FACOLTA' TEOLOGICA DELL'ITALIA SETTENTRIONALE
CHIESA CATTOLICA TORINESE
MASTER UNIVERSITARIO IN BIOETICA

A. A. 2008-2009

---

TESI CONCLUSIVA DEL MASTER

# L'ASSOCIAZIONISMO SORTO IN SEGUITO ALL'EMANAZIONE DELLA LEGGE 180/78: PROBLEMI DELLE FAMIGLIE, PROBLEMI RELAZIONALI ED ETICI.

TESISTA: CARLO RUBIOLA

RELATORI :

PROF. SECONDO FASSINO
DOTT.SA NADIA DELSEDIME

---

TORINO, SETTEMBRE 2009

# INTRODUZIONE

La tesi conclusiva del precedente anno di corso, intitolata <<La deontologia del farmacista: aspetti bioetici>>, era stata da me sviluppata in qualità professionista di un servizio sanitario rivolto al pubblico in generale.

La presente tesi, di conclusione del Master, viene invece sviluppata in qualità di interprete dell'utenza di un servizio sanitario rivolto ad una peculiare categoria di pazienti ed ai loro famigliari. Una lunga esperienza personale e di collaborazione con l'associazione Di.A.Psi. (Difesa Ammalati Psichici) del Piemonte dovrebbe consentirmi di trattare gli argomenti con cognizione di causa e anche sotto il profilo etico.

Oggetto della presente tesi sono i problemi delle famiglie di pazienti psicotici e borderline, problemi gravi e di difficile soluzione che hanno indotto i famigliari ad associarsi sin dal periodo iniziale della riforma psichiatrica.

Gli argomenti specialistici sono ovviamente trattati da profano, ma presumo che possano interessare psichiatri e psicologi. In definitiva, la tesi dovrebbe interessare tutti coloro che sono sensibili ai problemi delle famiglie dei malati mentali.

Pur conoscendo centinaia di dati ed un'abbondante casistica, i motivi di spazio mi costringono ad effettuare una scelta tra argomenti e notizie da riportare, argomenti che raggruppo come segue.


I ) LA RIFORMA PSICHIATRICA

1. Breve descrizione della Legge 180/78, di alcuni articoli della Legge 833/78, e della L.R. Piemonte 61/89: pag. 4
2. Mito e realtà della Riforma psichiatrica: pag. 7
3 Gli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari): pag. 9

II ) LA NASCITA DELLE ASSOCIAZIONI DI FAMIGLIARI

1. Caratteristiche delle associazioni di volontariato secondo le norme bioetiche: pag. 10
2. La Di.A.Psi.Gra e la Di.A.Psi-Piemonte: pag. 11
3 L'ARAP: pag. 13
4 Altre associazioni e federazioni italiane ed estere: pag. 13

III ) I PROBLEMI RELAZIONALI, ETICI E PRATICI DELLE FAMIGLIE

1. Problemi intrafamiliari: pag. 15
   - i problemi relazionali col malato,
   - il care giver e la non coscienza del malato sul proprio stato,
   - l'interdizione, la curatela, l'amministrazione di sostegno,
   - il TSO,
   - i problemi economici e di lavoro.
2. Problemi della famiglia con la società: pag. 23
   - lo stigma,
   - la burocrazia ed i diritti del malato.
3. Problemi con i servizi psichiatrici: pag. 27
   - la scarsità di mezzi e di personale, la ricerca delle soluzioni a minor costo,
   - il frequente cambiamento dello psichiatra curante e degli operatori,
   - una certa diffidenza verso i famigliari ed il care giver,
   - la carenza di esperienza dovuta all'influsso dell'antipsichiatria,
   - l'inadeguatezza delle cure personalizzate al fine del ricupero della persona.

CONCLUSIONE: pag. 32

Seguono le NOTE: pag. 33
e la BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE: pag. 34

TRE ALLEGATI: pagg. I-XVIII

---

# I – LA RIFORMA PSICHIATRICA

Poiché la riforma psichiatrica ha di fatto scaricato sulle famiglie il peso enorme dell'assistenza ai malati, le vere associazioni di famigliari (cioè quelle politicamente libere, fondate e gestite da famigliari) sono sorte come serio e necessario aiuto alle famiglie. E sin dall'inizio hanno preso in attento esame i testi delle leggi sulle quali è basata la riforma. Si tratta della L. 180/78 e di alcuni articoli della L. 833 del medesimo anno 1978. A tali leggi va aggiunta, per il Piemonte, la L.R.P. 61/89.

Queste associazioni hanno cercato di capire ed approfondire i concetti sui quali è fondata la riforma, soprattutto quelli espressi dal suo padre ideologico, Franco Basaglia. Quindi hanno confrontato le sue teorie sia con quelle di altri autori italiani e stranieri, sia con la cruda realtà della malattia vissuta in prima persona dalle famiglie.

Pertanto in questo capitolo farò una **breve descrizione** dei testi di legge su cui è basata la riforma psichiatrica; e ciò al fine di un confronto tra **mito** e **realtà** della riforma stessa. Infine accennerò al grave problema degli **OPG** (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) ignorati dalla legge e rimasti immodificati .

## 1 - Breve descrizione della Legge 180/78, di alcuni articoli della L. 833/78, e della L.R. Piemonte 61/89

Per rimediare ad involontarie inesattezze ed alla necessaria brevità della descrizione, ho allegato i testi delle fonti legislative, e precisamente:

L. 180/78 (All. **n. 1**); L. 833/78 artt. 33, 34, 35, 64 (All. **n. 2**); L.R.P. 61/89 (All. **n. 3**).

E' sorprendente l'aver constatato quante persone si sono pronunciate sulla riforma psichiatrica dimostrando tuttavia di non avere conoscenza né dei testi né della realtà.

### *La Legge 180/78 e la Legge 833/78*

La legislazione psichiatrica dell'Italia unita nasce nel 1904, con lo scopo di garantire la sopravvivenza del malato e la difesa della società, e ciò mancando allora cure specifiche. Il malato di mente veniva schedato dalla polizia e l'ingresso in manicomio costituiva spesso un addio definitivo alla vita ed ai diritti di normale cittadino.

Sono seguite altre leggi ed altri regolamenti che hanno cercato di migliorare la scarsa e discutibile assistenza, senza tuttavia apportare sostanziali modifiche allo stato giuridico del malato. Si giunge così al 1978, quando, per evitare gli effetti negativi sul Governo di

un Referendum promosso dai Radicali, il Parlamento approvava la L.180 con insolita premura e senza approfondimenti.

La legge verrà pubblicata sulla G.U. n. 133 del 16 maggio1978, col titolo <<Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori>>, titolo un po' riduttivo per una legge che ha rivoluzionato l'assistenza psichiatrica italiana.

Si compone di undici articoli.

I primi sei articoli contengono norme specifiche sugli accertamenti e sui trattamenti sanitari sia volontari, sia obbligatori e sulla tutela giurisdizionale di pazienti affetti da qualsiasi patologia, non solo per la malattia mentale. Queste norme verranno poi riprese, nel medesimo anno 1978, dalla legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e precisamente dagli artt. 33, 34, 35 e 64.

Le procedure prescritte per l'accertamento sanitario obbligatorio (ASO) ed il trattamento sanitario obbligatorio (TSO) sono complesse a garanzia della libertà individuale, sebbene mettano in difficoltà famiglie ed operatori specialmente in caso di emergenza. Il TSO viene normalmente effettuato negli appositi reparti, inseriti negli ospedali generali, con un numero di posti letto non superiore a quindici, reparti subito ribattezzati Repartini per l'evidente esiguità dei posti e degli spazi.

Degno di nota è il primo comma dell'art. 6 che così recita liquidando in due sole righe l'enorme problema della cura delle malattie mentali: <<Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri>>. Però nulla di più viene detto né in questo articolo né nei seguenti della L. 180, la quale tace persino su che cosa si debba intendere per *presidi psichiatrici extra ospedalieri*. Le strutture indispensabili per la cura di tali malati verranno poi previste solo anni dopo, e sotto la spinta delle associazioni, dai Piani sanitari nazionali e regionali, piani che però hanno un valore più programmatico che d'obbligo.

L'art. 7 della L.180 riguarda il trasferimento dell'assistenza psichiatrica dalle Province alle Regioni ed è integrato dall'art. 64 della L. 833/78. Viene stabilita la chiusura degli ospedali psichiatrici e la proibizione di utilizzarli anche solo parzialmente per la cura dei malati mentali.

L'art. 8 detta norme circa i malati già ricoverati negli ospedali psichiatrici che devono essere chiusi, per un'eventuale prosecuzione dell'assistenza sia in regime volontario, sia in regime obbligatorio, ma nulla dice circa il luogo e circa l'inserimento in altre strutture. Strutture peraltro non indicate né previste dalla legge e quindi inesistenti all'epoca e per molti anni successivi.

L'art. 9 concerne le attribuzioni del personale medico degli ospedali psichiatrici.

Gli artt. 10 e 11 sono inerenti a modifiche ed abrogazioni di articoli dei Codici Civile e Penale e della legge sui manicomi 36/1904 e successive modifiche. Vengono soppresse le parole <<alienati di mente>> ed <<infermi di mente>>, ed in sostanza tutte le norme incompatibili con la nuova legislazione psichiatrica. Permangono l'istituto della tutela per gli interdetti e quello della curatela per gli inabilitati.

In definitiva, dall'insieme degli articoli e dal titolo della legge stessa risulta evidente che vengono taciuti luoghi e modalità di cura e assistenza e viene ignorato, o per lo meno fortemente sottovalutato, il grave problema della cronicità. Come dato positivo possiamo annoverare la riconosciuta dignità del paziente e la ricerca del suo consenso ai trattamenti terapeutici.

## *La Legge R.P. 61/89*

Una decina di anni dopo l'approvazione della L. 180/78, sotto la pressione costante della Di.A.Psi. la Regione Piemonte emana una legge che riorganizza i servizi psichiatrici. L'iter dell'approvazione è stato lungo e penoso per le associazioni e per i famigliari, i quali, denunciando inadeguatezza e genericità della L.180, la sua mancanza di regolamento applicativo e di copertura finanziaria per l'attuazione, furono falsamente etichettati come manicomialisti e tacciati dall'estrema sinistra come mistificatori delle esigenze dei propri malati (1). La LR 61 fu molto avversata, eppure con essa la Regione provvedeva a colmare molte lacune della legislazione nazionale e prevedeva, defininendole con precisione, le necessarie strutture di cura e assistenza.

La L.R.P. 61/89 consta di ventuno articoli, disciplina il passaggio dell'assistenza psichiatrica dalle Province alla Regione e riorganizza i servizi ed i presidi psichiatrici.

Vengono istituiti dei *Servizi Dipartimentali Psichiatrici*, ognuno dei quali si articola in una rete di attività che comprendono le seguenti tipologie di strutture (artt. 4-9):

a) *Centro di Salute Mentale* (C.S.M.) che è un centro ambulatoriale che prevede pure gli interventi domiciliari;
b) *Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura* (S.P.D.C.), ossia i Repartini;
c) *Centri di Terapie Psichiatriche* (C.T.P.) per gli interventi terapeutici e psicoriabilitativi sia in residenzialità diurna, sia notturna e continuativa;
d) *Comunità Protette* (C.P.), per gli interventi riabilitativi di lunga durata con residenzialità;

e) *Comunità Alloggio* (C.A.), ossia presidi socio assistenziali per quei pazienti che hanno una sufficiente autonomia, ma non tale da reinserirli in famiglia o altrove.

Altre norme riguardano la formazione e l'aggiornamento professionale degli addetti (art.10), il sistema informativo regionale (art. 11), i rapporti con le Università (art. 13) ed il convenzionamento con le Case di cura ed altri servizi (art. 14).

Una particolare menzione meritano le norme sul Volontariato che dispongono che i Servizi Dipartimentali psichiatrici promuovano la collaborazione con le Associazioni ed Enti di volontariato e con le Associazioni di famigliari dei pazienti, in particolare per promuovere attività socio-riabilitative (art. 12).

Seguono norme riguardanti il superamento degli ospedali psichiatrici (art. 15), il progetto-obiettivo per la *Tutela della salute mentale* (art. 16), i Parametri strutturali ed organizzativi dei presidi psichiatrici (art. 17) e gli adempimenti delle UU.SS.LL. [oggi ASL]. Gli ultimi articoli vertono sulle Verifiche, sui tempi di adeguamento e sui finanziamenti per l'attuazione della legge.

## 2 - Mito e realtà della Riforma psichiatrica

L'impatto della L. 180/78 e della L.833/78 sull'assistenza psichiatrica italiana è stato liberatorio, ma anche devastante. Finalmente il malato mentale non viene più schedato e considerato di per sé fonte di pericolo da cui la società doveva difendersi. Inoltre viene caldeggiata l'auspicabile alleanza terapeutica col paziente.

Però la chiusura dei manicomi, senza predisporre altre cure e strutture di assistenza, aveva provocato l'abbandono dei malati a se stessi: furono mandati in strada o nelle famiglie, impotenti ed incapaci nel gestire il proprio malato. Molte famiglie ne uscirono distrutte. I resoconti annuali di associazioni di volontariato per l'assistenza ai senza fissa dimora (la notissima Bartolomeo & C di Torino) riportavano al primo posto come numerosità gli exOP (ex ricoverati degli ospedali psichiatrici). Tanto che si disse che i più grossi reparti psichiatrici della città si trovavano nelle stazioni ferroviarie e nei paraggi, dove molti di essi si radunavano. Mancano statistiche su quanti malati abbandonati siano morti dopo la liberazione dal manicomio, ci sono però i racconti di ferrovieri della linea Torino-Modane che parlano di exOP di Collegno travolti dai treni e ci sono racconti di malati dispersi nelle campagne.

Con una metafora banale, ma efficace, si diceva che erano state buttate via le scarpe vecchie senza prima procurarne o imporne delle nuove. Ciò risulta evidente se si

considera che nella L. 180 e nella L. 833 mancano del tutto indicazioni circa tipo e numero di strutture alternative ai manicomi. Inoltre il passaggio dell'assistenza psichiatrica alle Regioni, stabilito dalla legge, avvenne senza indicazioni e senza obblighi, tanto che alcune Regioni continuarono a mantenere in vita i manicomi per anni (2). Infine alla legge non seguì un regolamento attuativo, non furono previste né sanzioni per gli inadempienti e neppure finanziamenti per l'attuazione della legge.

In tal modo l'applicazione della Riforma psichiatrica è risultata variegata e volontaristica, quindi spesso la legge è stata ignorata. Ed in effetti viene tuttora applicata a macchie di leopardo, in alcune Regioni sì ed in altre no, e si verificano diversità persino tra le varie ASL di una medesima Regione. Tuttavia si continua ad affermare categoricamente che la legge è buona e non va modificata, ma che semplicemente non è stata applicata. Può essere buona ed efficace una legge troppo sommaria, non cogente, senza regolamento applicativo e specialmente non finanziata?

Eppure sarebbe stato sufficiente attuare una riforma graduale dell'assistenza secondo modelli esistenti, ad es. secondo il modello inglese che vent'anni prima - col *Mental Health Act* del 1959, e poi con norme del 1970 - aveva previsto il graduale e sensato superamento dei manicomi.

Tutte queste ed altre carenze della Riforma psichiatrica vennero fatte ripetutamente presenti dalle associazioni alle autorità della P.A., ai parlamentari, ai ministri, ma invano: il solo discorso era tabù. Furono anche oggetto di particolari pubblicazioni dedicate ai politici ed ai media (Soldi, 1991), senza riuscire però a modificare la legislazione. Le remore furono certamente di carattere ideologico, ma anche di convenienza sia da parte di molti politici che non intendevano affrontare questioni spinose non arrecanti voti, sia da parte degli operatori che trovavano conveniente un'ampia deresponsabilizzazione concessa dalla legge. Come effetto perverso si è anche avuto un quasi abbandono della ricerca.

