanitario della struttura di degenza dimetta l'ammalato qualora constatati l'insussistenza delle motivazioni che hanno determinato il ricovero. Abbiamo quindi tre filtri che garantiscono il cittadino nei suoi diritti fondamentali.

Dobbiamo aver presenti alcuni problemi. In primo luogo, l'ordinanza del sindaco è un provvedimento immediatamente esecutivo che può essere revocato solo dal giudice tutelare. Anche per questo nell'articolo 1 si era originariamente proposto di prevedere che i trattamenti sanitari obbligatori dovessero essere disposti su proposta di un medico della struttura pubblica. Questa proposta aveva un suo significato, proprio tenendo conto del carattere immediatamente esecutivo dell'ordinanza del sindaco e della particolare rilevanza della fattispecie in esame. La malattia mentale infatti può comportare non solo un trattamento sanitario obbligatorio, ma una limitazione della libertà personale. Se stabiliamo che il sindaco che riceve la proposta di trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero la fa convalidare da un medico della struttura pubblica, e quindi dispone l'ordinanza, si offre una garanzia anche al sindaco; altrimenti, si finisce col far derivare meccanicamente la decisione dalla proposta di un qualsiasi medico. Di fatto accade già che il sindaco, quale autorità sanitaria, consulti il sanitario della struttura pubblica prima di prendere una decisione, per cui non facciamo altro che rendere esplicita questa procedura, non provocando alcun rallentamento né stabilendo *a priori* controlli che debbono invece essere fatti *a posteriori*; infatti il medico della struttura di ricovero resta ugualmente nelle condizioni, una volta provveduto al ricovero, di accertare quan-

do questo non sia più necessario e dimettere quindi l'ammalato. L'ordinanza, però, deve essere eseguita: si tratta, infatti, di una garanzia nei confronti sia del cittadino che dell'autorità amministrativa che assolve in quel momento le funzioni di autorità sanitaria. Per questi motivi insistiamo su questo emendamento.

CIRINO POMICINO. Non condivido questo emendamento, perché quella che può sembrare un'esigenza garantista rischia, per la strutturazione dei nostri comuni, di restare soltanto una garanzia formale e burocratica. La convalida sarebbe fatta da un medico che spesso ha una specifica competenza in materia e che non farebbe altro che approvare la proposta motivata del ricovero. È un passaggio burocratico che garantisce formalmente, ma non sostanzialmente, l'interessato.

Il nostro sforzo è diretto ad individuare in modo preciso e dettagliato le condizioni per cui è possibile fare la proposta di trattamento in regime di ricovero. Ora, al sindaco viene presentata una proposta motivata, ma non è lui ad accertare l'esistenza delle condizioni indicate nel secondo comma dell'articolo 2. Ciò avverrebbe, infatti, ad opera del pubblico ufficiale che svolge le funzioni di medico in quel momento. Non si può stabilire che il medico comunale di turno debba mettere la sua controfirma alla proposta anche perché, quando si è costretti a disporre un ricovero coatto, il medico comunale dovrebbe visitare l'ammalato; per cui anche nelle ore serali si dovrebbero mandare presso i comuni gli ammalati che debbono essere trasportati nelle strutture di ricovero.

Il ricovero è possibile solo se esistono tre condizioni ben precise che sono indicate nell'articolo 2. Ciò costituisce una garanzia sufficiente. Altrimenti il medico che fa la proposta motivata finirà in sostanza col diventare il consulente tecnico del sindaco.

TIRABOSCHI. Come è già stato ricordato dall'onorevole Triva, l'emendamento

in realtà dà delle garanzie più complete e compiute non solo nei confronti del cittadino che si trova nelle condizioni di subire un trattamento sanitario obbligatorio, ma anche del sindaco che deve adottare l'ordinanza, e cioè il provvedimento decisivo di tutto questo meccanismo. Ecco perché insistiamo sull'emendamento.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Vorrei innanzitutto sottolineare che non è stato facile trovare una formulazione che sostituisse il concetto della pericolosità a sé o agli altri. Ma credo che il punto in cui si prevedono situazioni oggettive che autorizzano la proposta e il successivo provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio per disturbi psichici sia sufficientemente articolato e non abbia bisogno di ulteriori commenti.

Per quanto riguarda l'emendamento Triva ed altri, esprimo il mio apprezzamento per le esigenze garantiste che sottende, ma dissento dalla proposta concreta che da queste esigenze deriva. Non vorrei che troppi filtri intasassero l'acquedotto e non passasse in modo sufficientemente tempestivo un'acqua che deve giungere rapidamente alla foce, soprattutto quando si tratta di situazioni psichiatriche gravi che richiedono interventi immediati.

Non mi stancherò mai di dire che questa preoccupazione di abusi in materia di ricoveri per motivi psichiatrici deve essere ridimensionata; in 70 anni — a quanto io sappia — non vi è stato un caso di sentenza passata in giudicato per sequestri di persona, per ricoveri indebiti. Certo, negli ospedali psichiatrici si sta male. Ma qui sono previsti una decisione del sindaco, il controllo del giudice tutelare, la possibilità della revoca, per cui è impensabile ipotizzare possibili abusi. Io rispetto le opinioni di tutti, ma esprimo il mio dissenso a questo emendamento di cui, peraltro, apprezzo le intenzioni e le motivazioni.

AGNELLI SUSANNA. Pensiamo ai casi estremi: il medico straniero che si pre-

senti al comune dicendo che vi è un ammalato da ricoverare, come farà senza l'ufficiale sanitario?

ORSINI BRUNO, *Relatore*. In questo caso bisognerà considerare l'iscrizione all'albo.

AGNELLI SUSANNA. Credo che il sindaco prima di firmare debba sentire il suo ufficiale sanitario.