Fortunatamente a livello locale, ed in seguito a continue pressioni sui politici da parte dei famigliari dei malati, fu possibile giungere all'emanazione di leggi regionali di organizzazione e di istituzione di servizi psichiatrici. In Piemonte questo è avvenuto nel 1989, come già ricordato, dopo undici anni di abbandono, o semi-abbandono, dei malati. Tale anno può essere quindi considerato per il Piemonte l'anno di partenza di un'assistenza che, tra esperimenti più o meno riusciti e molte difficoltà, solo nel nuovo secolo ha raggiunto livelli accettabili, sebbene permangano insoluti ancora molti problemi, specialmente quello delle risorse.

## 3 - Gli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari)

Il problema degli OPG merita una considerazione a parte: questi non vengono neppure menzionati, né dalla L. 180 nè dalla L. 833. Ed in effetti la malattia mentale doveva ritenersi abolita con la chiusura dei manicomi, considerati la causa della malattia stessa. Tuttavia né la chiusura né la legge hanno potuto abolire gli OPG, ancora attualmente in funzione per i malati più gravi e indifesi che compiono reati, anche lievi, fenomeno a tutt'oggi in aumento.

Si tratta di persone non curate o cronicizzate che non si rendono conto dei loro atti e spesso non hanno la fortuna di una famiglia in grado di curarli, proteggerli e difenderli.

Lo stesso titolo della L. 180 <<Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori>> prevedeva trattamenti brevissimi e non quelli di lunga durata che sono tipici degli ospedali. Ed in effetti il principale addebito che viene fatto alla legge è quello di ignorare la cronicità che può essere curata solo in strutture sanitarie adeguate, di tipologia modulata a seconda delle patologie, dell'età e della personalità dei malati.

In genere si parla poco degli OPG: infatti sono la dimostrazione del fallimento dell'ideologia su cui è basata la Riforma. Anche con l'abolizione dei manicomi la malattia purtroppo esiste, è drammatica e se non curata e seguita a dovere può portare alla distruzione della persona, a commettere reati, lievi o gravi che siano.

Con l'entrata il vigore del DPCM 01.04.2008 si prevede ora il "superamento" degli OPG: la funzione sanitaria di tutti gli Istituti penitenziari, inclusi gli OPG, passa all'ambito territoriale del SSN (Servizio Sanitario Nazionale); rimane di competenza della Giustizia solo la funzione sicurezza. Quindi giustamente i servizi psichiatrici delle ASL dovranno assistere sia i pazienti degli OPG, sia i detenuti in carcere affetti da patologie, comprese quelle mentali.

Si tratta per lo più di pazienti gravi che necessitano contenimento, sia pure temporaneo, cosa che pare in contrasto con la *ratio* della L. 180 che non ammette né contenimento, né cronicità.

Così scrive il dott. A. Calogero, direttore dell'OPG di Castiglione delle Stiviere (3):

<< Il Dpcm del 1 aprile 2008, al pari della legge 180, sembra ripercorrere gli stessi errori di fondo: non prendere in considerazione la piccola popolazione di psicotici gravi, che hanno bisogno di contenimento più forte in strutture ad alta protezione e che spesso

necessitano di operatori con competenze in psichiatria forense>>. Il superamento degli OPG non riesce infatti ad avviarsi: prevede tre fasi, ognuna delle quali manca dei supporti e delle strutture necessarie alla sua realizzazione.

---

# II ) - LA NASCITA DELLE ASSOCIAZIONI DI FAMIGLIARI

La Riforma psichiatrica è stata preceduta nel tempo dalla nascita di alcune associazioni di natura politica che l'hanno promossa e caldeggiata. Nel 1968 era nata a Torino l'Associazione *Lotta contro la malattia mentale*: nel volantino che diffondeva, illustrato col disegno di una persona in atto di aprire delle sbarre, dichiarava la sua finalità: la <<lotta contro il concetto pretestuoso di malattia mentale>>. Essa vantava i suoi blitz notturni per aprire le finestre del manicomio di Collegno e far fuggire i malati.

Ma la malattia purtroppo è una realtà e di fronte ai gravi problemi di assistenza che emersero dopo l'emanazione della L. 180/78 - ed al conseguente disimpegno dello Stato - alcuni familiari di malati, spinti dalla necessità, fondarono associazioni di volontariato a sostegno delle famiglie. Alcune di esse si unirono in federazioni nazionali e strinsero legami con associazioni di altri Paesi.

Prenderò in considerazione particolare le associazioni che, dopo la L.180, sorsero per prime, rimanendo politicamente libere, senza condizionamenti e chiaramente costituite di famigliari di malati. Le loro caratteristiche rispondono non solo alle norme di legge ma anche quelle etiche e bioetiche essendo associazioni del settore sanitario.

## 1 - Le associazioni di volontariato secondo le norme bioetiche

Le norme bioetiche sulle caratteristiche delle associazioni di volontariato possono essere condivise in tutto o in parte, ma alcune di esse sono fondamentali per contraddistinguere il vero volontariato da quello di facciata o di convenienza, benchè talvolta formalmente in regola con la legislazione del settore.

Ovviamente il requisito essenziale è la regolare costituzione e l'osservanza delle norme di legge; è inoltre indice di serietà l'iscrizione al Registro regionale del Volontariato e la

costituzione come ONLUS, adempimenti che comportano una sorta di vigilanza da parte della P.A. Tuttavia l'osservanza delle leggi non evita rischi che snaturano o limitano la libertà delle associazioni: la strumentalizzazione politica, le interferenze di sindacati e di organizzazioni varie, incluse quelle mediche; infine non vanno sottaciuti i rischi di autoritarismo e di protagonismo, la tendenza alla contestazione non costruttiva ecc. Rischi che aumentano man mano che le associazioni crescono in prestigio, in autorevolezza e, di conseguenza, anche in esposizione mediatica.

Pertanto sono necessarie regole che vadano oltre i dettami di legge, ossia norme di carattere etico e bioetico.

Secondo la Bioetica le caratteristiche fondamentali delle associazioni di vero volontariato (Larghero, 2008) sono: la piena autonomia dalle istituzioni pubbliche e private, la gratuità delle prestazioni, l'incompatibilità con il lavoro salariato, la continuità e persistenza delle prestazioni ed in definitiva l'appartenenza alla categoria *non profit*.

La vera autonomia tuttavia dipende molto dalla capacità organizzativa e dalla prudenza nel reperire i fondi necessari alla crescita ed al raggiungimento delle finalità statutarie.

Anche per la figura del volontario esistono regole: la forte motivazione e lo spirito di servizio, un grande equilibrio psicofisico, il rispetto dell'autonomia dei professionisti senza interferire, la gratuità delle prestazioni, un impegno costante di un numero significativo di ore settimanali ecc.

## 2 - La Di.A.Psi.Gra e la Di.A.Psi-Piemonte

L'urgente necessità di fornire cura e assistenza ai malati di mente animarono le due associazioni: la Di.A.Psi.Gra. e la Di.A.Psi. Piemonte. Associazioni che sin dalla loro costituzione si adeguarono alle regole del volontariato sia legali sia (bio)etiche e principalmente alla regola dell'autonomia, assai preziosa in quel periodo iniziale. Periodo in cui la Psichiatria sembrava più una disciplina politico-sociale che medica (Soldi, 1991), sino ad allontanarsi dalle evidenze scientifiche e spesso dal buon senso (Maina e Rigardetto, 2008) e dall'etica professionale.

La Di.A.Psi.Gra. nacque a Roma quasi subito dopo l'entrata in vigore della L.180 ad opera della dott. Annarosa Andretta. Essa si occupava del fratello, gravemente ammalato fin da giovane e ricoverato da anni dopo la morte dei genitori. Un giorno ricevette una telefonata che la invitava perentoriamente ad andare a ritirare il fratello per la chiusura

dell'ospedale psichiatrico. Fu il panico. Radunò altre famiglie nella medesima emergenza ed iniziò la sua battaglia creando l'associazione e promuovendo sedi in tutta Italia per chiedere la creazione di strutture adeguate, la necessità delle cure, il miglioramento della legge, e per denunciare l'abbandono dei malati da parte dei servizi.

I grossi problemi nacquero non solo per l'espulsione dei ricoverati, ma ancor più per i nuovi ammalati via via emergenti, per i quali sorse il muro invalicabile dell'abbandono, della negazione della malattia e quindi dell'assistenza e delle cure. Ne conseguirono l'avvio alla cronicità ed alla violenza. Così, al il figlio di Carla Soldi, ammalatosi nel 1980, per anni fu rifiutata ogni cura perché non era egli stesso a richiederla e solo nel 1985 si riuscì a costringere l'ospedale a ricoverarlo. La situazione era tale che fu tenuto addirittura un mese in repartino, ma poi dimesso con la seguente dichiarazione: <<La famiglia deve trovargli una struttura…>>. Che non esisteva: la legge 180 non l'aveva né definita né imposta.

Dalla disperazione di due madri, Carla Soldi e Maria Luisa Gentile, nel 1988 nacque la sede piemontese della Di.A.Psi.Gra, poi rifondata col nome Di.A.Psi. Piemonte, togliendo il suffisso *Gra* (gravi), troppo inquietante. L'associazione raggruppò subito numerosi famigliari, fu promotrice della federazione nazionale FISAM (4) e si diffuse in molte città della regione, tra critiche, attestazioni di stima e riconoscimenti. Il suo scopo statutario fu, ed è, la difesa dei malati che si esplica con il raduno e sostegno delle famiglie, con la diffusione di una corretta informazione sulla malattia (Di.A.Psi.Piemonte, 1994) aperta a tutta la popolazione, con assistenza legale e previdenziale (Soldi, 1995-1998). Altri scopi statutari sono il *pressing* sui politici per il miglioramento delle leggi, la sollecitazione dei presidi sanitari ad effettuare la dovuta assistenza mirata al recupero umano e sociale. Importante fu anche l'aiuto diretto ai malati mediante un centinaio di volontari, reclutati ogni anno ed in formazione permanete diretta e seguita da psichiatri e psicologi.

La Di.A.Psi. ha potuto lavorare con l'appoggio e la collaborazione di numerosi psichiatri, universitari e liberi professionisti ed anche appartenenti alle ASL. Ha collaborato col SERMIG (5), da cui ebbe in concessione sale per le conferenze informative per il grande pubblico. Tra i suoi soci onorari ha avuto Henri Laborit, lo scopritore del primo farmaco antipsicotico (6).

In questi ultimi anni, con il miglioramento dell'assistenza ai malati psichici, è fortunatamente tramontato il periodo *eroico* dell'associazione, la quale sembra ora

avviarsi ad una tranquilla routine in collaborazione con altre associazioni, piemontesi e non, come l'UNASAM (7), o con Il BANDOLO (8) non composto di famigliari.

## 3 – L'ARAP

L'ARAP (Associazione per la Riforma dell'Assistenza Psichiatrica) è una associazione di famigliari, storica perché sorge subito dopo l'emanazione delle leggi 180 e 833, parallelamente alla Di.A.Psi.Gra. nazionale. Nasce a Roma ad opera di una madre, Maria Luisa Zardini, e la sua peculiarità è di aver orientato l'attività quasi esclusivamente alla lotta per la riforma della legislazione psichiatrica, come il suo stesso acronimo indica. Pertanto si è scontrata sin dall'inizio con l'ideologia allora imperante che tentava di soffocare ogni critica alla nuova legislazione psichiatrica.

A questo proposito, ricordo che le critiche alla legge, espresse dai famigliari e dagli operatori più coraggiosi, venivano accolte con acredine e con scherno, con l'emblematica *risata che sotterra* di conio sessantottino. Risate intollerabili di fronte alle grandi sofferenze fisiche e psichiche di persone distrutte dalla malattia e di fronte ai gravi problemi delle famiglie coinvolte.

Attualmente anche l'ARAP, con il tramontare dell'ideologia imperante, ha perso un po' di incisività, ma continua ad avere rappresentanti in tutto il territorio nazionale.

Anch'essa, come la Di.A.Psi., aderisce alla federazione nazionale FISAM (9).

## 4 – Altre associazioni italiane ed estere

Successivamente alla nascita delle associazioni *storiche* sono sorte in questi ultimi anni altre associazioni. Cito AIUTIAMOLI (10), sorta a Milano ed espansa in varie città lombarde. Cito alcune associazioni denominate DOPO DI NOI, nome che esprime tutta l'angoscia dei genitori anziani per il futuro dei propri figli, specialmente di quelli ingestibili, non coscienti della propria malattia.

E' sorta in Milano anche quella chiamata emblematicamente ASSOCIAZIONE VITTIME DELLA 180 (11), che raggruppa i famigliari di malati vittime delle dimissioni selvagge dagli ospedali psichiatrici, dimissioni avvenute drammaticamente subito dopo l'entrata in vigore della L. 180/78.

Inoltre in tutto il territorio nazionale sono sorte via via varie associazioni e cooperative per gestire comunità e alloggi protetti. In seguito all'orientamento della legislazione nazionale e regionale sono recentemente nate numerose piccole associazioni locali di famigliari, promosse ed ospitate dalle ASL e talvolta da esse imposte. Si tratta di iniziative tendenti a favorire l'auspicato dialogo tra malati, famiglie e servizi. Tuttavia queste associazioni non possiedono l'indipendenza di pensiero, di sede e di azione, indipendenza caratteristica del vero associazionismo di volontariato.

Nel panorama italiano delle associazioni destinate a malati e famigliari non potevano mancare quelle promosse da professionisti in cerca di clientela.

Circa le federazioni, ricordo la già citata FISAM che raggruppa, a livello nazionale, associazioni di famigliari. A sua volta aderisce, a livello internazionale, alla GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Network) con sede a Bruxelles.

Un'altra nota federazione è la già menzionata UNASAM, promossa dai servizi psichiatrici, che difende acriticamente L. 180 sebbene si presenti come paladina politica dei malati e delle loro famiglie.

---

# III ) - I PROBLEMI RELAZIONALI, ETICI E PRATICI DELLE FAMIGLIE

Dopo aver brevemente esaminato nei capitoli precedenti le leggi della Riforma psichiatrica che hanno fortemente gravato sui rapporti tra famiglie e malati, e dopo aver descritto la nascita ed il profilo delle associazioni di famigliari, espongo ora i **problemi delle famiglie**. Problemi nati in conseguenza della Riforma, e di impatto tale da indurre le famiglie, gettate nello smarrimento, a cercare un sostegno nelle associazioni.

Si tratta di **problemi relazionali** con il malato, con la società e con i servizi psichiatrici, di **problemi etici e bioetici** e pure deontologici in riferimento ai rapporti con i professionisti della salute mentale; si tratta anche di un insieme di **problemi pratici** che condizionano profondamente la vita dei malati e delle loro famiglie.

Con l'esperienza di padre e di ex-collaboratore della Di.A.Psi. Piemonte presumo di poter bene illustrare i problemi pratici e relazionali nella loro ampia sfaccettatura. Mi sono stati di aiuto testi professionali circa i problemi della famiglia (Fassino e Delsedime,

2007), (Fassino et al. 2007) ed anche alcune pubblicazioni della Di.A.Psi. (Soldi, 1991; Soldi, 1995). Per i problemi etici faccio riferimento ai principi elementari della Bioetica (Larghero-Zeppegno, 2007), adattati alla peculiarità della malattia mentale, ossia: (i) il rispetto dell'autonomia del malato, per quanto possibile; (ii) il non fare nulla che possa danneggiarlo; (iii) il perseguire il suo bene, compatibilmente (iiii) con i diritti fondamentali degli altri membri della famiglia, in particolare i più giovani.

Da non trascurare sarebbe un tema molto grave: quello dei **malati privi di famiglia** ed abbandonati a se stessi, tema a cui farò qualche riferimento pur esulando dall'oggetto della presente tesi.

I problemi familiari sono diversi a seconda delle situazioni e della tipologia del malato, ma molti sono comuni a tutti. Partire dall'esame delle vicende di alcune famiglie sarebbe riduttivo. Preferisco - riportando solo qualche riferimento a casi di mia conoscenza - sviluppare gli argomenti essenziali, che così ho raggruppato:

1. **Problemi intrafamiliari**
2. **Problemi della famiglia con la società**
3. **Problemi con i servizi psichiatrici**

## 1 – Problemi intrafamiliari

### *Problemi relazionali col malato*

I problemi e le difficoltà relazionali tra i membri della famiglia, spesso non compresi o sottovalutati, nascono con l'esordio della malattia in uno dei suoi membri.

Può essere il padre. Si creano allora grossi problemi di convivenza con i figli grandi o piccoli quando con intransigenza e prevaricazione egli impone ordine e ferrea disciplina per abituarli alla *durezza della vita*. Oppure quando diventa infondatamente geloso della moglie percuotendola persino davanti ai figli. Oppure quando getta la famiglia nella miseria perdendo il lavoro, o sperperando i risparmi o anche il patrimonio.

Può essere la madre, talmente assente da non occuparsi più dei figli, talmente timorosa e gelosa da soffocare e distruggere la vita quotidiana e di relazione del marito e dei figli.

Tali comportamenti dei genitori, fortemente disturbanti la famiglia e nocivi soprattutto ai figli più giovani, possono indurre parenti ed amici ad intervenire impropriamente. Genitori dei coniugi, fratelli, sorelle, cognati, amici, anche quando non scendono direttamente in campo, si schierano a difesa del proprio congiunto o dei nipoti, alterando

così rapporti familiari abituali. Tale atteggiamento talvolta cambierà se la malattia diventerà conclamata, e spesso tutti si dilegueranno per non esserne coinvolti.

Può trattarsi di un figlio – o una figlia - che si isola, perde amici, fa discorsi strani, trascura i doveri scolastici. I genitori preoccupati, non sapendo che fare, si rivolgono preferibilmente ad uno psicologo. Questi talvolta riconosce l'eventuale stato patologico ed indirizza il paziente ad uno psichiatra, ma spesso si scontrerà con la resistenza dei genitori stessi, restii a prendere coscienza della gravità della situazione. Purtroppo spesso lo psicologo inizia e prosegue un ciclo di sedute psicoterapiche, cercando di mitigare l'ansia dei genitori e di responsabilizzare il paziente, perdendo tempo prezioso per le cure necessarie e tempestive. Sono a conoscenza di casi in cui i tentativi di responsabilizzazione hanno avuto un esito disastroso: il paziente, sentendosi sotto pressione e preso dal rimorso per la propria presunta cattiva volontà, esplode in una crisi psicotica che segna l'inizio della malattia senza ritorno.

Anche quando la malattia è conclamata, spesso la famiglia non sa a chi rivolgersi, non sempre si presenta ai servizi psichiatrici, per vergogna, per ignoranza o semplicemente perché non li conosce. Soprattutto, senza una guida, non sa come comportarsi.

In passato i genitori venivano senza mezzi termini colpevolizzati dagli operatori psichiatrici aggravando la situazione. Con la conseguenza che essi, invece di restare uniti per fronteggiare l'emergenza, spesso iniziavano ad addossarsi la colpa l'uno all'altro, e la famiglia intera si disgregava: i figli non terminavano gli studi, se ne andavano di casa, il marito si rifaceva una vita lasciando la moglie sola ad affrontare tutti i gravi problemi.

I figli, lasciando la famiglia anzitempo, avviavano amicizie o convivenze sbagliate, o per lo meno inadeguate, destinate a non durare, moltiplicando i problemi familiari.

A fil di logica e di senso comune, pareva assurdo che una famiglia, ritenuta psicogena, dovesse essere costretta a curare essa stessa - senza aiuti - un malato conflittuale e chiaramente ingestibile in casa.

Un altro degli stereotipi ricorrenti negli anni 80 nei servizi psichiatrici era quello di considerare il malato come l'*anello debole della famiglia*, da essa scelto come capro espiatorio. Però dall'ascolto di centinaia di famigliari presso la Di.A.Psi, risultava che degli psicotici, o borderline, di fatto dominassero con ferrea determinazione tutta la famiglia e, proprio perché non curati, ne causassero spesso la disgregazione.

Attualmente i servizi psichiatrici si sono organizzati, è cessata la deplorevole colpevolizzazione della famiglia, che viene oggi abbastanza seguita. Se questa è ben

presente e strutturata, ed il malato è abbastanza docile, con un aiuto adeguato si possono ottenere discreti risultati.

### *Il care giver e lo scarso insight di malattia del malato*

Quando uno dei membri della famiglia si ammala, normalmente vi è un famigliare che assume le maggiori responsabilità, tiene i contatti col medico, provvede alla somministrazione dei farmaci ed in definitiva gestisce il malato. Tradizionalmente questo ruolo, oggi detto di *care giver*, era della donna, madre o figlia, o sorella.

Nelle famiglie dei nostri malati, spesso già disgregate, il *care giver* deve avere non solo maggiore disponibilità di tempo, di pazienza…, ma deve essere, se non proprio accettato, almeno non troppo inviso al paziente. Ed in effetti questi può manifestare deliri persecutori nei confronti di qualche membro della famiglia, frequentemente il padre. Quindi è più spesso la madre ad assumere il ruolo di *care giver*.

Il *care giver*, quando c'è, deve innanzitutto tendere al ricupero umano e sociale del malato, se ne ha la capacità. Si trova però di fronte a molte difficoltà e tra queste primeggia la frequente non coscienza di malattia da parte del malato. Il *care giver* deve quindi cercare l'aiuto degli altri famigliari e dei servizi psichiatrici per fronteggiare le situazioni critiche e principalmente quelle che conseguono alla non coscienza della malattia.

Come prima conseguenza vi è il rifiuto del malato ad assumere quei farmaci che consentirebbero a lui stesso ed ai famigliari di condurre una vita più vivibile. Il suo rifiuto è motivato dalla non necessità di curarsi ed anche dagli eventuali effetti secondari dei farmaci, magari già sperimentati in precedenti tentativi di terapia. L'assunzione di farmaci antipsicotici è soprattutto vissuta dal malato come il riconoscimento di uno stato patologico da lui non capito o non accettato. Poi i tentativi di somministrare regolarmente i farmaci mescolandoli di nascosto al cibo sono destinati all'insuccesso sia per la sospettosità del malato, sia perché, qualora egli scoprisse l'inganno, lo riterrebbe un tentativo di avvelenamento, con conseguenze disastrose.

Così pure ci risulta che le iniezioni periodiche di farmaci *depot* o *long acting* – se effettuate a fronte del rifiuto di assumere quotidianamente la terapia prescritta – perdono di efficacia per mancanza di *compliance*. E ciò nonostante che la tecnica si sia evoluta tanto da garantire un livello costante del farmaco nel sangue, per un periodo sufficiente.

Un trattamento forzato provoca disagio nel malato che così può rafforzare la sua avversione per le terapie, come risulta dall'esperienza di molte famiglie.

Il *care giver* assieme alla famiglia deve frequentemente affrontare i comportamenti anomali del malato indotti da interpretazioni deliranti della realtà o da allucinazioni. Una buona alleanza tra i membri della famiglia, peraltro difficilmente realizzabile, potrebbe farvi fronte, almeno nei casi più fortunati.

Tali comportamenti anomali sono spesso imprevedibili, non compresi o compresi troppo tardi dalla famiglia. Dalla casistica raccolta dalla Di.A.Psi, con centinaia e centinaia di ascolti di famigliari, si possono trarre alcuni esempi.

Spesso si tratta di tentativi autolesivi o di altri comportamenti di violenza causati dalla paura, oppure si tratta di un rapporto delirante con il denaro. I comportamenti autolesivi sono molto frequenti, causati talvolta solo da infondati sensi di colpa che creano nei malati di animo più buono e sensibile una sofferenza inimmaginabile.

Per difendersi da nemici immaginari, il malato ricorre alla polizia, si barrica nella sua camera, oppure si procura divise o abbigliamento per incutere timore, si compra oggetti di difesa vari, sino a giungere all'acquisto di armi. Fatti che possono generare paura e reazioni inappropriate nelle altre persone, con gravi conseguenze: alterchi e lesioni possono portare all'arresto del malato e, se manca il sostegno familiare, si profila per lui il manicomio criminale.

Per un plausibile timore per il proprio futuro, il malato si presenta alle banche, apre conti correnti con modesti versamenti e poi cerca di ottenere cifre notevolmente superiori secondo ragionamenti distorti, che magari espone tranquillamente ai funzionari bancari. Fatti dei quali la famiglia viene a conoscenza spesso a distanza di tempo, quando è più difficile correre ai ripari. Nel *disturbo bipolare*, se la fase depressiva causa immenso dolore, la fase euforica può creare grossi problemi a famiglie con buone possibilità economiche: acquisto di barche, di auto di grossa cilindrata con cui scorrazzare pericolosamente.

## *L'interdizione, la curatela, l'amministrazione di sostegno*

L'interdizione e la curatela sono due tipologie di provvedimenti dell'Autorità giudiziaria esistenti da tempi immemorabili, mentre l'amministrazione di sostegno è nata in tempi relativamente recenti.

Il Codice Civile, all'art. 414, indica chi può subire l'**interdizione**: <<il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovino in condizioni di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi (…) quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione>>.

L'interdetto viene equiparato al minore (art. 424) e pertanto necessita di un tutore che ha << cura della persona (…), lo rappresenta in tutti gli atti civili, e ne amministra i beni>> (art. 357).

Il Codice Civile all'art. 415 indica quali persone possono subire l'**inabilitazione**, e precisamente: <<il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione>>.

L'inabilitato è equiparato al minore emancipato (art. 424), praticamente al minore che ha contratto matrimonio, e quindi necessita di un curatore che lo assista, però soltanto negli atti che eccedono <<l'ordinaria amministrazione>>.

Interdizione e curatela vengono stabiliti con sentenza di Tribunale, al quale devono essere anche sottoposti ed autorizzati determinati importanti atti che il tutore intende fare in nome del tutelato, quale ad es. la vendita di beni immobili ecc. (art. 375).

Presso ogni Tribunale vi è il Giudice Tutelare che <<soprintende alle tutele e alle curatele ed esercita altre funzioni affidategli dalla legge>> (art. 344).

Le conseguenze di una pronuncia di tutela sono umilianti per il malato - che si vede ridotto alla capacità giuridica di un minorenne - ed anche pesanti per il tutore specialmente quando amministra un patrimonio, anche modesto, del tutelato. Infatti, egli deve chiedere autorizzazioni e dare rendiconti al Giudice Tutelare, e presentare istanze al Tribunale per gli atti più importanti. Il tutto è imposto dalla legge per la maggior tutela del malato.

Assai meno pesanti sono le conseguenze di una pronuncia di curatela: l'interessato si sente meno umiliato e gli adempimenti a carico del curatore sono assai meno pesanti.

Tuttavia quando il malato ha un rapporto delirante con il denaro e tende a spendere sconsideratamente anche per l'ordinaria amministrazione, quando rifiuta qualsiasi consiglio di ordine patrimoniale e rifiuta di pagare tasse e spese condominiali, non rimane che l'interdizione per la sua salvezza. Sta poi al tutore, in genere il genitore *care giver,* mitigare l'applicazione della legge, accordandosi – per quanto possibile – con il malato per la concessione di una congrua somma settimanale o mensile per le spese personali. Oltretutto è un ottimo strumento per indurlo ad un corretto uso del denaro, aspetto non indifferente del ricupero umano e sociale della persona.

L'interdizione è pure una difesa contro i raggiri ad opera di chiunque, specialmente di scaltri venditori, oppure ad opera di sedicenti *chiese* o sette che hanno una particolare capacità di individuare fragilità mentale e disponibilità finanziarie delle persone.

L'interdizione si è dimostrata utile nel caso, molto più frequente di quanto non riportino le cronache, di fuga o di improvvisa sparizione da casa del malato. Il suo stato, equiparato a quello di minore, obbliga la polizia ad uno stringente impegno per la ricerca, impegno diversamente non possibile. In tal senso l'interdizione è fondamentale per la collocazione del malato, ad esempio in comunità psichiatriche – per la sua riabilitazione – anche senza il pieno consenso del malato stesso.

Infine l'interdizione gioca un ruolo importante per mantenere il paziente nell'ambito della Sanità, e quindi della garanzia di cure ex art. 32 della Costituzione, e non nell'ambito dell'Assistenza che ha un carattere più aleatorio.

La curatela, utile in casi meno gravi di malattia mentale, sembra ora del tutto superata dal nuovo istituto dell'**Amministrazione di sostegno** che è così prescritta dal Codice Civile (art. 404): <<La persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi, può essere assistita da un amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio>>.

L'amministrazione di sostegno ha il vantaggio, rispetto alla curatela, di poter essere modulata a seconda dei bisogni della persona. Tuttavia comporta un iter molto complesso perché occorrono perizie mediche, psichiatriche e patrimoniali per stabilire, per ogni singolo soggetto, quali atti possa compiere autonomamente e quali atti necessitino assistenza da parte dell'amministratore di sostegno. Figura che pertanto dovrà essere particolarmente preparata.

Non ostante la stringente campagna di stampa fatta contro tutela e curatela in difesa della dignità del malato, l'amministrazione di sostegno non è adatta ai casi più gravi per i quali occorre l'interdizione proprio a difesa della sua protezione e dignità. E questo per i motivi sopra esposti e soprattutto per l'imprevedibilità del malato psichico, specialmente di quello più grave. Il suo stato, equiparato a quello di minore, gli consente così di essere molto più tutelato dalla legge.

## *Il TSO*

Il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) concerne soprattutto la malattia psichica, mentre l'ASO (Accertamento Sanitario Obbligatorio), parimenti stabilito dalla L.180 e dalla L. 833, ha un interesse più esteso riguardando anche altre patologie, ad es. quelle infettive.

Ho già accennato alla complessità delle pratiche connesse con il TSO, complessità volta a contrastare abusi.

Il TSO è un'esperienza drammatica per il malato e la sua famiglia: una persona che - pur essendo in piena crisi - si crede sana di mente e non bisognosa di cure, viene costretta con la forza al ricovero in un reparto psichiatrico, il repartino. E' stato detto che la necessità del TSO sia la prova del fallimento della Riforma psichiatrica. Ciò è vero nel caso in cui l'emergenza sia causata dall'abbandono del malato a se stesso senza cure, come purtroppo avveniva nei primi anni di (dis)applicazione della L. 180.

Fortunatamente oggi la situazione sta cambiando ed emerge di più l'aspetto positivo del TSO, ossia la possibilità concreta di avviare il paziente ad un inizio di cure e, nella migliore delle ipotesi, ad un progetto terapeutico.

La drammaticità del TSO dipende anche dal comportamento del personale sanitario predisposto e della forza pubblica, normalmente chiamata in aiuto.

Se il personale non è specializzato, o non ha esperienza specifica, possono avvenire con maggiore frequenza episodi incresciosi: il malato viene trattato malamente ed ammanettato e persino - com'è successo – stanato con violenti getti d'acqua.

In passato si verificarono anche episodi di incomprensione ed impreparazione del medico. Un esempio: un ragazzo, che da tempo non vuole più assumere i farmaci antipsicotici, entra in crisi e, in stato confusionale, vuole fuggire di casa. I genitori chiamano il 118. Nell'attesa riescono faticosamente a trattenere il ragazzo, digiuno da un giorno, convincendolo a mangiare una macedonia di fragole, in cui hanno sciolto un calmante in forte dose (una benzodiazepina). Intanto giunge il medico del 118, un giovane medico neo specializzato in dermatologia, con un infermiere. Vedendo il ragazzo davanti alle fragole dà in escandescenze dicendo che lui ha saltato il pranzo per accorrere ad una chiamata non necessaria. I genitori, fortunatamente preparati alle emergenze, hanno dovuto tirar fuori documenti di cure e di precedenti ricoveri e spiegare al medico la situazione. Il quale finalmente provvede per il necessario ricovero.