ANSELMINI TINA, *Ministro della sanità*. Esprimo la mia preoccupazione per l'emendamento Triva ed altri. Già in precedenza questo punto è stato a lungo discusso e approfondito e ricordo che si volle prevedere una convalida *a posteriori* del provvedimento di ricovero da parte dello specialista, proprio perché si disse che il medico o l'ufficiale che avanzava la proposta di ricovero poteva non avere una sufficiente ed adeguata preparazione nella materia e commettere quindi un errore. Si chiamava quindi lo specialista della struttura sanitaria a convalidare il provvedimento o a revocarlo.

Se invece ora ammettiamo che la convalida deve avvenire prima del ricovero, non abbiamo sufficienti garanzie, perché può accadere che essa sia fatta da un medico generico, che darebbe una convalida certo meno qualificante e meno capace di offrire garanzie di quella, peraltro prevista entro un arco limitato di tempo, data da parte dello specialista che prende in cura l'ammalato.

In ogni caso consiglieri una formulazione diversa nel senso di recuperare, se ciò può dare maggiori garanzie, il punto che la certificazione in base alla quale il sindaco assume il provvedimento sia fatta da un medico della struttura pubblica; ad ogni modo garantiamo che il secondo attestato sia di uno specialista, perché altrimenti disponiamo la ripetizione di un atto che non garantisce, nella sostanza, l'ammalato.

PRESIDENTE. La proposta del ministro di recuperare il discorso del riferi-

mento al medico della struttura pubblica, è condivisa o no dai presentatori?

TIRABOSCHI. Preferisco mantenere l'emendamento nell'attuale formulazione.

TRIVA. Sono d'accordo con l'onorevole Tiraboschi.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'emendamento del relatore Orsini Bruno sostitutivo del secondo comma.

(È approvato).

Pongo in votazione l'emendamento Triva ed altri sostitutivo dell'ultimo comma.

(È approvato).

Pongo in votazione l'articolo 2 nel suo complesso con le modifiche testé appor- tate.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 3.

(Modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori).

Salva la scelta del medico e del luogo di cura, gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori a carico dello Stato e di enti o istituzioni pubbliche sono attuati presso le strutture sanitarie pubbliche o convenzionate.

I trattamenti sanitari obbligatori devono essere accompagnati da ogni iniziativa volta a promuovere, il più rapidamente possibile, le condizioni per il consenso e per la partecipazione dell'infermo al trattamento.

Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

Qualora il trattamento sanitario obbligatorio consista nel ricovero in una struttura pubblica per una malattia mentale, esso deve essere attuato esclusivamente in specifici ed autonomi servizi psichiatrici

di diagnosi e cura degli ospedali generali, previsti all'interno di dipartimenti che comprendano i presidi e i servizi extra ospedalieri psichiatrici e che garantiscano la continuità terapeutica.

L'ordinamento dei servizi di diagnosi e cura psichiatrici istituiti negli ospedali generali deve uniformarsi alle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

Il relatore onorevole Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento:

*Sopprimere l'intero articolo.*

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Si tratta di una materia che è stata assorbita in gran parte nell'articolo 1 e che per la restante parte è regolata da un successivo articolo aggiuntivo 6-bis.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 3 di cui il relatore Orsini Bruno ha chiesto la soppressione.

(È respinto).

L'articolo 3 s'intende pertanto soppresso.

Do lettura dell'articolo successivo:

#### ART. 4.

(Procedimento relativo ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero).

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero, corredato dalle certificazioni mediche indicate nell'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, a mezzo di messo comunale al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, convalida o non convalida il provvedimento con decreto motivato.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il set-

timo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il responsabile sanitario della struttura di ricovero è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco del luogo di residenza, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare del luogo di residenza dell'infermo con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Sulla base delle comunicazioni del responsabile della struttura di ricovero, il sindaco dà comunicazione al giudice tutelare della cessazione del trattamento sanitario obbligatorio o della sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso.

Il giudice tutelare, qualora sussista la necessità, adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo e quarto comma del presente articolo 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.

Il relatore onorevole Orsini Bruno ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'intero articolo con il seguente:*

#### ART. 4.

*(Procedimento relativo ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero per malattia mentale).*

Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero di cui all'articolo 2, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'ultimo comma dell'articolo 1 e dalla convalida di cui all'ultimo comma dell'articolo 2, deve essere notificato, entro 48 ore dal ricovero, a mezzo di messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

Il giudice tutelare, entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune. Se il provvedimento di cui al primo comma è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero degli interni e al consolato competente, tramite il prefetto.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il responsabile sanitario della struttura di ricovero è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario di cui al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per conservare e amministrare il patrimonio dell'infermo.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo e quinto comma del presente articolo 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.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Questo emendamento sostitutivo ricalca sostanzialmente l'impostazione del disegno di legge presentato dal Governo. Dato che l'intervento del sindaco ha un ruolo significativo nelle situazioni previste da questa legge, ci siamo posti il problema di identificare quale sia il sindaco competente per ogni singolo caso, se quello del luogo in cui si è verificata la manifestazione morbosa, oppure quello del luogo di abituale residenza del malato. Inoltre, abbiamo cercato di regolamentare il caso di cittadini stranieri o di apolidi, non previsto nell'originario disegno di legge.

Ne è risultata una normativa semplificata, che elimina impacci funzionali notevoli, evitando lo spostamento di carteggi da un sindaco all'altro. Per il resto, la normativa che abbiamo studiata non è, nella sostanza, innovativa rispetto all'impostazione contenuta nel disegno di legge.

PRESIDENTE. Vorrei precisare che in questo emendamento del relatore sono prese in considerazione le preoccupazioni che esprimeva questa mattina l'onorevole Susanna Agnelli, nella riunione informale che si è avuta tra i gruppi su questo argomento.

TRIVA. Mi sembra che con questo emendamento e con la presentazione dell'articolo aggiuntivo 6-bis siano stati sciolti molti nodi che erano oggetto delle nostre preoccupazioni. Per un perfezionamento del testo propongo il seguente subemendamento all'emendamento del relatore:

*Al quarto comma, sostituire le parole: « il responsabile sanitario della struttura di ricovero » con le seguenti: « il sanitario responsabile del servizio psichiatrico di cui al successivo articolo 6-bis ».*

TIRABOSCHI. Sono favorevole, anche se devo far notare che non mi pare vero

che tutti i nodi siano stati sciolti con la presentazione dell'articolo aggiuntivo 6-bis.