Avviene anche che, all'arrivo degli equipaggi del 118 e della polizia, la persona in crisi improvvisamente si calmi intimidita dalle divise, mentre i famigliari continuano ad essere giustamente in allarme. Così il malato, pur necessitando di ricovero e di cure, non verrà ricoverato, ma la crisi si ripresenterà quando tutti se ne saranno andati.

Alla luce di questi e di tanti altri episodi incresciosi, comprendendo la necessità della presenza dello psichiatra per questo tipo di urgenza, nel 1990 la Di.A.Psi. Piemonte si era accordata con la Croce Verde, la nota associazione piemontese di pronto soccorso, e con alcuni psichiatri suoi collaboratori, tra cui il prof. L. Ravizza, per tentare di avviare un servizio urgente psichiatrico. Era poi riuscita a convincere l'assessore regionale E. Maccari ad istituire il SUP (Servizio Urgente Psichiatrico) in modo strutturato, con la Croce Verde, psichiatri e infermieri; servizio tuttora funzionante.

Infine alcune osservazioni circa le nuove Linee Guida per il TSO e l'ASO, recentemente approvate dalla Conferenza Stato-Regioni (12) allo scopo di uniformarne le procedure in tutto il territorio nazionale.

Tali Linee Guida dovrebbero limitarsi alla mera applicazione degli artt. 33, 34, 35 della L. 833/78, lasciando la necessaria libertà agli psichiatri di valutare caso per caso il da farsi. Invece pare che, accanto ad opportune estensioni come ad es. la possibilità di effettuare il TSO anche in strutture extraospedaliere, le Linee guida pongano limitazioni e imposizioni al di là del dettato di legge.

Comunque, non è ancora possibile sapere come verrà poi concretamente applicata tale nuova normativa, sperando, come sempre, che il buon senso prevalga sulle elucubrazioni astratte.

## *I problemi economici e di lavoro*

La vita della famiglia di un malato mentale viene sconvolta sotto vari aspetti e tra questi primeggia l'aspetto economico.

Gli screzi col malato, grandi o piccoli ma persistenti, le notti insonni per il televisore acceso ad alto volume e la tensione continua rendono difficile la convivenza, un'attività lavorativa regolare, la preparazione agli esami. Di conseguenza i figli sani se ne vanno di casa non appena è possibile, e ciò con rilevanti conseguenze economiche sui genitori che sentono il dovere e la necessità di aiutare i figli, vittime innocenti di un malato altrettanto innocente. A volte è il padre che si prepensiona per poter seguire il figlio, o rinuncia ad

una progressione di carriera per dedicargli più tempo. Più spesso è la madre che perde il lavoro o che deve licenziarsi rinunciando così allo stipendio.

La malattia induce la persona, che prima aveva condotto una vita attiva e normale, ad abbandonare gli studi o il lavoro con angoscia e preoccupazione per se stesso e più ancora per la famiglia. Questa preoccupazione può portarlo ad un rapporto delirante col denaro, cosa che trascina in ulteriori affanni e spese la famiglia.

La situazione è non meno grave per le famiglie che gestiscono un'impresa, o quando il padre è lavoratore autonomo. L'impresa perde efficienza, si perdono clienti e si ricorre ai debiti, spesso con conseguenze imprevedibili.

Se poi il malato, che ha sempre lavorato nell'azienda familiare, entra in crisi e dà in escandescenze davanti a fornitori e clienti, le conseguenze sono preoccupanti. Ricordo il caso di un'accreditata impresa artigianale in cui il figlio aveva iniziato ad insultare tutti, clienti inclusi. Ed era difficile allontanarlo da un lavoro in cui aveva dimostrato attaccamento e che lo teneva occupato. Da sempre infatti si consiglia di tenere occupati i malati in qualche attività per evitare l'isolamento e l'evasione dalla realtà.

I problemi economici angosciano maggiormente le famiglie a minor reddito, che però possono contare, oltre a pensioni ed indennità di accompagnamento legati alla malattia, su altre provvidenze di carattere assistenziale.

Tuttavia i problemi economici angosciano anche le famiglie benestanti che, pur potendo anch'esse fare affidamento su pensioni ed indennità di accompagnamento, non possono però beneficiare di provvidenze assistenziali. Spesso hanno consumato risparmi o anche patrimoni nella ricerca e nella speranza di una cura efficace.

## 2 - Problemi della famiglia con la società

### *Lo stigma*

Lo stigma (dal latino *stigma* = marchio) è stato definito dagli esperti di salute mentale come la discriminazione basata sul pregiudizio nei confronti del malato (13). E' certamente uno dei fenomeni con conseguenze gravi e dolorose per il malato e per i suoi famigliari.

Il malato si sente escluso, rifiutato, umiliato e spesso deriso nei rapporti con il prossimo. Persino se è inserito in liste preferenziali, in quanto invalido, per l'assunzione in aziende, si vedrà di fatto escluso: nessuno si fida di lui. I famigliari da parte loro si vergognano, si

sentono isolati e temono – alle volte in modo eccessivo – il giudizio malevolo della gente, che bolla e deride l'intera famiglia. Questi atteggiamenti sono una forte remora al ricorso ai servizi psichiatrici e quindi alle cure.

Le associazioni di famigliari, conoscendo bene il problema dello stigma e la realtà del fenomeno, tentano di porvi rimedio ed anche di responsabilizzare le famiglie.

Così la Di.A.Psi. da una parte cerca di rispettare la privacy anche oltre il dettato di legge (Dlgs 196/2003), ad es. sia consigliando l'iscrizione all'associazione con il nome da ragazza della madre, per non far comparire il cognome della famiglia, sia inviando la corrispondenza ai soci con la carta intestata della sua organizzazione parallela, il *Centro Speranza*, centro dedito a varie attività di socializzazione e di recupero.

Dall'altra parte la Di.A.Psi. ha affrontato il problema dello stigma organizzando per le famiglie corsi di sostegno in gruppi, e di ascolto individuale, ad opera di psichiatri e di psicologi. Ha pure organizzato, in passato ogni anno presso il Sermig, Cicli di dieci Conferenze divulgative sulla malattia mentale, gratuite ed aperte alla popolazione, tenute da valenti professionisti ed universitari. Iniziativa che ebbe notevole successo, ed in effetti, è la mancanza di informazione, e più spesso la disinformazione, a creare pregiudizio e sconcerto nella gente.

Sono soprattutto certi programmi televisivi a disorientare l'opinione pubblica. In ogni ora si vedono telefilm che angosciano con la narrazione di crimini commessi da psicopatici, i quali mostrano una capacità progettuale inverosimile o per lo meno rarissima in un vero malato mentale. La Di.A.Psi ha inviato sull'argomento lettere di protesta a redazioni televisive. Pure gli episodi di cronaca che hanno come protagonista un malato di mente alle volte vengono enfatizzati per renderli sensazionali e spesso viene fatto illecitamente il nome del protagonista anche quando è interdetto, e quindi equiparato al minore.

Per inciso, ricordo che il costo dell'assicurazione R.C. contro i danni causati dal malato mentale, stipulato dalla Di.A.Psi. negli anni '90, costava Lit 15.000 annue per famiglia: infatti le compagnie assicurative ritengono statisticamente che il **malato mentale curato** sia decine di volte meno pericoloso di un'automobile. Ed in effetti, in una dozzina di anni si ebbero solo tre casi di danni: una rigatura ad un'auto, la rottura della dentiera di un infermiere e danni limitati dovuti al lancio di un oggetto. Ben diverso è il rischio derivante dal malato **non curato** e gli episodi di cronaca sono purtroppo la punta di un iceberg sommerso di violenze.

L'opinione pubblica viene solo parzialmente influenzata da dibattiti, reportage ecc. che enfatizzano – per fare spettacolo - la *normalità* di certi malati di mente, e ciò eludendo i casi gravi e ignorando la grande sofferenza dei malati stessi e delle famiglie.

Pare minore l'influenza sull'opinione pubblica di certe organizzazioni antipsichiatriche. Ed in effetti, essendo quasi tramontata l'antipsichiatria ideologica, rimane quella di speculazione. Sette, sedicenti chiese, guaritori e simili demonizzano la psichiatria ed i farmaci come dannosi e gabellano come attuali le terapie violente del passato (docce fredde, shock insulinico, elettroshock…), oppure enfatizzano incresciosi episodi di malasanità. Il tutto per trovare nuovi adepti o clienti, per estorcere denaro approfittando della loro fragilità mentale.

E' quindi necessario che le associazioni di famigliari facciano sentire la loro voce, anche a nome dei propri malati, per sfatare pregiudizi sulla malattia mentale con dati di fatto ed evidenze. E' pure importante che i famigliari cerchino di dimostrare di essere coscienziosi ed equilibrati, migliori di quanti li criticano.

## *La burocrazia ed i diritti del malato*

I malati e le loro famiglie non sfuggono alla burocrazia, con la quale sono costretti a molti rapporti. Devono affrontare gli istituti previdenziali per le pensioni e le indennità legate alla malattia, gli uffici del SSN (Sistema Sanitario Nazionale), gli uffici giudiziari in caso di TSO, interdizioni, inabilitazioni, amministrazioni di sostegno, ed anche gli uffici del lavoro in caso di capacità lavorativa, gli uffici fiscali ecc. Inoltre i famigliari che lavorano devono affrontare le amministrazioni di appartenenza per ottenere i benefici – in realtà molto limitati – concessi dalla legge 104/1992, quali i permessi per assistere il malato.

Le pratiche sono molto complesse ed alcune vanno ripetute annualmente per mantenere i diritti acquisiti; e ciò al comprensibile scopo di limitare gli abusi.

Fortunatamente ci sono enti assistenziali detti *patronati*, assistenti sociali, associazioni varie che sbrigano direttamente le pratiche, oppure indirizzano ed assistono gli interessati. Tuttavia non mancano le difficoltà derivanti dall'enorme quantità di pratiche che si accumulano negli uffici pubblici e dalla necessaria burocrazia interna dei patronati stessi. Senza poi contare che le famiglie non sempre vengono a conoscenza dei propri diritti, per lo scarso livello di istruzione, o perché assillate da problemi contingenti e quotidiani. Per tale motivo le associazioni di famigliari organizzano conferenze, sportelli informativi e

incontri individuali con esperti in normativa previdenziale, assistenziale, fiscale ed anche in diritto di famiglia ecc.

A tutte queste difficoltà, che sono comuni per qualsiasi tipo di handicap, si aggiungono frequentemente grosse incomprensioni legate alla malattia mentale, incomprensioni spesso umilianti che si manifestano più nei contatti a basso livello esecutivo, che non a livello dirigenziale.

Queste incomprensioni derivano sia dalla natura stessa della malattia mentale che non è appariscente come un handicap fisico, sia dai pregiudizi sulla malattia ed anche dall'ignoranza sullo *status* del malato mentale, specie se è amministrato, inabilitato o interdetto.

La non appariscenza della malattia mentale può generare il sospetto che chi si presenta allo sportello sia un mistificatore che cerca di sfruttare una situazione a cui non ha diritto. Nell'immaginario di certi sportellisti l'unica invalidità ammissibile è quella fisica. Ed in effetti numerosi soci della Di.A.Psi. hanno segnalato di essere stati apostrofati da impiegate con la domanda, ritenuta discriminante, circa le condizioni del paziente: <<Deambula o non deambula?>>. Per altri sportellisti l'unica patologia psichica ammissibile è quella dell'insufficienza mentale. E qui si evidenzia l'influenza dell'antipsichiatria che ha fatto entrare nell'uso comune la definizione di *disagio* per indicare patologie mentali anche gravi, tra le più devastanti e crudeli che possano colpire un essere umano. Purtroppo anche gli psichiatri usano spesso il termine *disagio*, forse come eufemismo oppure come traduzione impropria del termine inglese *disease*, che in realtà significa vera malattia.

Episodi di incomprensione ed ignoranza di norme di legge possono manifestarsi in qualsiasi ufficio ed in qualsiasi circostanza. Un episodio tra tanti. In un ufficio postale di Torino c'è da riscuotere un vaglia a nome dell'interdetto, il tutore si presenta con la documentazione necessaria e si vede rifiutare categoricamente la riscossione. Insiste cercando di spiegare la situazione e per tutta risposta la direttrice lo zittisce dicendo ad alta voce, in modo da essere udita dai presenti: <<Noi non siamo qui per risolvere i vostri problemi familiari>>. Il tutore solo il giorno dopo, ed accompagnato da un testimone, riesce ad incassare quanto di diritto.

## 3 - Problemi con i servizi psichiatrici

I rapporti tra malati, famiglie e servizi psichiatrici in questo primo scorcio del nuovo secolo sono notevolmente migliorati rispetto al passato, almeno nella nostra realtà regionale. Ed in effetti, come già evidenziato, non essendo la L. 180 cogente, la situazione varia da Regione a Regione ed anche da ASL ed ASL della medesima Regione.

Tuttavia anche nelle migliori condizioni possono rimanere problemi ed incomprensioni, e tra i più importanti si può registrare:

- la scarsità di mezzi e di personale, la ricerca delle soluzioni a minor costo,
- il frequente cambiamento dello psichiatra curante e degli operatori di riferimento,
- una certa diffidenza verso i famigliari ed il *care giver*,
- la carenza di esperienza, accumulatasi nel tempo, per influsso dell'antipsichiatria,
- l'inadeguatezza e scarsità delle cure personalizzate di riabilitazione.

### *La scarsità di mezzi e di personale, la ricerca delle soluzioni a minor costo*

Il problema della scarsità di mezzi e di personale affligge molti settori dell'assistenza sanitaria pubblica. Il settore psichiatrico, che a differenza di altri non necessita di apparecchiature costose, è gravemente penalizzato dall'insufficienza di personale.

Psichiatri che hanno in carico un numero eccessivo di pazienti – anche duecento - non possono seguirli correttamente, considerando che consulenze, visite psichiatriche ed adempimenti burocratici richiedono tempi molto lunghi. Le conseguenze di tale situazione sono varie e sempre incresciose. Troppi malati e famigliari si sentono trascurati; anche gli psichiatri più coscienziosi sono spesso costretti a ricorrere alla prescrizione di sovradosaggi di sedativi per limitare il numero di richieste d'intervento; quelli meno diligenti, o resi apatici dalla sindrome *burnout*, cercano di evitare i casi più difficili e più bisognosi d'aiuto. In queste condizioni ci si allontana dai principi bioetici, ed in particolare da quello della Giustizia, e dalla deontologia professionale.

La carenza di psicologi, di infermieri specializzati e di educatori ha un peso determinante sull'assistenza sanitaria ai malati ed alle famiglie. Un infermiere o un educatore, che per carenza di organico visitino poche volte all'anno i malati ad essi in carico, che cosa possono riferire allo psichiatra sulle reali condizioni del paziente, sugli effetti nel tempo delle terapie prescritte, sulla situazione familiare? L'estrema rarefazione

di contatti non permette di instaurare quel clima di empatia tra professionisti della salute mentale e pazienti, empatia determinante per la cura e per il ricupero della persona.

Pure la scarsità di mezzi e la ricerca di soluzioni a minor costo possono portare all'abbandono dei malati, oppure a soluzioni inadeguate ad affrontare i problemi.

Innanzitutto, i reparti ospedalieri, istituiti in applicazione della L. 180/78 e subito ribattezzati *repartini,* sono angusti sia perché non possono superare i quindici posti-letto (art. 6), sia perché secondo la *ratio* della legge la permanenza del malato deve essere breve, normalmente di sette giorni eccezionalmente prorogabili (art. 3, comma 4). Quindi non si è tenuto conto delle esigenze di buona parte degli psicotici spinti da un'impellente necessità di camminare, di stancarsi fisicamente, cercando così un sollievo al loro malessere. Non si è neppure tenuto conto che l'impostazione di una terapia farmacologica o il suo cambiamento richiedono un periodo di osservazione in ospedale e controlli vari per un mese ed oltre.