PALOPOLI. In relazione a quanto previsto nel secondo comma, emerge l'opportunità di prevedere la comunicazione al sindaco, da parte del giudice tutelare, della convalida o meno del provvedimento che dispone il ricovero, in modo che la successiva parte dello stesso comma possa avere maggior senso. Propongo, dunque, il seguente subemendamento all'emendamento del relatore: *dopo le parole: « convalidare il provvedimento », aggiungere le seguenti: « e ne dà comunicazione al sindaco ».*

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Sono favorevole ai subemendamenti proposti.

ANSELMINI TINA, *Ministro della sanità*. Concordo anch'io sugli emendamenti proposti. Circa quanto disposto nel terzo comma, devo rilevare che tutti gli atti amministrativi presso i consolati vengono compiuti dal Ministero degli interni: non c'è mai un rapporto diretto con il prefetto.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Si è fatto riferimento al prefetto perché è l'autorità più vicina a livello locale.

TRIVA. A me pare abbastanza evidente che, appena sarà varata questa legge, il Ministero degli interni attraverso una circolare indicherà ai prefetti come si dovranno comportare.

PRESIDENTE. Pongo in votazione il subemendamento Palopoli al secondo comma.

*(È approvato).*

Pongo in votazione il subemendamento Triva al quarto comma.

*(È approvato).*

Pongo in votazione l'articolo 4 nel testo sostitutivo proposto dal relatore, con le modifiche approvate.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 5.

*(Revoca e modifica del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio).*

Chiunque vi abbia interesse può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro trenta giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato.

Il relatore Bruno Orsini ha presentato i seguenti emendamenti:

*Al primo comma sostituire le parole: « Chiunque vi abbia interesse », con l'altra: « Chiunque ».*

*Al secondo comma sostituire la parola: « trenta », con l'altra: « dieci ».*

Pongo in votazione l'emendamento al primo comma.

*(È approvato).*

Pongo in votazione l'emendamento al secondo comma.

*(È approvato).*

Pongo in votazione l'articolo 5 con le modifiche testè apportate.

*(È approvato).*

Do lettura dell'articolo successivo:

ART. 6.

*(Tutela giurisdizionale).*

L'infermo sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma dell'articolo 4, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

Nel processo davanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

Il presidente del tribunale fissa l'udienza di comparizione delle parti con decreto in calce al ricorso che, a cura del cancelliere, è notificato alle parti nonché al pubblico ministero.

Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.

Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo avere assunto informazioni e raccolte le prove disposte di ufficio o richieste dalle parti.

I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.

Il relatore Bruno Orsini ha presentato il seguente emendamento.

*Al primo comma sostituire la parola « L'infermo » con le altre « Chi è ».*

Lo pongo in votazione.

*(È approvato).*

Pongo in votazione l'articolo 6 con l'emendamento testè apportato.

*(È approvato).*

Il relatore Orsini Bruno ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

*Dopo l'articolo 6, inserire il seguente:*

ART. 6-bis.

*(Modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori).*

Salvo quanto disposto dall'articolo 8, dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali, che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche, sono effettuati nei servizi psichiatrici di cui al comma seguente.

Le regioni, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge devono essere istituiti specifici ed autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

Ai servizi e presidi *extra* ospedalieri spetta di provvedere di norma agli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali.

I servizi di cui al 1° e 2° comma, dotati di un numero di posti letto non superiore a 20, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

L'ordinamento dei servizi di diagnosi e cura di cui al primo e secondo comma deve uniformarsi alle disposizioni contenute nel decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128.

TIRABOSCHI. Il nostro gruppo è contrario perché con questo articolo aggiuntivo si crea un momento di separazione nella cura della malattia mentale all'interno dell'ospedale mentre, al contrario, abbiamo bisogno di stabilire che non ci deve essere

separazione tra essa e la cura delle malattie — diciamo — di competenza della medicina generale. È infatti nostra ferma intenzione evidenziare come i servizi psichiatrici negli ospedali generali non devono significare in alcun modo l'istituzione di nuove formazioni psichiatriche all'interno degli ospedali stessi. Piuttosto la scelta migliore sarebbe affidare la cura della malattia mentale a servizi alternativi che devono essere organizzati sul territorio.

Per tale particolare motivo ritengo che al primo comma di questo articolo bisognerebbe prevedere che normalmente gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della malattia mentale dovranno essere effettuati nei servizi extra-ospedalieri, cosa che corrisponde a quanto già stabilito nel progetto di riforma sanitaria che è ora all'esame dell'Aula.

Successivamente va regolata la possibilità di disporre in alcuni casi il ricovero, che dovrà sempre essere limitato a pochi giorni, negli ospedali generali. La mia proposta è quindi di ribaltare l'ordine delle disposizioni contenute nell'articolo 6-bis: cioè precisare all'inizio che normalmente la cura viene realizzata nei servizi alternativi *extra* ospedalieri, e poi regolare i ricoveri, indicando che essi devono aver luogo nei servizi di diagnosi e cura degli ospedali generali organizzati secondo una visione dipartimentale.

Ritengo inoltre che al secondo comma debba essere soppressa la parola « autonomi ».

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Ma se sopprimiamo questo termine, i servizi psichiatrici di diagnosi e cura diventano, a norma delle leggi vigenti, sezioni dei reparti neurologici determinando così un regresso di quindici anni. I servizi o sono autonomi o sono aggregati ad una divisione: in quest'ultimo caso sarebbero aggregati a quella di neurologia. Arriveremmo alla « neurologizzazione » della psichiatria.

TIRABOSCHI. Queste osservazioni del relatore non sono assolutamente convincenti; pertanto insisto perché questo termine sia soppresso.