Pertanto i repartini dovrebbero essere ampi, disporre di spazi confortevoli, in modo che non si debba ricorrere a sovradosaggi di farmaci per contenere i malati meno gestibili. A tale proposito, ci sono primari ospedalieri che vantano - e pubblicizzano - di lasciare una grande libertà ai propri pazienti, liberi di uscire dal repartino, mentre la realtà è ben diversa: possono uscire solo i malati più gestibili, mentre gli altri vengono talmente imbottiti di sedativi che spesso non riescono neppure ad alzarsi dal letto. E di questo fatto non si parla.

Sempre sul tema delle soluzioni a minor costo, è ancor vivo il ricordo delle pensioncine di infimo ordine, a Torino, in cui sino a non molto tempo fa venivano ospitati e lasciati a se stessi i malati di mente, come fossero dei terremotati. Liberi di gestire la propria giornata, senza controlli e con conseguenze imprevedibili. Cito un caso emblematico di cui si era occupata la Di.A.Psi. I famigliari di un malato rientrando dalle ferie non trovano più il loro congiunto nella pensione. Chiedono spiegazione ai gestori, una coppia di stranieri, i quali tranquillamente dicono che da un po' di tempo l'ospite non lo vedono più. La DI.A.PSI indaga ed alla fine si scopre che il malato è in carcere, già processato per direttissima come complice di una banda di malfattori che soleva utilizzarlo come palo o altro, in cambio di qualche bicchiere di birra. Nessuno l'aveva realmente difeso e non si era tenuto conto del suo stato mentale.

Solo dopo anni è stato abolito il ricorso alle pensioncine, almeno nella situazione piemontese, e si cerca di incentivare comunità, alloggi protetti ecc. in osservanza della L.R.P. 61/89. Però le risorse finanziarie non sono adeguate, anzi se ne profila un calo.

### *Il frequente cambiamento dello psichiatra curante e degli operatori*

Tra i problemi che sembrano non dipendere direttamente da carenze di personale o di mezzi, c'è il troppo frequente cambiamento dello psichiatra curante, degli infermieri e degli operatori con i quali il malato si riferisce, se è realmente preso in carico dai servizi.

Gli effetti di tale fenomeno sono particolarmente dannosi. Viene a mancare quella continuità di trattamento e di contatto col paziente che vive ogni cambiamento come un passo angosciante e pericoloso verso l'ignoto. Non sempre lo psichiatra subentrante ha la possibilità di consultarsi adeguatamente con il collega che l'ha preceduto sullo stato e sui bisogni di ogni paziente. La conoscenza diretta del paziente e del suo ambiente familiare è cosa ben diversa dalla conoscenza tramite la lettura di una cartella clinica e da qualche colloquio troppo frettoloso, dato l'eccessivo carico di pazienti.

Ad ogni cambiamento malati e famigliari cercano di conoscerne i motivi. Buona parte dei cambiamenti sono di carattere organizzativo come ad esempio l'equa ridistribuzione del personale sul territorio, oppure la necessità di turnare il personale nei compiti più gravosi. Vi sono poi comprensibili e legittimi motivi personali, tra i quali il *burnout* che colpisce psichiatri ed operatori, fenomeno non sempre compreso dai famigliari. Ed in effetti questi - avendo a carico il malato non ad orario fisso, ma 24 ore su 24, per 365 giorni all'anno, per decine di anni - tendono a rimanere indifferenti o a sottovalutare i problemi di chi li cura.

Circa poi la turnazione del personale nei repartini, si ebbero anche episodi di abuso. Anni or sono la Di.A.Psi. dovette intervenire in tribunale in appoggio di un primario ospedaliero di una cittadina piemontese il quale non riusciva a far rispettare i turni d'obbligo a certi infermieri. Questi, appartenenti ad ASL diverse (allora USL), scambiavano in continuazione il proprio turno con altri senza garantirsi dell'effettiva disponibilità di essi. Si scoprirono così parecchie certificazioni di malattia risultate essere di comodo.

### *Una certa diffidenza verso i famigliari ed il care giver*

La scarsità di contatti con i pazienti, le turnazioni, il cambiamento di psichiatra rendono difficile la conoscenza del malato e del suo ambiente familiare. Quindi possono facilmente sorgere malintesi e diffidenza da parte dei servizi verso i famigliari e viceversa.

La famiglia, e soprattutto il *care giver*, è sempre stressata dal contatto continuo col malato e quindi raramente è in grado di presentare oggettivamente le situazioni e gli episodi rimarchevoli. Specialmente se si tratta di persone semplici o di scarsa istruzione.

Certe famiglie per un malinteso senso d'onore, o per vergogna, tendono a minimizzare la malattia del congiunto e persino, nei casi limite, a negarla. Sono noti i casi estremi di malati segregati e nascosti in casa per decenni. C'è anche una naturale cecità, soprattutto dei genitori, nei confronti delle prime manifestazioni di malattia: non è facile ammettere ed accettare che il proprio figlio sia malato di mente.

Per contro altre famiglie, quando la malattia è conclamata, tendono all'esagerazione nel riferirne le manifestazioni allo psichiatra; alle volte diventano petulanti ed interferiscono pesantemente sulla sua professionalità. Ciò può avvenire in buona fede, o per emotività, oppure per contrastare la diffidenza – o semplicemente la prudenza - dello psichiatra; in altri casi avviene con la speranza di essere meglio seguiti ed assistiti.

In passato i famigliari che chiedevano aiuto ai servizi venivano di fatto respinti: gli psichiatri pretendevano che fossero i malati stessi a presentarsi se ritenevano di averne bisogno. Cosa che quasi mai si verificava.

In sostanza, la famiglia è sempre in difficoltà nel comprendere ed esporre i problemi propri e del malato. Una grave conseguenza di tale situazione è il ritardo, persino di anni, nell'ottenere una diagnosi corretta che permetta la programmazione di cure adeguate.

Da sempre le associazioni cercano di mediare nei rapporti conflittuali tra utenti e servizi. In casi estremi, e fortunatamente rarissimi, di totale disimpegno dei servizi psichiatrici, la Di.A.Psi. aveva dovuto ricorrere all'invio *di tre telegrammi* per indurli ad intervenire: uno all'Assessore regionale alla Sanità, uno al Direttore o coordinatore della USL (ora ASL) ed uno al Responsabile del servizio. E l'effetto era miracoloso.

## *La carenza di esperienza, accumulatasi nel tempo, per influsso dell'antipsichiatria*

L'influsso dell'ideologia antipsichiatrica sulla psichiatria sembra un paradosso, che si è verificato e si verifica ancora. Ovviamente da profano non sono in grado di definire e valutare il fenomeno, ma dubito che qualcuno oggi possa farlo serenamente essendo ancora troppo vivo il fenomeno stesso. Bisognerà attendere dei decenni per un giudizio oggettivo e sereno.

Posso solo ricordare qualche episodio in cui si constata che l'antipsichiatria, col suo eccesso di teorizzazioni sociologiche e politiche, con la sua avversione verso la psicobiologia, abbia fatto perdere tempo e conseguentemente esperienza alla Psichiatria italiana, esperienza ancora da recuperare.

Fortunatamente pare che le scuole universitarie di Psichiatria siano state scarsamente influenzate dall'antipsichiatria, al contrario di scuole di Psicologia e di Sociologia che sembrano averne fatto una bandiera. Fortunatamente molti psichiatri, che di fronte ai colleghi si dichiaravano allineati sulle posizioni politiche antipsichiatriche, nella concretezza degli interventi non tradivano i principi etici della professione medica, che impongono di aiutare l'uomo sofferente, senza remore e preconcetti.

Tuttavia altri psichiatri, con l'alibi dell'ideologia (il male sta nella società e quindi nella famiglia), avevano trovato comodo eludere gli interventi poco gratificanti e comportarsi come se la malattia mentale fosse un'entità astratta. Ricordo il comportamento limite di uno psichiatra che nelle consultazioni ed anche in pronto soccorso aveva l'abitudine di trattare il paziente come un simulatore. Sottoponeva l'accompagnatore e il paziente in piena crisi a lunghe ed umilianti domande, tra la perplessità degli infermieri. E ciò prima di disporre una semplice sedazione ed un ricovero del tipo *porta girevole* (si entra e si esce quasi subito o nel giro di poche ore), caratteristico degli anni '80.

Fortunatamente oggi le cose sono cambiate e non si hanno più notizie di comportamenti del genere, ma ci si chiede quanto tempo sia stato perso per mancata esperienza.

### *L'inadeguatezza e scarsità delle cure personalizzate di riabilitazione*

La personalizzazione delle cure, la formulazione di un progetto riabilitativo del paziente sono traguardi sbandierati dai vari Piani sanitari nazionali e regionali, ma difficili da realizzare per i motivi sino ad ora esposti.

L'insufficienza quantitativa di mezzi e di personale, la mancanza di una diffusa preparazione professionale, specie per il processo riabilitativo, sono un ostacolo che potrebbe essere superato con il miglioramento della politica verso la psichiatria.

Le famiglie italiane si sono sobbarcate (da trent'anni!) il peso dell'assistenza dei propri malati mentali, sebbene senza riuscire a curarli adeguatamente, ma facendo risparmiare allo Stato un'enorme spesa. Quindi lo Stato dovrebbe giungere ad un onorevole e doveroso riconoscimento e risarcimento: dovrebbe fornire i mezzi concretamente sufficienti per l'assistenza ed il recupero umano e sociale dei malati, specialmente di

quelli senza famiglia e di quelli che i genitori troppo anziani non sono più in grado di assistere.

In definitiva, si tratta dell'osservanza di un principio della nostra Costituzione (art. 32), quindi di un diritto, ed anche di un fondamentale ed intuitivo principio bioetico, quello della *Giustizia*.

---

# CONCLUSIONE

Per gli imposti limiti di spazio la trattazione degli argomenti non è stata esaustiva. Ed in effetti ho dovuto fare delle scelte ritenendo più utile la trattazione dei principali problemi dei malati psichiatrici e delle famiglie con le loro implicazioni etiche, piuttosto che procedere ad approfondimenti di certi problemi, che pure lo meriterebbero.

Inoltre sarebbe interessante poter sviluppare altri argomenti correlati al tema della tesi, come ad esempio: i rapporti tra servizi, famiglie e comunità terapeutiche; i rapporti tra servizi, famiglie e alloggi protetti; i malati mentali, loro famiglie e gli studi sociologici; l'influenza delle associazioni di famigliari sulla psichiatria italiana; i malati mentali senza famiglia..

Il tutto per rendere più noto ciò che è la realtà della convivenza con un malato mentale, per sfatare preconcetti – che allignano anche in insospettabili ambienti – e specialmente per rendere giustizia a quanti in questi ultimi trent'anni hanno lottato per affermare verità e diritti dei malati, al di là di ogni pregiudizio o ideologia.

Il periodo nero della psichiatria in Italia è oggi passato. C'è la consapevolezza sia della realtà della malattia e della necessità di cure, sia del progressivo suo diffondersi e della precocità con cui colpisce anche bambini ed adolescenti, abbassandosi sempre di più l'età di insorgenza.

Dai nuovi indirizzi politici ed economici e dalla ripresa della ricerca possiamo oggi attenderci miglioramenti significativi nella pratica psichiatrica. Miglioramenti che dovrebbero riguardare non più la sola cura farmacologica oggi dispensata, spesso su sollecitazione dei parenti. La buona pratica dovrebbe contemplare anche una valida psicoterapia ed un reale progetto riabilitativo personalizzato in strutture attrezzate e per il lungo periodo necessario. Si dovrebbe riuscire ad adeguare costi e qualità, ed a valutarne i risultati conseguiti e attesi (Fassino et al., 2007).

# NOTE

(1) Nel dibattito finale, all'intervento sconcertante del consigliere Igor Staglianò fece contrasto quello umano e competente del medico prof. Michele Olivetti.

(2) E' noto il caso del manicomio-lagher di Agrigento, caso esploso nel 1988, ossia dieci anni dopo l'emanazione della L.180.

(3) Da *Il Sole 24 Ore Sanità* del 28-04.09.

(4) Vedere al successivo paragrafo 4: *Altre associazioni…*

(5) SERMIG (Servizio Missionario Giovani), istituzione nata nel 1964, nota anche col nome di *Arsenale della pace* perché ospitata nell'antico arsenale militare di Torino.

(6) Henri Laborit (1914-1995), scopritore del primo neurolettico usato in terapia, la Clorpromazina, che ha rivoluzionato il trattamento della schizofrenia rendendo nella maggior parte dei casi inutile il ricovero negli ospedali, ed a maggior ragione nei manicomi.

(7) Vedere al successivo paragrafo 4: *Altre associazioni…*

(8) Il BANDOLO è un'associazione di Torino, finanziata dalla Compagnia San Paolo, a cui collaborano altre associazioni per la guida ed il sostegno dei malati ed i loro famigliari.

(9) Vedere al successivo paragrafo 4: *Altre associazioni…*

(10) www.aiutiamoli.it

(11) www.vittimedella180.org

(12) Documento del 29 aprile 2009.

(13) Per la definizione del termine *stigma* posso fare riferimento alla brochure *Campagna di Comunicazione* edita dal Ministero della Salute il 3.12.04 . Ricordo anche l'associazione AILAS (Associazione Italiana Lotta allo Stigma), alla quale ha contribuito la Scuola del prof. Filippo Bogetto.

# BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE


1. DI.A.PSI.PIEMONTE, 1994, *Conferenze informative sulla malattia mentale; quinto corso di formazione per volontari*. Edizione Di.A.Psi.Piemonte, Torino.
2. FASSINO SECONDO et al, 2007, *Manuale di psichiatria biopsicosociale.* Centro Scientifico Editore, Torino.
3. FASSINO SECONDO e DELSEDIME NADIA, 2007, *Significati in prospettiva della famiglia in medicina ed in psichiatria,* in << La famiglia è malata?>>, Centro Scientifico Editore, Torino.
4. FASSINO SECONDO e DELSEDIME NADIA, 2007, (a cura di), *La famiglia è malata?,* Centro Scientifico Editore, Torino.
5. FORNERO GIOVANNI, 2005, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Bruno Mondadori, Milano.
6. GOZZELLINO GRAZIELLA, 2007, *Famiglia e malattia mentale, l'esperienza di una associazione* in << La famiglia è malata?>>, Centro Scientifico Editore, Torino.
7. LARGHERO ENRICO e ZEPPEGNO GIUSEPPE, 2007, (a cura di), *Dalla parte della vita – Itinerari di bioetica I,* Effatà Editrice, Torino.
8. LARGHERO ENRICO e ZEPPEGNO GIUSEPPE, 2008, (a cura di), *Dalla parte della vita – Itinerari di bioetica II,* Effatà Editrice, Torino.
9. LARGHERO ENRICO, 2008, *Il mondo della solidarietà* in << Dalla parte della vita – Itinerari di bioetica II>>, Effatà Editrice, Torino.
10. MAINA GIUSEPPE e RIGARDETTO SYLVIA, *I disturbi psichiatrici, aspetti medici generali* in << Dalla parte della vita – Itinerari di bioetica II>>, Effatà Editrice, Torino.
11. MORI MAURIZIO, 2002, *Bioetica: 10 temi per capire e discutere,* Edizioni Scolastiche Bruno Mondadori, Milano.
12. SOLDI CARLA (con il contributo di Furio Gubetti ed Alessandro Meluzzi), 1991, *Il mito della legge psichiatrica 180,* Edizioni Di.A.Psi.Piemonte, Torino.
13. SOLDI CARLA, 1995 terza ediz., *La malattia mentale, guida generale per le famiglie*, Edizione Di.A.Psi.Piemonte, Torino. Integrato con un volumetto di

*Supplemento regionale per il Piemonte* e con un terzo volumetto di aggiornamento al 31.07.1998 sulle *Aziende Sanitarie Locali della città di Torino*.

# ALLEGATI

ALLEGATO **n. 1**: LEGGE 180/78 (Testo integrale)

ALLEGATO **n. 2**: LEGGE 833/78 (Artt. 33, 34, 35, 64)

ALLEGATO **n. 3**: LEGGE REG. PIEMONTE 61/89 (Testo integrale)

# ALLEGATO N. 1

**(Dal sito: www.cortedicassazione.it)**

## LEGGE 13 MAGGIO 1978, *n.* 180 *(GU n. 133 del 16/05/1978)* ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI.

**Preambolo**

*LA CAMERA DEI DEPUTATI ED IL SENATO DELLA REPUBBLICA HANNO APPROVATO;*
*IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA*
*PROMULGA*
*LA SEGUENTE LEGGE:*

**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 DALL'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 NECESSITI LA DEGENZA,NELLE 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 E I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI SONO DISPOSTI CON PROVVEDIMENTO DEL SINDACO,NELLA SUA QUALITÀ DI AUTORITÀ SANITARIA LOCALE,SU PROPOSTA MOTIVATA DI UN MEDICO.

**ART.2. ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI PER MALATTIAMENTALE**

LE MISURE DI CUI AL SECONDO COMMA DEL PRECEDENTE ARTICOLO POSSONO ESSERE DISPOSTE NEI CONFRONTI DELLE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE MENTALI.

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 VI SIANO LE CONDIZIONI E LE CIRCOSTANZE CHE CONSENTANO DI ADOTTARE TEMPESTIVE ED IDONEE MISURE SANITARIE EXTRA OSPEDALIERE.

IL PROVVEDIMENTO CHE DISPONE IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI 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 PRECEDENTE COMMA.

**ART.3.**

PROCEDIMENTO RELATIVO AGLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER MALATTIA MENTALE

IL PROVVEDIMENTO DI CUI ALL' ARTICOLO 2 CON IL QUALE IL SINDACO DISPONE IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA,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,TRAMITE 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 E NE DÀ COMUNICAZIONE AL SINDACO.IN CASO DI MANCATA CONVALIDA IL SINDACO DISPONE LA CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA.

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 DEL PRESENTE ARTICOLO È ADOTTATO NEI CONFRONTI DI CITTADINI STRANIERI O DI APOLIDI,NE VA DATA COMUNICAZIONE AL MINISTERO DELL'INTERNO 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 SANITARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DI CUI ALL' ARTICOLO 6 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 DEL PRESENTE ARTICOLO,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 EVENTUALE 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 PER AMMINISTRARE IL PATRIMONIO DELL'INFERMO.

LA OMISSIONE DELLE COMUNICAZIONI DI CUI AL PRIMO,QUARTO 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.

**ART.4.**

REVOCA E MODIFICA DEL PROVVEDIMENTO DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

CHIUNQUE 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 DIECI GIORNI.I PROVVEDIMENTI DI REVOCA O DI MODIFICA SONO ADOTTATI CON LO STESSO PROCEDIMENTO DEL PROVVEDIMENTO REVOCATO O MODIFICATO.

**ART.5. TUTELA GIURISDIZIONALE**

CHI È 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 3 ,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.

**ART.6.**

MODALITÀ RELATIVE AGLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER MALATTIA MENTALE

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 ISTITUZIONI PUBBLICHE SONO EFFETTUATI,SALVO QUANTO DISPOSTO DAL SUCCESSIVO ARTICOLO 8 ,NEI SERVIZI PSICHIATRICI DI CUI AI SUCCESSIVI COMMI.

LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO,ANCHE CON RIFERIMENTO AGLI AMBITI TERRITORIALI PREVISTI DAL SECONDO E TERZO COMMA DELLO ARTICOLO 25 DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 24 LUGLIO 1977,N.616 ,INDIVIDUANO GLI OSPEDALI GENERALI NEI QUALI,ENTRO SESSANTA 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 DEL PRESENTE ARTICOLO - 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 DI BOLZANO INDIVIDUANO LE ISTITUZIONI PRIVATE DI RICOVERO E CURA,IN POSSESSO DEI REQUISITI PRESCRITTI,NELLE 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 PRECEDENTE COMMA CONVENZIONI AI SENSI DEL SUCCESSIVO ARTICOLO 7 .

**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 CON MODIFICAZIONI NELLA LEGGE 17 AGOSTO 1974,N.386,COMPRENDE I RICOVERI OSPEDALIERI PER ALTERAZIONI PSICHICHE.RESTANO FERME FINO AL 31 DICEMBRE 1978 LE DISPOSIZIONI VIGENTI IN ORDINE ALLA COMPETENZA DELLA SPESA.

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 L'1 GENNAIO 1979,LE PROVINCE CONTINUANO AD ESERCITARE LE FUNZIONI AMMINISTRATIVE RELATIVE ALLA GESTIONE DEGLI 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 DEI SERVIZI PSICHIATRICI E DI IGIENE MENTALE CON LE ALTRE STRUTTURE SANITARIE OPERANTI NEL TERRITORIO E ATTUANO IL GRADUALE SUPERAMENTO DEGLI 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 DIPENDENTI DALLE AMMINISTRAZIONI PROVINCIALI O DA ALTRI ENTI PUBBLICI O DALLE ISTITUZIONI PUBBLICHE DI ASSISTENZA E BENEFICENZA 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 PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA DEGLI OSPEDALI GENERALI,DI CUI ALL' ARTICOLO 6 ,È ADDETTO PERSONALE DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI E DEI SERVIZI E PRESIDI PSICHIATRICI PUBBLICI EXTRA OSPEDALIERI.

I 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 TRENTA GIORNI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE,CON DECRETO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ DI INTESA CON LE REGIONI E L'UNIONE DELLE PROVINCIE 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 DELLO ARTICOLO 6,I RAPPORTI FINANZIARI TRA LE PROVINCE E GLI ISTITUTI DI RICOVERO E L'IMPIEGO,ANCHE MEDIANTE COMANDO,DEL PERSONALE DI CUI ALL'OTTAVO COMMA,DEL PRESENTE ARTICOLO.

CON DECORRENZA DALL'1 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 OSPEDALI PSICHIATRICI PUBBLICI E DEI PRESIDI E SERVIZI PSICHIATRICI E DI IGIENE MENTALE PUBBLICI E IL TRATTAMENTO ECONOMICO E GLI ISTITUTI NORMATIVI DI CARATTERE ECONOMICO DELLE CORRISPONDENTI CATEGORIE DEL PERSONALE DEGLI ENTI OSPEDALIERI.

**ART.8. INFERMI GIÀ RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI**

LE NORME DI CUI ALLA PRESENTE LEGGE SI APPLICANO ANCHE AGLI INFERMI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI AL MOMENTO DELL'ENTRATA IN VIGORE DELLA LEGGE STESSA.

IL PRIMARIO RESPONSABILE DELLA DIVISIONE,ENTRO NOVANTA GIORNI DALLA ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE,CON SINGOLE RELAZIONI

MOTIVATE,COMUNICA AL SINDACO DEI RISPETTIVI COMUNI DI RESIDENZA,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 PRIMARIO RESPONSABILE DELLA DIVISIONE È ALTRESÌ TENUTO AGLI ADEMPIMENTI DI CUI AL QUINTO COMMA DELL' ARTICOLO 3 .

IL SINDACO DISPONE IL PROVVEDIMENTO DI TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA SECONDO LE NORME DI CUI ALL'ULTIMO COMMA DELL' ARTICOLO 2 E NE DÀ COMUNICAZIONE AL GIUDICE TUTELARE CON LE MODALITÀ E PER GLI ADEMPIMENTI DI CUI ALL'ARTICOLO 3.

L'OMISSIONE DELLE COMUNICAZIONI DI CUI AI COMMI PRECEDENTI 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.

TENUTO CONTO DI QUANTO PREVISTO AL QUINTO COMMA DELL' ARTICOLO 7 E IN TEMPORANEA DEROGA A QUANTO DISPOSTO DAL SECONDO COMMA DELLO ARTICOLO 6 ,NEGLI ATTUALI OSPEDALI PSICHIATRICI POSSONO ESSERE RICOVERATI,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 CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA.

**ART.9. ATTRIBUZIONI DEL PERSONALE MEDICO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI**

LE ATTRIBUZIONI IN MATERIA SANITARIA DEL DIRETTORE, DEI PRIMARI,DEGLI AIUTI E DEGLI ASSISTENTI DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI SONO QUELLE STABILITE,RISPETTIVAMENTE,DAGLI ARTICOLI 4 E 5 E DALL' ARTICOLO 7 DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 27 MARZO 1969,N.128 .

**ART.10. 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_.

**ART.11. 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 TESTO UNICO DELLE LEGGI RECANTI NORME PER LA DISCIPLINA DELL'ELETTORATO ATTIVO E PER LA TENUTA E LA REVISIONE DELLE LISTE ELETTORALI,APPROVATO CON DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 20 MARZO 1967,N.223 , NONCHÉ OGNI ALTRA DISPOSIZIONE INCOMPATIBILE CON LA PRESENTE LEGGE.

LE DISPOSIZIONI CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 1,2,3,4,5,6,7,8,E 9 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 DIFFUSIVE,IVI COMPRESE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE,SONO FATTE SALVE IN MATERIA DI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI LE COMPETENZE DELLE AUTORITÀ MILITARI,DEI MEDICI DI PORTO,DI 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.

LA PRESENTE LEGGE,MUNITA DEL SIGILLO DELLO STATO,SARÀ INSERTA NELLA RACCOLTA UFFICIALE DELLE LEGGI E DEI DECRETI DELLA REPUBBLICA ITALIANA.È FATTO OBBLIGO A CHIUNQUE SPETTI DI OSSERVARLA E DI FARLA OSSERVARE COME LEGGE DELLO STATO.

*DATA A ROMA,ADDÌ 13 MAGGIO 1978*
*LEONE*
*ANDREOTTI - BONIFACIO -*
*ANSELMI*
*VISTO,IL GUARDASIGILLI:BONIFACIO*

# ALLEGATO N. 2

**(Dal sito: www.cortedicassazione.it)**

**L.833/78 (Stralcio)**

**ART.33.**

(NORME PER GLI ACCERTAMENTI ED I TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI)

GLI ACCERTAMENTI ED I TRATTAMENTI SANITARI SONO DI NORMA VOLONTARI.

NEI CASI DI CUI ALLA PRESENTE LEGGE E IN QUELLI ESPRESSAMENTE PREVISTI DA LEGGI DELLO STATO POSSONO ESSERE DISPOSTI DALL'AUTORITÀ SANITARIA ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI,SECONDO L' ARTICOLO 32 DELLA COSTITUZIONE ,NEL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DELLA PERSONA E DEI DIRITTI CIVILI E POLITICI,COMPRESO PER QUANTO POSSIBILE IL DIRITTO ALLA LIBERA SCELTA DEL MEDICO E DEL LUOGO DI CURA.

GLI ACCERTAMENTI ED I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI SONO DISPOSTI CON PROVVEDIMENTO DEL SINDACO NELLA SUA QUALITÀ DI AUTORITÀ SANITARIA,SU PROPOSTA MOTIVATA DI UN MEDICO.

GLI ACCERTAMENTI E I TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI SONO ATTUATI DAI PRESIDI E SERVIZI SANITARI PUBBLICI TERRITORIALI E,OVE NECESSITI LA DEGENZA, NELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE O CONVENZIONATE.

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.

L'UNITÀ SANITARIA LOCALE OPERA PER RIDURRE IL RICORSO AI SUDDETTI TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI,SVILUPPANDO LE INIZIATIVE DI PREVENZIONE E DI EDUCAZIONE SANITARIA ED I RAPPORTI ORGANICI TRA SERVIZI E COMUNITÀ.

NEL CORSO DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO,L'INFERMO HA DIRITTO DI COMUNICARE CON CHI RITENGA OPPORTUNO.

CHIUNQUE 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 DIECI GIORNI.I PROVVEDIMENTI DI REVOCA O DI MODIFICA SONO ADOTTATI CON LO STESSO PROCEDIMENTO DEL PROVVEDIMENTO REVOCATO O MODIFICATO.

**ART.34.**

(ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI VOLONTARI E OBBLIGATORI PER MALATTIA MENTALE)

LA LEGGE REGIONALE,NELL'AMBITO DELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE E NEL COMPLESSO DEI SERVIZI GENERALI PER LA TUTELA DELLA SALUTE,DISCIPLINA L'ISTITUZIONE DI SERVIZI A STRUTTURA DIPARTIMENTALE CHE SVOLGONO FUNZIONI PREVENTIVE,CURATIVE E RIABILITATIVE RELATIVE ALLA SALUTE MENTALE.

LE MISURE DI CUI AL SECONDO COMMA DELL'ARTICOLO PRECEDENTE POSSONO ESSERE DISPOSTE NEI CONFRONTI DI PERSONE AFFETTE DA MALATTIA MENTALE.

GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE,CURA E RIABILITAZIONE RELATIVI ALLE MALATTIE MENTALI SONO ATTUATI DI NORMA DAI SERVIZI E PRESIDI TERRITORIALI EXTRAOSPEDALIERI DI CUI AL PRIMO COMMA.

IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO PER MALATTIA MENTALE 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 VI SIANO LE CONDIZIONI E LE CIRCOSTANZE CHE CONSENTANO DI ADOTTARE TEMPESTIVE ED IDONEE MISURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE.IL PROVVEDIMENTO CHE DISPONE IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA DEVE ESSERE PRECEDUTO DALLA CONVALIDA DELLA PROPOSTA DI CUI AL TERZO COMMA DELL' ARTICOLO 33 DA PARTE DI UN MEDICO DELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE E DEVE ESSERE MOTIVATO IN RELAZIONE A QUANTO PREVISTO NEL PRESENTE COMMA.

NEI CASI DI CUI AL PRECEDENTE COMMA IL RICOVERO DEVE ESSERE ATTUATO PRESSO GLI OSPEDALI GENERALI,IN SPECIFICI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE DIPARTIMENTALI PER LA SALUTE MENTALE COMPRENDENTI ANCHE I PRESIDI E I SERVIZI EXTRAOSPEDALIERI,AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ TERAPEUTICA.I SERVIZI OSPEDALIERI DI CUI AL PRESENTE COMMA SONO DOTATI DI POSTI LETTO NEL NUMERO FISSATO DAL PIANO SANITARIO REGIONALE.

**ART.35.**

(PROCEDIMENTO RELATIVO AGLI ACCERTAMENTI E TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA PER MALATTIA MENTALE E TUTELA GIURISDIZIONALE)

IL PROVVEDIMENTO CON IL QUALE IL SINDACO DISPONE IL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA,DA EMANARSI ENTRO 48 ORE DALLA CONVALIDA DI CUI ALL' ARTICOLO 34 ,QUARTO COMMA,CORREDATO DALLA PROPOSTA MEDICA MOTIVATA DI CUI ALL' ARTICOLO 33 ,TERZO COMMA,E DALLA SUDDETTA CONVALIDA DEVE ESSERE NOTIFICATO,ENTRO 48 ORE DAL RICOVERO,TRAMITE 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 E NE DÀ COMUNICAZIONE AL SINDACO.IN CASO DI MANCATA CONVALIDA IL SINDACO DISPONE LA CESSAZIONE DEL TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO IN CONDIZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA.

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,NONCHÉ AL GIUDICE TUTELARE NELLA CUI CIRCOSCRIZIONE RIENTRA IL COMUNE DI RESIDENZA.SE IL PROVVEDIMENTO DI CUI AL PRIMO COMMA DEL PRESENTE ARTICOLO È ADOTTATO NEI CONFRONTI DI CITTADINI STRANIERI O DI APOLIDI,NE VA DATA COMUNICAZIONE AL MINISTERO DELL'INTERNO,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 SANITARIO RESPONSABILE DEL SERVIZIO PSICHIATRICO DELLA UNITÀ SANITARIA LOCALE 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 DEL PRESENTE ARTICOLO,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 EVENTUALE 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 PER AMMINISTRARE IL PATRIMONIO DELL'INFERMO.

LA OMISSIONE DELLE COMUNICAZIONI DI CUI AL PRIMO, QUARTO 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.

CHI È 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 DEL PRESENTE ARTICOLO,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 LE INFORMAZIONI E RACCOLTO 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.