Con il richiamo all'autonomia rimane la separazione di queste strutture dalle altre. D'altra parte, si tratta soltanto di dare una definizione a questi servizi psichiatrici, non di individuare i metodi di cura delle malattie mentali. Si tratta di definire i servizi psichiatrici, che devono funzionare per casi particolari ed acuti, che possono e devono durare alcuni giorni. Se non stiamo attenti, con l'attuale dizione corriamo il rischio di istituire posti letto di lunga degenza negli ospedali generali per questi malati.

MILANO DE PAOLI VANDA. Anziché lasciare sola la parola « autonomi » potremmo adottare l'espressione « autonomi rispetto alle divisioni esistenti ».

TIRABOSCHI. Insisto perché venga soppressa la parola « autonomi ».

CIRINO POMICINO. Circa la questione del mantenimento del termine « autonomi » condivido la considerazione del relatore. Se il discorso dell'autonomia non viene messo in chiaro, mi pare che si possa già intravedere una forma di rapporto gerarchico dei nuovi servizi rispetto alle divisioni neurologiche esistenti.

Ritengo inoltre che si debba recuperare l'antica dizione che faceva riferimento ai « servizi psichiatrici pubblici o convenzionati », perché molte zone presentano una situazione oggettivamente difficile.

Per quanto riguarda il secondo comma dell'articolo 6-bis, circa il termine di 60 giorni previsto per la realizzazione dei servizi psichiatrici all'interno degli ospedali generali, esso andrebbe rivisto perché in un periodo così limitato certamente nessuno sarà in condizione di predisporre questi servizi.

Per quanto riguarda il numero dei posti letto, che è previsto non debba essere superiore a venti, vorrei rilevare che si può presentare l'esigenza che la regione, per una determinata provincia che ha un solo ospedale generale, sia costretta a prevedere una struttura di 30 posti letto invece che 20. Dobbiamo cioè lasciare alle regioni la capacità di individuare lo spa-

zio di degenza occorrente nelle singole province. La provincia di Benevento, ad esempio, ha un solo ospedale, e la regione potrebbe richiedere per essa uno spazio maggiore di degenza. Ciò rientra nei suoi compiti programmatori e non incide minimamente sulla sostanza della normativa. Proporrei quindi di sopprimere al quarto comma l'inciso « dotati di un numero di posti letto non superiore a 20 ».

TRIVA. Concordo con l'onorevole Tiraboschi sulla necessità di iniziare l'articolo con una norma di carattere generale, che del resto il testo attuale già contiene.

Per quanto riguarda il desiderio dell'onorevole Cirino Pomicino di recuperare l'antica dizione di « servizi psichiatrici pubblici o convenzionati », credo sarebbe più opportuno formulare semmai un comma apposito che preveda che le regioni possono convenzionarsi con strutture private che abbiano analoghi servizi.

Per quanto riguarda il problema dei 60 giorni, non si può prevedere questo periodo solo per individuare, da parte delle regioni, gli ospedali generali idonei a questo tipo di ricoveri; infatti si abrogano gli articoli 1, 2 e 3 eccetera della legge del 1904 nelle norme finali di questa legge: allora dove vanno i malati nella fase di passaggio dalla vecchia alla nuova normativa? Si deve invece stabilire che gli ospedali entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge devono istituire i servizi psichiatrici. Così avremo la continuità e la copertura dell'assistenza fin dal primo giorno di abrogazione della vecchia legge.

Per quanto riguarda il numero di posti letto, il nostro gruppo propone di abbassarlo a 15. Siamo d'accordo sulla facoltà programmatica delle regioni, ma bisogna stabilire un accordo con il numero degli abitanti.

CIRINO POMICINO. L'apposito decreto ministeriale offre alle regioni parametri cui esse, nell'ambito del piano regionale, si devono attenere. Il problema poi non riguarda le zone urbanizzate con molti ospedali generali, in cui venti posti sono anche troppi. Ma si tratta di garantire

alle regioni un potere programmatico, anche per evitare il rischio della proliferazione negli ospedali generali di una serie di strutture, con tutto ciò che questo comporta.

TRIVA. Bisogna che allora vi mettiate d'accordo con gli esperti della vostra parte uno dei quali, non più tardi di alcuni giorni fa, ha detto che si doveva evitare l'opposto, cioè che la regione individuasse in un intero ambito regionale solo tre ospedali generali in cui attuare il servizio, mentre invece questi devono essere disseminati nel territorio.

Quindi, per tornare al problema di una migliore formulazione dell'articolo 6-bis, credo che l'attuale terzo comma dovrebbe diventare il primo.

Si potrebbe formulare il comma in questo modo: « Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati, di norma, dai presidi e servizi psichiatrici *extra ospedalieri* ».

PALOPOLI. Bisognerebbe forse precisare: « servizi psichiatrici e di igiene mentale ».

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Così facendo però si introduce una dicotomia, perché anche l'igiene mentale è un servizio psichiatrico.

TRIVA. Ritengo che sia opportuno lasciare le parole « servizi psichiatrici *extra ospedalieri* ».

Quanto all'attuale primo comma, che diventerebbe secondo, dovrebbe essere così formulato: « A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali, che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituzioni pubbliche, sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui al comma successivo ».

Infine, poiché stiamo istituendo presso gli ospedali generali un servizio psichiatrico

nuovo, dopo aver definito tali servizi, stabiliremo la possibilità di stipulare convenzioni anche con le strutture private aventi analoghi requisiti; perché, anche se si tratta di strutture convenzionate, queste debbono essere collegate con il territorio.

PALOPOLI. Vorrei richiamare l'attenzione dei colleghi, del relatore e del ministro sul fatto che stiamo approvando una legge che avvia un processo nei cui confronti è necessario impegnare soprattutto le categorie più direttamente interessate, ovvero gli operatori del settore. Con tali operatori abbiamo avuto numerosi incontri, dai quali è emersa la volontà precisa degli interessati di articolare la distribuzione territoriale e di contenere il numero dei posti letto per ogni servizio psichiatrico da istituire negli ospedali civili.

Per quanto riguarda la questione del fabbisogno di posti letto in relazione al numero degli abitanti, i parametri cui si fa riferimento sono statici in un certo senso, e vanno visti alla luce dell'enorme quantità di pazienti che in realtà non sono disturbati mentali ma vengono trattati come tali.

Mi rendo perfettamente conto che l'attuazione di questa norma crea grossi problemi, quali ad esempio il passaggio e la mobilità del personale dei servizi attuali ai nuovi servizi, tuttavia credo che si debba dare un indirizzo rigoroso dal punto di vista dell'impostazione. Dobbiamo quindi adottare qualsiasi pratico provvedimento emerga, anche da parte delle regioni; provvedimento di cui si potrà poi tener conto in fase di elaborazione della riforma sanitaria.

Rimane quindi il fatto che dobbiamo contenere il più possibile il numero dei posti letto negli ospedali, anche perché non avendo al nostro attivo un'ampia esperienza di gestione degli interventi per la salute mentale di tipo avanzato, non siamo in grado di avere garanzie che ovunque si manifesterà una spinta alla più rigorosa applicazione della nuova nor-

mativa. Io ritengo, da quanto detto fino a questo momento da tutti gli operatori psichiatrici che abbiamo consultato in rappresentanza delle associazioni di categoria più importanti, che l'indicazione proposta dal nostro gruppo di 15 posti letto sia pienamente responsabile. Semmai potrebbe essere adottata la dizione « di norma non superiore a 15 posti letto », che dà un'indicazione di orientamento, ma conservando un carattere di elasticità necessario a fronte dell'attuale distribuzione territoriale degli ospedali.

MILANO DE PAOLI VANDA. Del resto abbiamo aperto la possibilità di fare delle convenzioni con strutture che possano garantire lo stesso servizio ospedaliero.

TIRABOSCHI. Condivido le motivazioni della proposta dell'onorevole Palopoli, ma non la sua argomentazione conclusiva. Più abbassiamo il numero inserendo le parole « di norma », e più facilitiamo le argomentazioni per non stare nella norma. Bisogna essere precisi e ritengo, data la situazione che abbiamo nel paese, che ci si possa ragionevolmente attestare su un numero di 20 posti letto; la dizione da preferire mi sembra quella proposta dal relatore di « posti letto non superiori a venti ».

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Accogliendo le indicazioni dell'onorevole Tiraboschi, condivise da altri colleghi, proporrei di porre come primo comma l'attuale terzo formulandolo nel seguente modo: « I servizi e i presidi psichiatrici *extra* ospedalieri provvedono di norma agli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali ».

Ritengo poi che il secondo comma dell'articolo 6-bis che recita: « ...individuano gli ospedali generali nei quali, entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, devono essere istituiti specifici ed autonomi servizi psichiatrici di diagnosi e cura » potrebbe essere formulato in questo modo: « ... individuano entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge gli ospedali generali nei quali devono essere istituiti specifici ed autonomi ser-

vizi psichiatrici di diagnosi e cura », evitando così le preoccupazioni che ha espresso l'onorevole Cirino Pomicino ed essendo certi di fare una cosa seria.

Quanto ai rilievi dell'onorevole Tiraboschi circa il mantenimento del termine « autonomi » oltre alla considerazione già fatta vorrei ricordare che su questo argomento esiste un parere dell'AMOPi che conferma che l'aggettivo « autonomi » si rende necessario, perché, altrimenti, questi servizi, ai sensi delle disposizioni della legge 12 febbraio 1968, n. 132, dovrebbero essere aggregati alle sezioni affini e, quindi, soggetti alla gestione degli operatori della salute mentale; ripeto quindi che essi diverrebbero solo sezioni psichiatriche ospedaliere a dipendenza prevalentemente neurologica, annullando l'intervento specificamente psichiatrico.

BERLINGUER GIOVANNI. Non vedo nulla di male nel collegare questi servizi con la neurologia, la psichiatria, o altre sezioni affini. Definire i servizi in questione come servizi « autonomi » sarebbe pericoloso, giacché essi saranno di dimensioni assai limitate, e non assorbiranno certamente tutta l'attività psichiatrica.

PRESIDENTE. In effetti, come i colleghi fanno, in base alle leggi attuali, ogni servizio o è autonomo o si collega ad una divisione esistente.

PALOPOLI. A mio avviso, se la preoccupazione del relatore attiene all'esigenza di trovare una formulazione che escluda l'associazione dei servizi che dobbiamo istituire a divisioni o sezioni già esistenti, si potrebbe trovare il modo di rendere esplicito questo punto. Potremmo dire che i nuovi servizi non vanno « aggregati » a quelli esistenti. Del resto, non credo che l'onorevole Tiraboschi voglia che questi servizi siano aggregati alle divisioni neurologiche.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Per quanto riguarda infine il quarto comma dell'articolo 6-bis, proporrei questa formulazione: « I servizi psichiatrici di cui al secondo e terzo comma, dotati di un numero di po-

sti-letto di norma non superiore a 20... ». La restante parte del comma rimarrebbe invariata.

Vorrei fare alcune considerazioni. La prima è che abbiamo deciso che questi siano servizi svolti da centri psichiatrici pubblici, ed il personale degli attuali servizi psichiatrici pubblici è scarso quantitativamente, essendo gli organici previsti dalla vigente legge del 1969 in gran parte non coperti; e difficilmente potranno essere coperti nell'arco di 60 giorni. D'altra parte, se vogliamo evitare il proliferare di assunzioni e di concorsi, dobbiamo puntare a soluzioni quale quella prevista. Però atomizzando eccessivamente il numero dei servizi psichiatrici ospedalieri creiamo automaticamente il problema di un aumento del personale, rendendo di fatto non realizzabile l'operazione sopra detta che presenta già notevoli difficoltà di vario tipo.