# ALLEGATO N. 3

**(Dal sito: www.cortedicassazione.it)**

**REGIONE: PIEMONTE**
**LEGGE REGIONALE 23 OTTOBRE 1989,** *n.* **61** ***(GU n. 036 SERIE SPECIALE N. 3 del 15/09/1990 - BU Piemonte n. 044 del 31/10/1989)***
**DISPOSIZIONI PER L'ASSISTENZA DEI MALATI DI MENTE E PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI PSICHIATRICI.**
*URN:* ***urn:nir:regione.piemonte:legge:1989-10-23;61***

**Preambolo**

*IL CONSIGLIO REGIONALE*
*HA APPROVATO*
*IL COMMISSARIO DEL GOVERNO*
*HA APPOSTO IL VISTO*
*IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE*
*PROMULGA*
*LA SEGUENTE LEGGE:*

**ART. 1. FINALITÀ**

**1 .** LA PRESENTE LEGGE DISCIPLINA, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 17, 33, 34, 35 E 64 DELLA LEGGE N. 833/78, E DELL'ART. 2 DELLA LEGGE N. 595/85, LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI E PRESIDI CHE SVOLGONO FUNZIONI PREVENTIVE, CURATIVE E RIABILITATIVE, RELATIVE ALLA SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE ADULTA E L'ISTITUZIONE DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO.

**ART. 2. SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO**

**1 .** AL FINE DI GARANTIRE LA CONTINUITÀ DELL'INTERVENTO SANITARIO A TUTELA DELLA SALUTE MENTALE VIENE ISTITUITO IL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO PER COLLEGARE ORGANICAMENTE E FUNZIONALMENTE I SERVIZI ED I PRESIDI PSICHIATRICI OSPEDALIERI ED EXTRAOSPEDALIERI.

**2 .** IL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO HA IL COMPITO DI GARANTIRE, IN UN'AREA CHE COMPRENDE UNA O PIÙ UU.SS.SS.LL. CON UNA POPOLAZIONE COMPLESSIVA INDICATIVAMENTE COMPRESA TRA I 100.000 E 250.000 ABITANTI, IL COORDINAMENTO E LA PROGRAMMAZIONE DEGLI INTERVENTI INTEGRATI DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE DELLE MALATTIE MENTALI, NELLA POPOLAZIONE ADULTA, ATTUATI DALLA RETE DEI SERVIZI E PRESIDI PSICHIATRICI PRESENTI SUL SUO TERRITORIO.

**3 .** IL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO È COSTITUITO DALLE UNITÀ OPERATIVE PSICHIATRICHE DELLE UU.SS.SS.LL. AFFERENTI.

**4 .** IL SERVIZIO DIPARTIMENTALE COORDINA LA PROPRIA ATTIVITÀ ATTRAVERSO IL CONSIGLIO DIPARTIMENTALE, DI CUI FANNO PARTE I RESPONSABILI DELLE SINGOLE UU.OO.PP. E, A FINI CONSULTIVI, DA UN RAPPRESENTANTE ELETTO DA CIASCUNA DELLE CATEGORIE PROFESSIONALI OPERANTI NEL SERVIZIO.

**5 .** IL CONSIGLIO DIPARTIMENTALE È DIRETTO DA UN PRIMARIO PSICHIATRA COORDINATORE, NOMINATO DALLA GIUNTA REGIONALE, SCELTO SULLA BASE DEI TITOLI PRESENTATI E VALUTATI AI SENSI DEL DECRETO MINISTERIALE 30 GENNAIO 1982,

CON IL COMPITO DI VERIFICARE L'ATTUAZIONE DELLE DECISIONI OPERATIVE PRESE DAL CONSIGLIO, NEL RISPETTO DI PROTOCOLLI TECNICO-ORGANIZZATIVI DEFINITI DI CONCERTO CON GLI UFFICI DI DIREZIONE DELLE UU.SS.SS.LL. INTERESSATE, IN CONFORMITÀ AGLI INDIRIZZI PROGRAMMATICI STABILITI, D'INTESA FRA LORO, DAI COMITATI DI GESTIONE, AL FINE DI SALVAGUARDARE IL RAPPORTO EQUIPE-PAZIENTE E L'UNITARIETÀ DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO NEI VARI MOMENTI DELL'INTERVENTO.

**6 .** L'INCARICO DI COORDINATORE HA DURATA BIENNALE ED È RINNOVABILE.

**7 .** IL RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA PSICHIATRICA, INTESA COME UNITÀ OPERATIVA AUTONOMA AI SENSI DELLA VIGENTE NORMATIVA IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE DELLE UU.SS.SS.LL., INSIEME AL COORDINATORE DEL DIPARTIMENTO, PARTECIPA CON FUNZIONI CONSULTIVE AGLI UFFICI DI DIREZIONE DELLA U.S.S.L. OGNI VOLTA CHE VENGONO DISCUSSI PROBLEMI INERENTI LA PSICHIATRIA.

**8 .** QUALORA L'AMBITO DELLA U.S.S.L. COINCIDA CON QUELLO DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO, LE FUNZIONI DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE VENGONO GARANTITE DALL'UNITÀ OPERATIVA PSICHIATRICA DELLA U.S.S.L. STESSA.

**ART. 3. INDIVIDUAZIONE DEI SERVIZI DIPARTIMENTALI PSICHIATRICI NELLA REGIONE PIEMONTE**

**1 .** VENGONO INDIVIDUATI N. 25 SERVIZI DIPARTIMENTALI DEFINITI NELLA TABELLA A ALLEGATA ALLA PRESENTE LEGGE.

**ART. 4. ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO**

**1 .** IL SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO, PER RISPONDERE CON INTERVENTI EFFICACI DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE AI MOLTEPLICI PROBLEMI POSTI DALLE DIVERSE MALATTIE MENTALI NEI VARI STADI DELLA LORO EVOLUZIONE, SI ARTICOLA IN UNA COMPLETA RETE DI ATTIVITÀ E PRESIDI PSICHIATRICI DIVERSIFICATI CHE COMPRENDE:

**a)** IL CENTRO DI SALUTE MENTALE (C.S.M.);
**b)** IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.);
**c)** IL CENTRO DI TERAPIE PSICHIATRICHE (C.T.P.);
**d)** LA COMUNITÀ PROTETTA (C.P.);
**e)** LA COMUNITÀ ALLOGGIO (C.A.).

**ART. 5. IL CENTRO DI SALUTE MENTALE**

**1 .** IL CENTRO DI SALUTE MENTALE (C.S.M.) E LA SEDE DEL PROGETTO TERAPEUTICO E DEGLI INTERVENTI PSICOFARMACOLOGICI, PSICOTERAPEUTICI E SOCIO-TERAPEUTICI AMBULATORIALI, NONCHÉ IL CENTRO ORGANIZZATIVO DEGLI INTERVENTI A DOMICILIO E NELLE COMUNITÀ ALLOGGIO. IL CENTRO DI SALUTE MENTALE COLLABORA AL PROGETTO TERAPEUTICO DEI PROPRI PAZIENTI RICOVERATI NEI SS.PP.D.C., NEI C.C.T.P. E NELLE CC.PP.
IL CENTRO DI SALUTE MENTALE, NELLE SUE ATTIVITÀ SU TERRITORIO, COLLABORA CON L'ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE ED IN PARTICOLARE CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

**2 .** OGNI U.S.S.L. DEVE ESSERE DOTATA DI UN C.S.M.

**3 .** LE UU.SS.SS.LL. CON PIÙ DI 50.000 ABITANTI O CON ESTENSIONE TERRITORIALE PARTICOLARMENTE VASTA POSSONO ORGANIZZARE L'ATTIVITÀ DEL C.S.M. IN PIÙ SEDI OPERATIVE POSSIBILMENTE COINCIDENTI CON GLI AMBITI DI UNO O PIÙ DISTRETTI.

**ART. 6. IL SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA**

**1 .** OGNI SERVIZIO DIPARTIMENTALE PSICHIATRICO DISPONE PER LE ESIGENZE DI DIAGNOSI E CURA OSPEDALIERE DEL PROPRIO TERRITORIO, DI UN SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA (S.P.D.C.) CON UN INDICE DI POSTI LETTO OTTIMALE DI UNO OGNI 10.000 ABITANTI E COMUNQUE NON INFERIORE A 0,8 OGNI 10.000 ABITANTI.

**2 .** NELLA CONVENZIONE DI CUI AL SUCCESSIVO ART. 18 DOVRANNO ESSERE DISCIPLINATE LE MODALITÀ DI UTILIZZO DEL PERSONALE MEDICO DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE, AL FINE DI GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE DI TUTTO IL SUDDETTO PERSONALE (ESCLUSI I PRIMARI) AL SERVIZIO DI GUARDIA O REPERIBILITÀ PRESSO IL PRESIDIO OSPEDALIERO, ALLE DIPENDENZE FUNZIONALI, NELLO SVOLGIMENTO DI TALE SERVIZIO, DEL PRIMARIO RESPONSABILE DEL S.P.D.C.

**ART. 7. IL CENTRO DI TERAPIE PSICHIATRICHE E DI RISOCIALIZZAZIONE**

**1 .** IL CENTRO DI TERAPIE PSICHIATRICHE (C.T.P.) È IL PRESIDIO OVE SONO EFFETTUATI GLI INTERVENTI TERAPEUTICI E PSICO-RIABILITATIVI - ANCHE IN SITUAZIONI DI RESIDENZIALITÀ PROTETTA DIURNA, NOTTURNA O CONTINUATIVA - CHE RICHIEDONO SPECIFICI STRUMENTI, STRUTTURE E MODALITÀ OPERATIVE.

**2 .** OGNI SERVIZIO DIPARTIMENTALE DOVRÀ AVERE ALMENO UN CENTRO DI TERAPIE PSICHIATRICHE CONSIDERANDO OTTIMALE IL RAPPORTO DI UN C.T.P. OGNI 100.000 ABITANTI O FRAZIONE SUPERIORE AL 50 PER CENTO.

**3 .** AL FINE DI OFFRIRE UN INTERVENTO COMPLETO ED INTEGRATO E DI DIMINUIRE I COSTI DI GESTIONE, IL C.T.P. RIUNISCE IN UNA SINTESI FUNZIONALE ED ORGANIZZATIVA:

**a)** UN CENTRO DIURNO PER LE ATTIVITÀ PSICO-TERAPEUTICHE, OCCUPAZIONALI E RISOCIALIZZANTI, ALLE QUALI PARTECIPANO SIA I PAZIENTI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SIA I PAZIENTI ESTERNI;
**b)** UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA, CON ASSISTENZA INFERMIERISTICA CONTINUATIVA E CON OSPITALITÀ RESIDENZIALE PER QUEI PAZIENTI CHE PER LA LORO SINTOMATOLOGIA RICHIEDONO UN INTERVENTO TERAPEUTICO INTENSIVO E MEDIO-LUNGO TERMINE.

**4 .** L'INSERIMENTO E LA PERMANENZA DEI PAZIENTI NEL C.T.P. DEVE AVVENIRE IN FUNZIONE DI DEFINITI PROGETTI TERAPEUTICI.

**5 .** NELLA CONVENZIONE DI CUI AL SUCCESSIVO ART. 18 DOVRANNO ESSERE DISCIPLINATE LE MODALITÀ ORGANIZZATIVE DEL SERVIZIO DI REPERIBILITÀ MEDICA, UNITARIO PER TUTTE LE STRUTTURE COMUNITARIE RESIDENZIALI DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE, CHE POTRÀ ANCHE FORNIRE CONSULTI DOMICILIARI SU MOTIVATE RICHIESTE DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE.
AL SERVIZIO DI REPERIBILITÀ DOVRÀ PARTECIPARE TUTTO IL PERSONALE MEDICO DEL SERVIZIO DIPARTIMENTALE (ESCLUSI I PRIMARI) CHE, NELLO SVOLGIMENTO DI TALE SERVIZIO, SARÀ ALLE DIPENDENZE FUNZIONALI DEL PRIMARIO COORDINATORE, CHE NE CURERÀ L'ORGANIZZAZIONE, IN COLLABORAZIONE COL PRIMARIO RESPONSABILE DEL S.P.D.C..

**ART. 8. LA COMUNITÀ PROTETTA**

**1 .** LA COMUNITÀ PROTETTA (C.P.) È UN PRESIDIO SANITARIO OVE VENGONO EFFETTUATI INTERVENTI TERAPEUTICI E PSICO-RIABILITATIVI DI LUNGA DURATA, IN CONDIZIONI DI RESIDENZIALITÀ PROTETTA, CON ASSISTENZA CONTINUATIVA NELLE 24 ORE, PER QUEI PAZIENTI CHE, PER LA PRESENZA DI COSTANTI ALTERAZIONI PSICHICHE, SIANO INCAPACI DI PROVVEDERE IN MODO AUTONOMO AI PROPRI BISOGNI PERSONALI E SOCIALI.

**2 .** OGNI SERVIZIO DIPARTIMENTALE DOVRÀ AVERE ALMENO UNA COMUNITÀ PROTETTA CONSIDERANDO OTTIMALE IL RAPPORTO DI UNA OGNI 100.000 ABITANTI O FRAZIONE SUPERIORE AL 50 PER CENTO.

**ART. 9. LA COMUNITÀ ALLOGGIO**

**1 .** LA COMUNITÀ ALLOGGIO (C.A.) È UN PRESIDIO SOCIO-ASSISTENZIALE A CARATTERE RESIDENZIALE PER QUEI PAZIENTI PSICHIATRICI CHE, PUR AVENDO UNA SUFFICIENTE CAPACITÀ DI PROVVEDERE IN MODO AUTONOMO AI PROPRI BISOGNI PERSONALI, PRESENTANO RILEVANTI DIFFICOLTÀ RELAZIONALI CHE IMPEDISCONO UNA NORMALE COLLOCAZIONE ABITATIVA IN FAMIGLIA OD ALTROVE.

**2 .** OGNI SERVIZIO DIPARTIMENTALE DOVRÀ AVERE ALMENO UNA COMUNITÀ ALLOGGIO CONSIDERANDO OTTIMALE IL RAPPORTO DI UNA OGNI 50.000 ABITANTI O FRAZIONE SUPERIORE AL 50 PER CENTO.

**3 .** I PAZIENTI DI CUI AL COMMA PRIMO, RESTANO IN CARICO AL C.S.M. DI COMPETENZA.

**ART. 10. FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**

**1 .** I PRINCIPALI OBIETTIVI DELL'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE NEL SETTORE DELLA PSICHIATRIA SONO:

**a)** IL MIGLIORAMENTO DELLE CAPACITÀ DIAGNOSTICHE E L'OMOGENEIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RIFERIMENTO NOSOLOGICO;
**b)** L'OTTIMIZZAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI INTEGRATI FARMACOLOGICI PSICOTERAPEUTICI E SOCIO-RIABILITATIVI PER PROGETTI TERAPEUTICI INDIVIDUALIZZATI;
**c)** L'ACQUISIZIONE DI CAPACITÀ DI INTERVENTO COORDINATO TRA DIVERSE PROFESSIONALITÀ ALL'INTERNO DELL'EQUIPE MULTIPROFESSIONALE.

**2 .** LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE DEL PERSONALE SI SVOLGONO:

**a)** A LIVELLO DI SINGOLE UU.SS.SS.LL. QUALE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO E PERMANENTE;
**b)** A LIVELLO DIPARTIMENTALE, ATTRAVERSO PROGRAMMI CONCERTATI DALLE UU.SS.SS.LL. COMPRESE NELLE AREE TERRITORIALI DI CUI ALL'ART. 3 E FINALIZZATI AL SUPPORTO DEI PROGETTI DI INTERVENTO DI CARATTERE DIPARTIMENTALE;
**c)** A LIVELLO REGIONALE PER INIZIATIVE INTERESSANTI LA GENERALITÀ DELLE UU.SS.SS.LL. TESE ALLA OMOGENEIZZAZIONE DELLE MODALITÀ OPERATIVE DI TUTTE LE UU.OO.PP.