D'altra parte l'ancoraggio al territorio mi pare sia stato opportunamente stabilito con il richiamo all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616. Il numero di 20 posti letto è approssimato per difetto rispetto alla situazione verosimile, anche nella più ottimistica valutazione dei servizi territoriali della spedalizzazione, e non è limitato ai ricoveri coatti ma riguarda anche i volontari, comprendendo quindi tutta la spedalizzazione psichiatrica. I parametri dell'OMS prevedono nei paesi avanzati lo 0,4 per mille di posti-letto, il che vuol dire 40 posti-letto per 1.000 abitanti. Noi pensiamo che sia opportuno prevederne 20 in considerazione dell'esigenza di rendere applicabile questa legge nella realtà italiana; come si vede siamo ben lontani dal velleitarismo di cui parlava l'onorevole Pannella, perché camminiamo con i piedi per terra, cercando di dar vita ad una legge che pur nei suoi obiettivi ideali non prescindia dai dati di fatto.

Purtroppo un dato di fatto è la mancanza di ospedali in cui inserire i servizi psichiatrici; se per 250 mila abitanti c'è un solo ospedale, è chiaro che diventa obbligatorio inserire solo lì il servizio psichiatrico, perché non si può costruire un nuovo ospedale soltanto a tal fine;

d'altronde forse il nuovo ospedale si costruirà, ma certamente non in 60 giorni.

È basilare che il legislatore vari una legge non avulsa dalla realtà con la quale dobbiamo fare i conti; anche tenendo conto che la reazione già in atto da parte degli ambienti più restii ad una innovazione profonda della politica per la salute mentale, fa leva proprio sull'inadeguatezza tecnica e sull'incapacità di una gestione seria ed efficace. Stando così le cose, parlare di numero di posti-letto « non superiore a 20 » rappresenta un atto di coraggio che investe più la speranza che la certezza.

PRESIDENTE. L'onorevole Cirino Pomicino ha presentato il seguente emendamento:

*Aggiungere dopo l'ultimo comma i seguenti:*

« Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura in possesso dei requisiti prescritti presso le quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al comma precedente convenzioni ai sensi del successivo articolo 7 ».

Se non vi sono obiezioni, sospendo la seduta per consentire un'intesa tra i vari gruppi politici sull'articolo 6-bis.

*(Così rimane stabilito).*

**La seduta, sospesa alle 20,45, riprende alle 24.**

PRESIDENTE. Do lettura della nuova formulazione dell'articolo 6-bis testé concordato di intesa tra i gruppi politici:

ART. 6-bis.

*(Modalità degli accertamenti e dei trattamenti sanitari obbligatori).*

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali

sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici *extra* ospedalieri.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i trattamenti sanitari per malattie mentali, che comportino la necessità di degenza ospedaliera e che siano a carico dello Stato o di enti e istituti pubblici sono effettuati, salvo quanto disposto dal successivo articolo 8, nei servizi psichiatrici di cui al comma successivo.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, anche con riferimento agli ambiti territoriali previsti dal secondo e terzo comma dell'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, individuano gli ospedali generali nei quali entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge devono essere istituiti specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura.

I servizi di cui al secondo e terzo comma che sono ordinati secondo quanto è previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, per i servizi speciali obbligatori negli ospedali generali e che non devono essere dotati di un numero di posti-letto superiore a 15, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, sono organicamente e funzionalmente collegati, in forma dipartimentale, con gli altri servizi e presidi psichiatrici esistenti nel territorio.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano le istituzioni private di ricovero e cura in possesso dei requisiti prescritti, presso le quali possono essere attuati trattamenti sanitari obbligatori e volontari in regime di ricovero.

In relazione alle esigenze assistenziali, le province possono stipulare con le istituzioni di cui al comma precedente convenzioni ai sensi del successivo articolo 7.

CIRINO POMICINO. Ritiro l'emendamento che avevo presentato poiché il suo contenuto è recepito nell'attuale formulazione dell'articolo 6-bis.

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Su questo articolo, al cui nuovo testo si è giunti

con l'intesa tra i vari gruppi politici, desidero esprimere una mia riserva relativa alla mancata introduzione, al quarto comma, dell'espressione « di norma », nonché per il fatto che il numero dei posti-letto sia stato fissato in quindici e non in venti.

PRESIDENTE. Pongo in votazione l'articolo 6-bis nella formulazione di cui ora ho dato lettura.

(È approvato).

Do lettura dell'articolo successivo.

#### ART. 7.

*(Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica).*

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza ospedaliera psichiatrica, già esercitate dalle province, sono trasferite per i territori di loro competenza alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e Bolzano.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli attuali presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano individuano entro il 30 giugno 1978 le strutture pubbliche e private idonee ai trattamenti sanitari obbligatori in regime di ricovero o presso le quali debbono essere istituiti i servizi di cui al quarto comma dell'articolo 3, programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio, attuano il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento.

Nuove iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.



È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali e istituire negli ospedali divisioni o sezioni psichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni provinciali si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi di diagnosi e cura psichiatrici degli ospedali generali è addetto lo stesso personale degli attuali servizi psichiatrici ospedalieri ed *extra* ospedalieri.

I conseguenti rapporti finanziari tra le province e gli enti ospedalieri, nonché la utilizzazione del personale, sono regolati da apposite convenzioni conformi a schemi approvati entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della sanità sentite le regioni e l'Unione delle province d'Italia.

Dall'approvazione della legge sull'istituzione del servizio sanitario nazionale e, comunque, a partire dal 1° gennaio 1979, in sede di rinnovo contrattuale si provvederà al graduale adeguamento del trattamento economico e degli istituti normativi di carattere economico del personale degli attuali ospedali psichiatrici pubblici a quelli delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

Il relatore ha presentato il seguente emendamento:

*Sostituire l'articolo 7 con il seguente:*

ART. 7.

*(Trasferimento alle regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera psichiatrica).*

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le funzioni amministrative concernenti l'assistenza psichiatrica in

condizioni di degenza ospedaliera, già esercitate dalle province, sono trasferite per i territori di loro competenza alle regioni ordinarie e a statuto speciale. Resta ferma l'attuale competenza delle province autonome di Trento e di Bolzano.

L'assistenza ospedaliera disciplinata dagli articoli 12 e 13 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, comprende i ricoveri ospedalieri per alterazioni psichiche.

Restano ferme fino a tale data le disposizioni vigenti in ordine alla competenza delle spese.

A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge le regioni esercitano anche nei confronti degli ospedali psichiatrici le funzioni che svolgono nei confronti degli altri ospedali.

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, e comunque non oltre il 1° gennaio 1979, le province continuano ad esercitare le funzioni amministrative relative alla gestione degli attuali ospedali psichiatrici e ogni altra funzione riguardante i servizi psichiatrici e di igiene mentale.

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano programmano e coordinano l'organizzazione dei presidi e servizi psichiatrici e di igiene mentale con le altre strutture sanitarie operanti nel territorio e attuano il graduale superamento degli attuali ospedali psichiatrici e la diversa utilizzazione delle strutture esistenti e di quelle in via di completamento. Tali iniziative non possono comportare maggiori oneri per i bilanci delle amministrazioni provinciali.

È in ogni caso vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici, utilizzare quelli attualmente esistenti come divisioni specialistiche psichiatriche di ospedali generali, istituire negli ospedali generali divisioni o sezioni psichiatriche e utilizzare come tali divisioni o sezioni neurologiche o neuropsichiatriche.

Agli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici dipendenti dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza o da altri enti pubblici o dalle amministrazioni

provinciali si applicano i divieti di cui all'articolo 6 del decreto-legge 29 dicembre 1977, n. 946, convertito con modificazioni nella legge 27 febbraio 1978, n. 43.

Ai servizi di diagnosi e cura psichiatrici degli ospedali generali è addetto personale degli attuali ospedali psichiatrici e dei servizi e presidi psichiatrici pubblici *extra* ospedalieri.

I conseguenti rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni conformi ad uno schema tipo da approvare entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della sanità di intesa con le regioni, l'Unione delle province d'Italia e sentite, per quanto riguarda i problemi del personale, le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative.

Lo schema tipo di convenzione dovrà disciplinare tra l'altro il collegamento organico e funzionale di cui al quarto comma dell'articolo 6-bis, i rapporti finanziari tra le province e gli istituti di ricovero e l'impiego, anche mediante comando, del personale di cui al settimo comma.

Con decorrenza dal primo gennaio 1979 in sede di rinnovo contrattuale saranno stabilite norme per la graduale omogeneizzazione tra il trattamento economico e gli istituti normativi di carattere economico del personale degli attuali ospedali psichiatrici pubblici e dei presidi e servizi psichiatrici pubblici e di igiene mentale e quelli delle corrispondenti categorie del personale degli enti ospedalieri.

TRIVA. Nel decimo comma si dice che i rapporti tra le province, gli enti ospedalieri e le altre strutture di ricovero e cura sono regolati da apposite convenzioni che, per quanto riguarda i problemi del personale, devono essere approvate d'intesa anche con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative: non mi pare che nel testo precedentemente concordato tra i gruppi fosse inserito il termine « di categoria » ed io ritengo che tale specificazione non sia opportuna in quanto la presenza dei sindacati con-

federali è importante quanto quella dei sindacati di categoria, per cui sarebbe più opportuna una dizione generica.

ANSELMI TINA, *Ministro della sanità*. Se i sindacati di categoria ne faranno richiesta parteciperanno all'incontro anche i sindacati confederali. D'altra parte in tutti i contratti si fa riferimento alle rappresentanze di categoria.

TRIVA. Ma qui si tratta di contratti, e la dizione generica permetterebbe di far intervenire all'eventuale incontro indifferentemente i sindacati di categoria o quelli confederali.

ANSELMI TINA, *Ministro della sanità*. Ma è chiaramente impossibile stipulare una convenzione riguardante una data categoria senza la presenza dei suoi rappresentanti, quindi l'espressione « di categoria » garantisce la presenza di questi rappresentanti senza escludere la presenza dei sindacati confederali; al contrario, se non ci fosse quella specificazione, potrebbe verificarsi il caso della presenza dei sindacati confederali ma non dei rappresentanti di categoria. In conclusione, mentre la presenza dei sindacati di categoria è obbligatoria, quella dei sindacati confederali può essere richiesta.

TRIVA. In questo senso sono d'accordo.

PRESIDENTE. Pongo in votazione lo emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 7.

(È approvato).

Dò lettura dell'articolo successivo.

ART. 8.

(*Infermi già ricoverati*).

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati al momento della entrata in vigore della presente legge nelle attuali strutture psichiatriche in base a provvedimenti coattivi.

Per tali degenti il primario responsabile della divisione entro novanta giorni

dall'entrata in vigore della presente legge, comunica al sindaco con singole relazioni motivate i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il trattamento sanitario obbligatorio e di quelli per i quali tale misura non sia necessaria.

Il sindaco provvede per ciascun degente secondo le modalità e con il rispetto degli adempimenti di cui all'articolo 4.

L'omissione delle comunicazioni di cui al presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento coattivo di ricovero e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Il relatore ha presentato il seguente emendamento interamente sostitutivo dell'articolo 8.

ART. 8.

*(Infermi già ricoverati negli ospedali psichiatrici).*

Le norme di cui alla presente legge si applicano anche agli infermi ricoverati negli attuali ospedali psichiatrici al momento dell'entrata in vigore della presente legge.

Il primario responsabile della divisione entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con singole relazioni motivate, comunica al sindaco del comune di residenza del ricoverato i nominativi dei degenti per i quali ritiene necessario il proseguimento del trattamento sanitario obbligatorio presso la stessa struttura di ricovero indicando la durata presumibile del trattamento stesso.