**ART. 11. SISTEMA INFORMATIVO**

**1 .** PRESSO LA COMPETENTE STRUTTURA REGIONALE È ATTIVATO IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA ASSISTENZA PSICHIATRICA, LE CUI MODALITÀ ORGANIZZATIVE VERRANNO DISCIPLINATE CON LA DELIBERAZIONE DI CUI AL SUCCESSIVO ART. 17.

**ART. 12. VOLONTARIATO**

**1 .** I SERVIZI DIPARTIMENTALI PSICHIATRICI PROMUOVONO MODALITÀ DI COLLABORAZIONE ORGANIZZATA CON ASSOCIAZIONI ED ENTI DI VOLONTARIATO E CON ASSOCIAZIONI DI FAMILIARI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI, IN PARTICOLARE PER PROMUOVERE ATTIVITÀ SOCIO-RIABILITATIVE, IN ATTUAZIONE DI QUANTO PREVISTO DALLA LEGGE REGIONALE 27 AGOSTO 1984, N. 44 .

**ART. 13. UNIVERSITÀ**

**1 .** LA PARTECIPAZIONE DELLE STRUTTURE UNIVERSITARIE ALLA RETE ASSISTENZIALE PSICHIATRICA PREVISTA DALLA PRESENTE LEGGE È DISCIPLINATA DALLA CONVENZIONE DI CUI ALL' ART. 39 DELLA LEGGE 23 DICEMBRE 1978, N. 833 .

**2 .** LA CONVENZIONE ATTUALMENTE IN VIGORE DOVRÀ ESSERE ADEGUATA, PER LA PARTE RELATIVA ALLA PSICHIATRIA ALLE DISPOSIZIONI DELLA PRESENTE LEGGE.

**ART. 14. CASE DI CURA ED ALTRI SERVIZI CONVENZIONATI**

**1 .** LA PROGRESSIVA ATTUAZIONE DELLA NUOVA RETE COMPLETA DI PRESIDI PSICHIATRICI COMPORTERÀ UNA REVISIONE DEL RUOLO ATTUALE DELLE CASE DI CURA CONVENZIONATE.

**2 .** LE MODALITÀ DEL LORO UTILIZZO DOVRANNO ESSERE SOTTOPOSTE A VERIFICA PER GIUNGERE A FORMULARE NUOVE E PIÙ ADEGUATE REGOLE DI IMPIEGO OTTIMALE DI QUESTE STRUTTURE, CON CONSEGUENTI MODIFICHE DELLE CONVENZIONI IN ATTO, NEL QUADRO DEL PIANO DI CONVENZIONAMENTO DI CUI ALL' ART. 6 DELLA LEGGE REGIONALE 14 GENNAIO 1987, N. 5 .

**3 .** PER LA GESTIONE, ANCHE PARZIALE, DI SERVIZI FINALIZZATI ALLA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI FISSATI DALLA PRESENTE LEGGE, LE UU.SS.SS.LL. POTRANNO ALTRESÌ STIPULARE APPOSITE CONVENZIONI CON ENTI E ORGANISMI PRIVATI CHE SIANO IN POSSESSO DI REQUISITI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI CONTENUTI NELLA PRESENTE LEGGE E DEFINITI NELLA DELIBERAZIONE DI CUI ALL'ART. 17 DELLA MEDESIMA.

**ART. 15. OSPEDALI PSICHIATRICI**

**1 .** I NECESSARI PROGETTI DI SUPERAMENTO E RICONVERSIONE DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI, PREDISPOSTI SULLA BASE DELLA PRESENTE LEGGE, SARANNO OGGETTO DI APPOSITE DELIBERAZIONI DEL CONSIGLIO REGIONALE, UNA PER CIASCUNO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI TUTTORA ESISTENTI IN PIEMONTE.

**2 .** I PROGETTI DI CUI AL COMMA PRIMO TENGONO CONTO DELLE ESIGENZE PROSPETTATE DALLA U.S.S.L. TERRITORIALMENTE COMPETENTE NEL RISPETTO DELLA UNITARIETÀ E COERENZA DELLE ATTIVITÀ DELLA U.O. PSICHIATRICA NEL CONTESTO GENERALE DELLE FUNZIONI SOCIO-SANITARIE DI PREVENZIONE, ASSISTENZA E RIABILITAZIONE.

**3 .** IL PRIMO DI QUESTI PROGETTI DI SUPERAMENTO E DI RICONVERSIONE DOVRÀ ESSERE PRESENTATO DALLA GIUNTA REGIONALE ENTRO SEI MESI DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE E COMUNQUE TUTTI ENTRO LA VALIDITÀ DEL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE.

**ART. 16. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

**1 .** AL FINE DI PROGRAMMARE E COORDINARE GLI INTERVENTI A TUTELA DELLA SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE ADULTA CON QUELLI INDIRIZZATI ALL'INFANZIA ED ALL'ADOLESCENZA, ALL'ETÀ SENILE, AI PROBLEMI DELLA COPPIA E DELLA FAMIGLIA, AGLI ALCOOLISTI ED AI TOSSICO-DIPENDENTI, È NECESSARIO PREVEDERE L'ISTITUZIONE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE NELL'AMBITO DEL PROGETTO OBIETTIVO "TUTELA DELLA SALUTE MENTALE".

**2 .** SEMPRE NELL'AMBITO DI TALE PROGETTO VA PREVISTA LA DOPPIA APPARTENENZA AL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE E AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELLE UNITÀ OPERATIVE AUTONOME DI NEURO PSICHIATRIA INFANTILE, SIA GIÀ

ISTITUITE SIA DA ISTITUIRSI IN OGNI AREA TERRITORIALE DI CUI ALL'ART. 3 DELLA PRESENTE LEGGE.

**3 .** IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DA ISTITUIRE CON APPOSITO PROVVEDIMENTO REGIONALE, NELL'AMBITO DELLA LEGGE REGIONALE P.S.S.R., DEVE COMPRENDERE TUTTE LE UU.OO. CHE INTERVENGONO NEL SETTORE DELLA SALUTE MENTALE; VA ALTRESÌ PREVISTO IL RAPPORTO COLLABORATIVO CON LE UU.OO. PER ALCOOLDIPENDENTI E TOSSICO-DIPENDENTI.

**ART. 17 PARAMETRI STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI**

**1 .** CON DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE VENGONO DEFINITI, ENTRO 60 GIORNI DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, GLI STANDARDS STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DEI PRESIDI PSICHIATRICI DI CUI ALL'ART. 4, E LE MODALITÀ ORGANIZZATIVE DEL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE SULLA ASSISTENZA PSICHIATRICA.

**ART. 18. ADEMPIMENTI DELLE UU.SS.SS.LL.**

**1 .** ENTRO 180 GIORNI DALLA DATA DI ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, LE UU.SS.SS.LL. AGGREGATE FUNZIONALMENTE SECONDO L'ART. 3 E L'ALLEGATO A STIPULANO FRA LORO LE CONVENZIONI PER LA ISTITUZIONE E LA GESTIONE UNITARIA DEI SERVIZI DIPARTIMENTALI PSICHIATRICI E NE INVIANO COPIA ALLA REGIONE.

**2 .** IN CASO DI INADEMPIENZA DELLE UU.SS.SS.LL. ENTRO I TERMINI DI CUI AL COMMA PRIMO, SI APPLICANO LE MISURE SOSTITUTIVE STABILITE DALL' ART. 13 DELLA LEGGE 26 APRILE 1982, N. 181 , COME MODIFICATO DALL'ART. 11, COMMA DECIMO, DEL DECRETO-LEGGE 12 SETTEMBRE 1983, N. 463, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 11 NOVEMBRE 1983, N. 638.

**3 .** ENTRO I SUCCESSIVI 90 GIORNI LE UU.SS.SS.LL. AGGREGATE IN CIASCUN SERVIZIO DIPARTIMENTALE INDIVIDUANO CONGIUNTAMENTE, SENTITE LE INDICAZIONI DATE DAL CONSIGLIO DIPARTIMENTALE, LE SEDI E LE STRUTTURE PER I PRESIDI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE, NON ANCORA ESISTENTI, E TRASMETTONO ALLA REGIONE I PROGETTI DI MASSIMA DELLE OPERE NECESSARIE E LE RELATIVE DOMANDE DI CONTRIBUTO, OLTRE ALLE CONSEGUENTI NECESSITÀ DI VARIAZIONE DELLE PIANTE ORGANICHE.

**4 .** LA GIUNTA REGIONALE, SULLA BASE DELLE PROPOSTE DI CUI AL COMMA TERZO, DEFINISCE LE SEDI PER I PRESIDI PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE.

**ART. 19. VERIFICHE**

**1 .** I TEMPI ED I MODI DI ATTUAZIONE DELLA PRESENTE LEGGE SARANNO OGGETTO DI VERIFICA DA PARTE DELLA STRUTTURA REGIONALE COMPETENTE IN MATERIA DI ASSISTENZA PSICHIATRICA.

**2 .** LE VERIFICHE PRENDERANNO IN ESAME:

**a)** LA COSTITUZIONE E LA FUNZIONALITÀ DEI SERVIZI DIPARTIMENTALI PSICHIATRICI;
**b)** L'ATTUAZIONE DEI NUOVI PRESIDI NEI TEMPI PREVISTI;
**c)** L'ADEGUAMENTO DEI PRESIDI GIÀ ESISTENTI AI NUOVI STANDARDS;
**d)** L'ADEGUAMENTO DEGLI ORGANICI DEL PERSONALE AI NUOVI STANDARDS;
**e)** LE MODALITÀ DI COLLABORAZIONE DEL S.S.N. CON IL VOLONTARIATO, L'UNIVERSITÀ, LE CASE DI CURA CONVENZIONATE ED ALTRE ISTITUZIONI PRIVATE;
**f)** I PROGETTI DI SUPERAMENTO E DI RICONVERSIONE DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI;
**g)** IL PROGETTO DI DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE;
**h)** LE ATTIVITÀ DI FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE;
**i)** L'ATTUAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA INFORMATIVO;

**l)** LE MODALITÀ DELL'INTERVENTO NELL'URGENZA PSICHIATRICA.

**3 .** LE MODALITÀ DELLA VERIFICA DI CUI AI PRECEDENTI COMMI SONO DEFINITE CON DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE.

**4 .** RESTANO FERME LE COMPETENZE DEL SERVIZIO ISPETTIVO SANITARIO E FINANZIARIO SULLA GESTIONE DELLE UU.SS.SS.LL. DI CUI ALLA LEGGE REGIONALE 17 LUGLIO 1986, N. 28 .

**ART. 20. ADEGUAMENTO DEI PRESIDI AI NUOVI STANDARDS E NORME TRANSITORIE**

**1 .** GLI STANDARDS STRUTTURALI E ORGANIZZATIVI DEFINITI NELLA DELIBERAZIONE DI CUI ALL'ART. 17 COSTITUISCONO IL LIVELLO MINIMO DA RISPETTARE.

**2 .** LE UU.SS.SS.LL. SEDI DI PRESIDI CHE NON RISPONDONO AI NUOVI STANDARDS DOVRANNO PRESENTARE ALLA REGIONE, ENTRO 180 GIORNI DALL'ENTRATA IN VIGORE DELLA PRESENTE LEGGE, PROGETTI DETTAGLIATI DI ADEGUAMENTO DELLE STRUTTURE E DEGLI ORGANICI.

**3 .** NON POTRANNO ESSERE ATTIVATI NUOVI PRESIDI CHE DIFFERISCANO DAGLI STANDARDS PREVISTI DALLA PRESENTE LEGGE, AI QUALI DOVRANNO IMMEDIATAMENTE ADEGUARSI ANCHE I PROGETTI IN CORSO.

**4 .** LE UU.SS.SS.LL. NON POTRANNO STIPULARE NUOVE CONVENZIONI CON STRUTTURE PRIVATE CHE NON RISPONDANO AGLI STANDARDS CITATI E LE STRUTTURE GIÀ CONVENZIONATE AVRANNO UN TEMPO MASSIMO DI 24 MESI PER ADEGUARVISI.

**5 .** SINO ALL'ATTIVAZIONE DEI NUOVI SS.S.P.D.C. DI CIRIÈ, ORBASSANO, CHIVASSO, BIELLA E BORGOMANERO, LE UU.SS.SS.LL CHE AFFERIRANNO AI SUDDETTI PRESIDI DOVRANNO STIPULARE CONVENZIONI PROVVISORIE CON LE UU.SS.SS.LL. SEDI DEGLI SS.S.P.D.C. ATTUALMENTE DA LORO UTILIZZATI E PRECISAMENTE:
1. LA U.S.S.L. 26 (VENARIA), LA U.S.S.L. 35 (GIAVENO) E LA U.S.S.L. 34 (ORBASSANO) CON LA U.S.S.L. 25 (OSPEDALE DI RIVOLI);
2) LA U.S.S.L. 27 (CIRIÈ), LA U.S.S.L. 37 (LANZO), LA U.S.S.L. 39 (CHIVASSO) CON LA U.S.S.L. IV (OSPEDALE MARIA VITTORIA);
3) LA U.S.S.L. 33 (NICHELINO) CON LA U.S.S.L. 32 (OSPEDALE DI MONCALIERI);
4) LA U.S.S.L. 28 (SETTIMO TORINESE) E LA U.S.S.L. 29 (SAN MAURO TORINESE) CON LA U.S.S.L. VI (OSPEDALE S. GIOVANNI BOSCO);
5) LA U.S.S.L. 47 (BIELLA) E LA U.S.S.L. 48 (COSSATO) CON LA U.S.S.L. 45 (OSPEDALE DI VERCELLI);
6) LA U.S.S.L. 53 (ARONA) E LA U.S.S.L. 54 (BORGOMANERO) CON LA U.S.S.L. 51 (OSPEDALE DI NOVARA).

**ART. 21 FINANZIAMENTI E MODALITÀ DI ATTUAZIONE**

**1 .** I FINANZIAMENTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA RETE DI STRUTTURE E PRESIDI, COSÌ COME PREVISTO NELLA PRESENTE LEGGE, SARANNO INSERITI NEL PROGRAMMA DI CUI ALL' ART. 20 DELLA LEGGE 11 MARZO 1988, N. 67 , CHE NE STABILISCE MODALITÀ E ATTUAZIONE. ENTRO 180 GIORNI DALL'EMANAZIONE DEL RELATIVO DECRETO MINISTERIALE, LA GIUNTA REGIONALE APPROVERÀ APPOSITO PIANO FINANZIARIO DI INTERVENTO CHE CONSENTIRÀ LA REALIZZAZIONE DEL 50 PER CENTO DEL PROGRAMMA DEI PRIMI 5 ANNI, CON UN PRIMO STRALCIO TRIENNALE IN ARMONIA CON L'EMANANDO PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE.

**2 .** LA REALIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI DEFINITI NELLA PRESENTE LEGGE, AVVERRÀ SULLA BASE DEI SEGUENTI CRITERI:

**a)** ATTUAZIONE NELL'ARCO TEMPORALE DI DIECI ANNI;

**b)** N. 25 CENTRI DI TERAPIE PSICHIATRICHE PARI A 400 POSTI LETTO;
**c)** N. 25 COMUNITÀ PROTETTE PER UN TOTALE DI 500 POSTI LETTO;
**d)** N. 50 COMUNITÀ ALLOGGIO;
**e)** ADEGUAMENTO DELLE STRUTTURE ESISTENTI.

**3 .** LE RISORSE FINANZIARIE PREVISTE AL PRIMO COMMA DOVRANNO GARANTIRE L'ATTUAZIONE DEI SERVIZI NELLA MISURA DEL 50 PER CENTO ENTRO I PRIMI 5 ANNI. LA PRESENTE LEGGE REGIONALE SARÀ PUBBLICATA NEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE. È FATTO OBBLIGO A CHIUNQUE SPETTI DI OSSERVARLA E DI FARLA OSSERVARE COME LEGGE DELLA REGIONE PIEMONTE.

*TORINO, 23 OTTOBRE 1989*
*BELTRAMI*

---