Il sindaco, disposto il provvedimento di cui all'articolo 4, ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e secondo comma dello stesso articolo 4.

L'omissione delle comunicazioni di cui al presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento coattivo di ricovero e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

Con riferimento a quanto previsto al quinto comma dell'articolo 7, in temporanea deroga a quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 6-bis, gli attuali ospedali psichiatrici possono ricoverare, sempre che ne facciano richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge e che necessitano di trattamento psichiatrico in regime di degenza ospedaliera.

TRIVA. Desideravo dire che sarebbe opportuno fare un più netto riferimento alla provvisorietà delle situazioni prospettate nell'articolo 8, dovute al fatto che le strutture territoriali, allo stato attuale delle cose, non sono idonee a soddisfare le nuove esigenze. Manca, infatti, nel testo, l'esplicito richiamo alla volontà dell'interessato; va chiarito cioè che è questi a fare la richiesta di rimanere in stato di ricovero in prima persona. Altrimenti rischieremo, se non cerchiamo sin d'ora di superare queste limitazioni, di non modificare la situazione dal momento che le strutture, in quanto tali, non sono in grado di superare i condizionamenti.

MARRAFFINI. Non si capisce bene in effetti chi siano i ricoverati ai quali fa riferimento questo articolo. Deve essere chiaro che questa norma fa riferimento alla persona ricoverata il cui ricovero da coatto diventa volontario, per cui il malato rimane nello stesso ospedale, ma in una situazione diversa, cioè non vi è una nuova immissione di malati, ma soltanto una modificazione di *status*.

FORNI. Condivido l'opinione del collega Triva relativa alla necessità di specificare meglio la necessità del consenso dell'interessato.

ANSELMI TINA, *Ministro della sanità*. Sono d'accordo in quanto si tratta di un aspetto sostanziale.

MILANO DE PAOLI VANDA. La norma intende stabilire che coloro i quali fino ad oggi sono stati ricoverati in regime di obbligatorietà, possono, dietro ri-

chiesta, rimanere internati nello stesso ospedale, ma come volontari. La formulazione attuale invece potrebbe far nascere il dubbio che ci si riferisca anche a chi, pur essendo stato ricoverato in precedenza in regime di obbligatorietà, ai sensi della legge del 1904, sia stato poi dimesso prima dell'approvazione di questa legge, sicché questi può rientrare con trattamento sanitario obbligatorio nell'ospedale psichiatrico, in base alla disposizione in oggetto: « coloro che vi sono stati ricoverati anteriormente... ».

ORSINI BRUNO, *Relatore*. Capisco la preoccupazione dell'onorevole Milano per il possibile ricovero coattivo; se questa formulazione lascia aperta tale ipotesi, dobbiamo riformularla in modo più chiaro.

In effetti il discorso che intendiamo fare è che possono rientrare in ospedali psichiatrici, per loro scelta, solo coloro che ci sono in quel momento o ci sono stati in passato.

Allora, invece che « gli attuali ospedali psichiatrici possano ricoverare, sempre che ne facciano richiesta... » sarebbe più chiaro dire: « negli attuali ospedali psichiatrici possono essere ricoverati, su loro richiesta, esclusivamente coloro che vi sono stati ricoverati... ».

PRESIDENTE. D'accordo. Pongo quindi in votazione l'emendamento del relatore interamente sostitutivo dell'articolo 8, con la modifica testé indicata dallo stesso relatore.

(È approvato).

Poiché all'articolo successivo non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

ART. 9.

(*Modifiche al codice penale*).

Nella rubrica del libro III, titolo I, capo I, sezione III, paragrafo 6 del codice penale sono soppresse le parole: « di alienati di mente ».

Nella rubrica dell'articolo 716 del codice penale sono soppresse le parole: « di infermi di mente o ».

Nello stesso articolo sono soppresse le parole: « a uno stabilimento di cura o ».

(È approvato).

Il relatore ha presentato il seguente articolo aggiuntivo:

ART. 9-bis.

« Le attribuzioni in materia sanitaria del direttore, dei primari, degli aiuti e degli assistenti degli attuali ospedali psichiatrici sono quelle stabilite dalle norme di cui agli articoli 4, 5 e 7 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 ».

PALOPOLI. Propongo che, in sede di coordinamento, questo articolo venga collocato in modo diverso, ad esempio dopo l'articolo 8.

PRESIDENTE. Pongo dunque in votazione l'articolo 9-bis, chiedendo alla Commissione di essere autorizzata, in sede di coordinamento, a dargli una collocazione più congrua.

(È approvato).

Poiché al successivo articolo 10 non sono stati presentati emendamenti, lo porrò direttamente in votazione dopo averne dato lettura:

ART. 10.

(*Norme finali*).

Sono abrogati gli articoli 1, 2, 3 e 3-bis della legge 14 febbraio 1904, n. 36, concernente « Disposizioni sui manicomi e sugli alienati » e successive modificazioni, l'articolo 420 del codice civile, gli articoli 714, 715 e 717 del codice penale, il n. 1 dell'articolo 2 e l'articolo 3 del decreto del Presidente della Repubblica 20

marzo 1967, n. 223, nonché ogni altra disposizione incompatibile con la presente legge.

Le disposizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8 della presente legge restano in vigore fino alla data di entrata in vigore della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Fino a quando non si provvederà a modificare, coordinare e riunire in un testo unico le disposizioni vigenti in materia di profilassi internazionale e di malattie infettive e diffuse, ivi comprese le vaccinazioni obbligatorie, sono fatte salve in materia di trattamenti sanitari obbligatori le competenze delle autorità militari, dei medici di porto, aeroporto e di frontiera e dei comandanti di navi o di aeromobili.

La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta ufficiale* della Repubblica.

(È approvato).

Il seguito della discussione del disegno di legge è rinviato a martedì 2 maggio alle ore 11.

**La seduta termina alle 0,50 di sabato 29 aprile 1978.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO SERVIZIO  
DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI  
DOTT. TEODOSIO ZOTTA

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO